



**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ  
КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ**

***РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ***

**«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД  
В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ: НАУКА  
И ПРАКТИКА»**

***Сборник тезисов***

**Июнь 05.06.2025 г.**

*Редакционная коллегия:*

**Мурадимова  
Алфия  
Рашидовна**

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт  
институти Неврология ва Психиатрия  
кафедраси мудири PhD. Доцент

**Ахмаджон  
Абдумаъруф  
Исоқ ўғли**

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт  
институти Неврология ва Психиатрия  
кафедраси ассистенти

**Махмутов  
Рустам  
Хамитович**

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт  
институти Неврология ва психиатрия  
кафедраси ассистенти

## СОДЕРЖАНИЕ

**Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.**

The onset of multiple sclerosis disease.....10

**Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.**

Multiple sclerosis: difficulties in diagnosis.....11

**Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.**

Clinical manifestations of multiple sclerosis in childhood.....12

**Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.**

Clinical features of rapidly progressive multiple sclerosis in the republic of Uzbekistan.....13

**Abdullayeva Gulyuz Abdumajit qizi, Rasulov Diyorbek Nodirjon o`g`li**

Psixiatriya va nevrologiyada fanlararo yondashuv: Fan va amaliyot.....14

**Axrorova Madinaxon**

Mushaklar morfo-klinikasi.....17

**Axunova Tamina Adil qizi**

Neyrodegenerativ o`zgarishlarga ega bemorlarda kognitiv funksiyalarga jismoniy faollikning ta`siri.....22

**Ch.A. Kuchimova**

Assessment of personal characteristics of women with depressive disorders.....24

**Davlatov Shohjaxonbek Qurbonbek o`g`li, Aditya Raj Sharma, Ayaz Arshi, Pratham Sharma, Pulkit Sriwastava**

Once-weekly mazdutide in adults with obesity or overweight.....25

**G`S. Akramov, M.M. Zokirov**

Suitsid holatlar profilaktikasi.....26

**G`ulomqodirov Muzaffar Maxmit o`g`li, Muradimova Alfiya Rashidovna**

Insultdan keyingi depressiyaning klinik-nevrologik va paraklinik xususiyatlari, erta aniqlash va oldini olish strategiyalari.....27

<b>Ibragimova Ziyodaxon Jalolidinovna, Rasulova Farzona G'ayratjon qizi</b> Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashning istiqbolli usullari.....	29
<b>Ibragimova Ziyodaxon Jalolidinovna, Yoqubjonova Dilmurova Dilnura Ahadjon qizi</b> Ruhiy kasalliklarni zamonaviy tashxislash, davolash va oldini olish usullari.....	37
<b>Inomov F.U., Saidazizova Sh.Kh.</b> Clinical neurological assessment of patients with subacute sclerosing panencephalitis.....	39
<b>Ismoilov Dilmurod, Sultonov Shaohjahon Xayrulla o'g'li</b> Atrof-muhit omillarining inson organizmi va psixologiyasiga ta'siri.....	41
<b>Ma'murova Marjona Ulug'bek qizi</b> Markaziy asab tizimi degeneratsiyasi doirasida parkinson kasalligi: anatomik va funksional tahlil.....	43
<b>Marupov Abrorjon Toshturg'un o'g'li</b> Subklinik gipoteroz kasalligida uchraydigan nevrologik belgilarning yoshga bog'liq hususiyatlari.....	44
<b>Muhammadjonova Ruxshona Davronbek qizi</b> Giperfaollik sindromining neyrobiologik asoslari va davolash yondashuvlari.....	46
<b>Qosimova Gulnoza Soyibjonovna</b> Yorug'lik terapiyasining fizik mexanizmlari va miya qon aylanishini yaxshilashdagi roli.....	47
<b>Sattorov S. Sh</b> Bolalardagi o'tkir osti sklerozlanuvchi panensefalit kasalligini tashxislash.....	48
<b>Saydaliev Saidaziz Baxtiyor ugli, Rakhimbayeva Gulnora Sattarovna</b> Cognitive impairment in cerebral amyloid angiopathy: the example of the city of Fergana.....	49
<b>Sharifjonov Oybek Otabek o'g'li</b> Allimentlar anemiyasida bosh og'riqlar nevrologik jihatlar.....	50
<b>Sharifjonov Oybek Otabek o'g'li, Tilyaxodjayeva Gulbahor Batirovna</b> Miokard infarkni sabablari, belgilari, xavfli omillari va davolash.....	52
<b>T.B. Irmukhamedov (PhD)</b> Possibilities of psychomotor correction.....	57

**T.B. Irmukhamedov (PhD), Mirsobitova M.M., Yusupova K. A., Zokirova K. H., Abdumalikova F.A.**

Comorbid pathology and paranoid schizophrenia.....58

**T.B. Irmukhamedov (PhD)**

New possibilities of application psychomotor correction in medical practice.....59

**Xolmatov Rasuljon Ibrohimjon o'g'li.**

Stomatologik og'riqlarni uch shoxli nerv nevrалgiyasi bilan taqqoslash.....60

**А.А. Ганиханов**

«Оценка распространенности заболеваемости психическими заболеваниями в республике Узбекистан».....63

**Абдуллазизова У.С., Мусаева Ю.А.**

Эпидемиология, клиническое течение и характеристика рассеянного склероза в Ферганской области.....65

**Абдуллаева В.К., Рогов А.В.**

Половые различия в структуре и мотивации несуицидальных аутоагрессивных действий у подростков.....66

**Абдуллаева В.К., Рогов А.В., Холмуродовой М. Б.**

Преморбидные Предикторы Девиантного Поведения В Подростковом Возрасте.....67

**Абдуолимов М.Х., Мурадинова А.Р.**

Клинические примеры и результаты исследований с демонстрацией ценности МР-спектроскопии.....69

**Абдуолимов М.Х., Мурадинова А.Р.**

МР-спектроскопия в прогнозировании развития острого ишемического инсульта: физические и технические основы МР-спектроскопии.....70

**Алимова Ирода Анваровна**

Медико-социальные предпосылки формирования инвалидности у детей группы риска с раннего возраста.....72

**Ахмаджон Абдумаъруф Исоқ уғли, Ахмаджонов Давронбек Исоқ ўғли**

Болалардаги вертеброген оғриқларини даволашда реабилитацион муолажалар эффективлигини аниқлаш.....76

**Ахмаджон Абдумаъруф исок угли, Мавлянова Зилола Фархадовна**  
Сравнительный анализ клинико-функциональных исходов у детей с вертеброгенным болевым синдромом после различных программ реабилитации.....77

**Бутабоев М.Т.**  
Комплексная бальнео- и теплотерапия при дистрофических поражениях суставов: клинические наблюдения и эффективность метода.....79

**Валиев Р.А.**  
Комплексный подход к диагностике и реабилитации метаболического синдрома у преподавателей.....80

**Ирмухамедов Т.Б., Рогов А.В.**  
Психопатологический профиль когнитивных дисфункций при расстройствах аутистического спектра у детей.....81

**Исаков М.У., Муминов Р.К., Рахимов А.А.**  
Комплексный подход к лечению психосоматических расстройств на амбулаторном этапе.....82

**Каримов А.Х., Мирзаев А.А., Мадаминов О.А.**  
Интеграция междисциплинарного подхода в модернизацию медицинского образования: опыт и перспективы.....84

**Козимжонова И.Ф., Мирзаев А.А., Усманова М.Б.**  
Комплексная профилактика рецидивирующего суицидального поведения у взрослых с пограничным расстройством личности.....85

**Махмутов Р.Х.**  
Психические расстройства у больных дерматологическими заболеваниями.87

**Муминов Р.К., Мирзаев А.А., Азимова Г.А.**  
Особенности ранней диагностики и коррекции психоразвития у детей, рождённых от родственников первой степени.....88

**Мурадинова А.Р., Абдулхафизов А.А.**  
Мигренозный инсульт: клиническое наблюдение.....89

**Мурадинова А.Р., Абдулхафизов А.А.**  
Современный взгляд на этиопатогенез мигренозного инсульта.....91

<b>Мурадилова А.Р., Маджидова Ё.Н.</b> Дефекты психоэмоциональной сферы при правостороннем ишемическом инсульте.....	95
<b>Мурадилова А.Р., Маджидова Ё.Н.</b> Различия в исходах и реабилитации при левосторонних и правосторонних инсультах.....	97
<b>Мурадилова А.Р., Умарова М.П.</b> Возрастные и гендерные различия в факторах риска развития хронической ишемии мозга.....	99
<b>Мурадилова А.Р., Умарова М.П.</b> Значение исследования нейротрофических факторов сыворотки крови для диагностики хронической ишемии мозга.....	101
<b>Рогов А.В.</b> Клинико-психопатологический спектр аффективных расстройств при параноидной шизофрении с коморбидным стрессовым компонентом.....	103
<b>Рогов А.В., Ирмухамедов Т.Б. Юсупова З.Ш.</b> Клинико-анамнестические и нейропсихологические предикторы сосудистого делирия в постинсультный период.....	104
<b>Рогов А.В., Утеулиева П.Г.</b> Коморбидные аффективные расстройства при параноидной шизофрении: клинико-психопатологический анализ.....	105
<b>Рогов А.В., Холмуродовой М. Б.</b> Специфика когнитивно-поведенческих стратегий принятия решений при параноидной шизофрении в сочетании с вирусными гепатитами.....	106
<b>Рогов А.В., Юсупова Г.</b> Роль предиспонирующих факторов в траекториях патоморфоза шизофрении в подростковом возрасте.....	107
<b>Рогов А.В., Юсупова З.Ш.</b> Проявления социальной ангедонии в рамках негативной симптоматики у пациентов с параноидной формой шизофрении.....	108
<b>Рустамова Ж.Т.</b> Комплексная реабилитация при полинаркомании, обусловленной сочетанным употреблением опиатов и каннабиноидов.....	110

**Рустамова Ж.Т.**

Нозологические и демографические факторы, влияющие на выбор сиозс при лечении тревожно-депрессивных расстройств.....110

**Рустамова Ж.Т.**

Несуицидальное самоповреждающее поведение у девушек: клинические особенности и психологические предикторы.....110

**Салиев М.М., Рахимов А.А., Мадаминов О.А.**

Психотерапевтические подходы в коррекции посттравматического стрессового расстройства у взрослых.....111

**Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.**

Применение инновационных психотерапевтических стратегий в психосоциальной поддержке подростков с сд 1 типа.....113

**Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.**

Клинические характеристики эмоциональных расстройствклинические характеристики эмоциональных расстройств у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом 1 типа у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом 1 типа.....114

**Тохтиев Жахонгирбек Бахтиберович**

Профилактика артроза коленного сустава у борцов.....115

**Тохтиев Жахонгирбек Бахтиберович**

Связки голеностопного сустава у футболистов травмы, профилактика и восстановление.....118

**Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К**

Когнитивно-аффективный профиль молодых пациентов с постковидным синдромом: клинико-психологическая оценка.....121

**Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.**

Особенности и подходы к психологической реабилитации пациентов в постковидном периоде.....122

**Умарова Малика Пулатовна**

Причины возникновения когнитивных нарушений у пациентов, прооперированных в условиях искусственного кровообращения».....123

## ***THE ONSET OF MULTIPLE SCLEROSIS DISEASE***

*Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.  
Andijan State Medical Institute*

**Introduction.** Multiple sclerosis (MS) is a chronic autoimmune disease in which the immune system attacks the myelin sheath of nerve cells in the brain and spinal cord. This leads to a disruption in the transmission of nerve impulses.

**Key words:** multiple sclerosis, autoimmune disease, myelin sheath, nerve cells, brain, spinal cord.

**A clinical case.** An 18-year-old girl comes to the neurological department of the Andijan Clinic, complaining of increased fatigue and drowsiness (she comes home from school, goes to bed). Dizziness when changing body position. Paresthesia in the area of the anterior surface of the chest, on the left, in the projection of the 6th-7th intercostal space. From anamnesis: the girl is full-term. Grew and developed by age. He is not registered on the "D" account. Injuries: fracture of the outer ankle of the right tibia, fracture of the right radius. He denies surgery or seizures. The inheritance of neurological diseases is not burdened. For the first time, complaints of dizziness appeared in February 2024, examined by a neurologist, Diagnosis: VSD. The dizziness persisted and became more intense, and in March 2024, complaints about the difficulty of fixing the gaze were added. She was admitted to a private clinic in her neighborhood. Discharged with a Diagnosis of Neurovegetative dysfunction. Instability of the cervical spine. She received a course of glycine, vitamins B1/B6, physical therapy. Without a clear positive trend. On 12/28/24, MRA of the neck vessels was performed: a picture of asymmetry of blood flow through the vertebral arteries (SD). Re-admission to the hospital in April 2025. Due to persistent complaints of severe weakness, fatigue, and dizziness, she was hospitalized in the neurological department of the ASMI clinic.

**Neurological status:** Clear consciousness. Contact us. Intelligence corresponds to age. The eye slits are symmetrical. Pupils D=S, photoreaction is preserved. The movement of the eyeballs in full. Unstable horizontal nystagmus in the extreme leads. The face is symmetrical. The tongue is in the middle line. Swallowing is not impaired. The muscle tone is physiological. Deep CFS D=S, alive. Performs coordination tests satisfactorily. There are no pathological footmarks. There is a slight stagger in Romberg's pose. Paresthesia in the area of the anterior surface of the chest on the left in projection 6-7 of the intercostal space. Violations no deep sensitivity was detected. Meningeal symptoms are negative.

The data of laboratory research methods (clinical and biochemical blood tests, general urinalysis) correspond to the age norm. When examining visual evoked potentials for the reversed pattern, there are clear signs of deterioration in the conduction of visual afferentation to the cortex on both sides according to the axonal-demyelinating type, more on the left. According to MRI of the brain: in the white matter of both hemispheres of the brain, in

In the periventricular and subcortical sections, multiple rounded foci of the altered MR signal are detected with fairly clear contours, with maximum dimensions up to 1.1\*1.45 cm. A focus similar in MR characteristics is visualized in the region of the posterior lobe of the cerebellum on the left. Multiple foci in the corpus callosum. MR is a picture of the demyelinating process of the brain. In MRI of the brain with intravenous contrast: MR is a picture of the demyelinating process of the brain. MRI of the cervical and thoracic spine: MR-picture of demyelinating spinal cord process. Initial dystrophic changes of the cervical spine. No data for the demyelinating process was obtained on the MRI of the lumbar spine. Thus, anamnesis, clinical data and neuroimaging data make it possible to make a diagnosis of Multiple sclerosis, cerebrospinal form. The active phase.

**Conclusions.** A thorough neurological examination using neuro-imaging in children with minimal clinical manifestations makes it possible to verify the diagnosis and start specific therapy in a timely manner.

### ***MULTIPLE SCLEROSIS: DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS.***

*Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.  
Andijan State Medical Institute*

The basis of the disease is the formation of foci of destruction of the nerve sheath (myelin) in the brain and spinal cord. Several different parts of the nervous system are affected, which leads to the appearance of various neurological symptoms in patients. Another feature of the disease is its remitting course. This means alternating periods of deterioration (exacerbation) and improvement (remission). These foci are called plaques of multiple sclerosis. Plaque sizes are usually, They are small, from a few millimeters to several centimeters, but with the progression of the disease, the formation of large drainage plaques is possible.

A clinical example: A 38-year-old man was admitted to the hospital. Complaints at admission of weakness in the left extremities, difficulty walking, frequent urge to urinate. It is known from the medical history that the patient had acute respiratory viral infections about 1.5 weeks ago, after which the above-mentioned complaints arose. Objective examination: Condition: relatively satisfactory. Skin: normal color. Visible mucous membranes: pink. Hell 120/80 mmHg. Pulse 73 in 1 minute. Body temperature: normothermia. Heart tones: muted, rhythmic. Breathing: hard. Wheezing: No. Abdomen: soft on palpation, painless. Chair: decorated. Urination: free, frequent urge to urinate.

Neurological status: Consciousness: clear. Cognitive impairment: none. Speech disorders: none. Eye slits: D=S. Pupils: D=S. Pupil photoreaction: D=S, live from 2 sides. Eye movements: in full volume. Nystagmus: No. Accommodation, convergence: weakened from 2 sides. Face: asymmetrical, due to the smoothness of the left nasolabial fold. Language: in the middle line. Pharyngeal reflex: preserved.

Bulbar violations: none. Symptoms of oral automatism: negative. Muscle strength: reduced in the left extremities to compliance. Muscle tone: diffusely decreased. Deep reflexes: D<S, average liveliness. Pathological reflexes: positive on the left. Sensitive disorders: left-sided hemihyperesthesia. Coordination tests: with a slight drop on the left. In the Romberg pose: staggering. Meningeal symptoms are negative.

During the study: A clinical blood test – without features. Biochemical blood test: total bilirubin 17.1 mmol/L, triglycerides 2.15 mmol/L, cholesterol 5.8 mmol/L. Urinalysis without pathology. Performed: ECG: Sinus bradycardia with a heart rate of 55 beats/min. An MRI scan of the head and cervical spine revealed a large number of foci of abnormally rounded demyelination, with uneven indistinct contours from 1 to 4.5 mm in diameter. Received treatment: medication: (omez, sodium chloride, solumedrol, pentoxifylline, milgamma, medopred); physical therapy, physiotherapy: (massage of the left extremities, oxygen therapy)

Diagnosis: Multiple sclerosis, remitting course, acute phase. Since there are no specific symptoms of disseminated sclerosis, instrumental examination is an important diagnostic criterion. The diagnosis is confirmed when demyelination plaques are detected by contrast-enhanced magnetic resonance imaging

### ***CLINICAL MANIFESTATIONS OF MULTIPLE SCLEROSIS IN CHILDHOOD.***

*Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.  
Andijan State Medical Institute*

**Introduction.** Multiple sclerosis (MS) is a chronic autoimmune neurodegenerative disease of the central nervous system that affects people aged 20 to 40 years. The onset of MS in childhood is quite rare and, according to the world literature, occurs in 5% of patients under the age of 18, in 1% of cases in people under 10 years of age. An early diagnosis of MS in children makes it possible to start specific therapy early and prevent early disability. Collecting data on the course of MS in children can improve the prognosis and outcomes of the disease.

**The purpose of the study.** To clarify the clinical features of pediatric MS in order to improve the quality of medical care for children with demyelinating diseases.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of more than 1,000 patients with secondary progressive MS who had an overall score on the disability scale was conducted. 6.0, registered at the dispensary in the City Center for the care of patients with multiple sclerosis and autoimmune diseases for a period of  $14.55 \pm 10.09$  years. 152 The patients had a disease onset before the age of 18. The clinical features of the disease were analyzed at the time of diagnosis and the prognosis was determined. The Koch sequence was used as a statistical analysis technique.

**Results and discussion.** The study revealed that the age of the debut was  $9.71 \pm 5.9$  years. When applying, the diagnosis of MS was questioned 8.5% of patients, spinal cord injury – 7.9% and other neurological syndromes – 83.6% of patients. There is a relationship with the age of onset of MS and monofocal damage (74.3%), damage to the organ of vision (28.9%), impaired sensitivity (15.7%). Multifocal lesions were noted in 25.6% of patients, and mainly motor, cerebellar, and sensory disorders developed. Seizures occurred in 1.3% of cases. The average frequency of the second exacerbation in the first year of MS ranged from 0.36 to 0.56, during the first 5 years 1.75 – 2.31. After 20 years, 34.7% of patients with the onset of the disease under the age of 18 and 50% of people with the onset over the age of 18 had a secondary progressive type of MS. When comparing patients up to and including 14 years of age and from 15 to 18 years of age, no significant differences were found ( $p=0.48$ ). The total number of patients with MS type conversion to secondary progressive within  $16.5 \pm 10$  years was 16.4%, and the disability rate in these patients was 6.0 points on the EDSS scale over a 20-year follow-up period. The average age of achievement of this disability level in both patients with pediatric MS and those with adult onset was  $30.64 \pm 9.67$  years.

**Conclusions.** Thus, in MS patients, in 5% of cases, the disease develops before the age of 18. Diagnosis at the first visit is complicated by the presence of monofocal symptoms with a predominance of optic neuritis and sensitivity disorders. The course of the disease is the main prognostic factor. The second attack occurs in 30% of cases in the first year of the disease, and in 62% – during the first 5 years of the disease. Despite the presence of favorable prognostic factors, both in children with MS and in adult patients, the average age of transition from MS to secondary progressive with an increase in the level of disability in people with onset before the age of 18 is approaching 30 years. Due to all of the above, it is necessary to make a diagnosis and start therapy as early as possible in order to improve the outcomes of the disease.

### ***CLINICAL FEATURES OF RAPIDLY PROGRESSIVE MULTIPLE SCLEROSIS IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN.***

*Abdukadirova D.T., Urinova G.G., Kamalova N.L., Butaboyev M.T., Qosimov I.U.  
Andijan State Medical Institute*

**Introduction.** The clinical guidelines for multiple sclerosis (MS) 2023 define rapidly progressive MS as a type of MS course in the absence of pathogenetic therapy, with 2 or more disabling exacerbations with MRI activity during one year of follow-up. Highly active MS is determined in patients who are already receiving drugs that alter the course of MS, but there is a suboptimal response or resistance to treatment.

**Goal.** To study the clinical features of rapidly progressing MS in the Republic of Uzbekistan.

**Materials and methods.** The data from the multiple sclerosis registry were analyzed.

**Results.** There are currently 1,676 registered patients. In real clinical practice, it is difficult to determine this type of course for the rapid appointment of effective therapy. Currently, 14 high-cost nosologies are available under the program. 4 drugs of the 2nd line. When using these drugs after the debut MS, we did not observe a second disabling exacerbation, active foci often disappear on MRI, therefore, to identify a rapidly progressing patient RS is not possible.

In 2023-2024, we identified rapidly progressive MS in 5 patients. The average age of patients was  $25.8 \pm 6.47$  years, 3 women and 2 men, the average age was  $25.8 \pm 6.5$  years, the average age of onset was  $22.8 \pm 7.35$  years, the duration of the disease was  $3.0 \pm 1.73$  years, and the average score on the EDSS disability scale was  $5.2 \pm 2.3$ . Patients can be divided into 2 groups. The first group consists of patients with one or more With 2 exacerbations in a year, they did not take the prescribed drugs that change the course of multiple sclerosis of the 1st line for various reasons For various reasons, they stopped quickly due to adverse events (more often flu-like syndrome), did not accept their diagnosis and decided to be treated with traditional medicine. The following exacerbations were disabling and patients began receiving drugs that alter the course of 2nd-line multiple sclerosis. The second group of patients consisted of people who, due to the atypical course of MS, were not diagnosed after the first exacerbations, so drugs that alter the course of multiple sclerosis were not prescribed. After the next severe exacerbation and assessment of the dynamics of the disease, there was Immunoreconstitution therapy has been prescribed. All other patients begin pathogenetic treatment immediately after the diagnosis of reliable MS according to the McDonald criteria in 2017.

**Conclusion.** It is necessary to identify patients at risk of rapid progression of MS as early as possible and determine an effective treatment strategy. Early intervention can protect patients from permanent damage.

### ***PSIXIATRIYA VA NEVROLOGIYADA FANLARARO YONDASHUV: FAN VA AMALIYOT***

*Abdullayeva Gulyuz Abdumajit qizi, Rasulov Diyorbek Nodirjon o`g`li  
Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Tibbiy profilaktika va jamoat salomatligi fakulteti Biotibbiyot muhandisligi yo`nalishi 2-bosqich 15.23- guruh talabalari*

**ANNOTATSIYA:** Ushbu maqolada psixiatriya va nevrologiya sohalarining tutashgan nuqtalari, ularning o‘zaro aloqasi va fanlararo yondashuvning zarurati tahlil qilinadi. Zamonaviy tibbiyotda ruhiy va nevrologik kasalliklar orasidagi chegaralarning tobora noaniq bo‘lib borayotgani, bu esa diagnostika, davolash va

profilaktika jarayonlarida kompleks yondashuvni talab etayotgani ta'kidlanadi. Maqolada klinik amaliyotdan misollar keltirilib, neyropsixiatriya, neyrofan va psixonevrologiya yo'nalishlarining o'zaro integratsiyasi tahlil qilinadi. Ilmiy izlanishlar, yangi texnologiyalar va multidisiplinar jamoalarning ahamiyati hamda ushbu yondashuvning samaradorligi amaliy jihatdan asoslab beriladi.

**Аннотация:** В данной статье рассматриваются точки соприкосновения психиатрии и неврологии, их взаимосвязь и необходимость междисциплинарного подхода. Отмечается, что в современной медицине границы между психическими и неврологическими расстройствами становятся всё менее четкими, что требует комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике. Приводятся клинические примеры, анализируется интеграция нейropsихиатрии, нейронауки и психоневрологии. Обоснована эффективность научных исследований, новых технологий и работы мультидисциплинарных команд в повышении качества медицинской помощи.

**Abstract :** This article explores the intersection of psychiatry and neurology, highlighting their interconnection and the need for an interdisciplinary approach. It emphasizes how, in modern medicine, the boundaries between psychiatric and neurological disorders are becoming increasingly blurred, necessitating a comprehensive approach to diagnosis, treatment, and prevention. Clinical examples are presented to illustrate the integration of neuropsychiatry, neuroscience, and psychoneurology. The effectiveness of scientific research, new technologies, and multidisciplinary teams in enhancing the quality of medical care is substantiated.

**Kalit so'zlar:** psixiatriya, nevrologiya, fanlararo yondashuv, neyropsixiatriya, psixonevrologiya, neyrofan, ruhiy kasalliklar, asab tizimi, klinik amaliyot, multidisiplinar jamoa

Ключевые слова : психиатрия, неврология, междисциплинарный подход, нейropsихиатрия, психоневрология, нейронаука, психические расстройства, нервная система, клиническая практика, мультидисциплинарная команда

Keywords: psychiatry, neurology, interdisciplinary approach, neuropsychiatry, psychoneurology, neuroscience, mental disorders, nervous system, clinical practice, multidisciplinary team.

**Psixiatriya va nevrologiya** — bu inson asab tizimi va ruhiyatini o'rganuvchi tibbiyot sohalari bo'lib, har ikkalasi ham markaziy asab tizimining faoliyatiga bog'liq muammolar bilan shug'ullanadi. An'anaviy tarzda bu ikki yo'nalish alohida o'rganilgan bo'lsada, so'nggi yillarda ilm-fan va amaliyotda ularning o'zaro integratsiyasi tobora dolzarb bo'lib bormoqda. Zamonaviy diagnostika vositalari, neyrofan yutuqlari va ruhiy-psixik kasalliklarning ko'p holatlarda nevrologik asoslarga ega ekanligi psixiatriya va nevrologiya o'rtasidagi chegarani qayta ko'rib chiqishga undamoqda. Fanlararo yondashuv nafaqat ilmiy izlanishlarda, balki klinik amaliyotda ham kasalliklarni chuqur tushunish, to'g'ri tashxis qo'yish va samarali davolash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim rol o'ynamoqda.

**Psixiatriya** — bu ruhiy salomatlik, psixik buzilishlar va ularning davosi bilan shug'ullanuvchi tibbiyot sohasi bo'lsa, nevrologiya — asab tizimining organik yoki funksional buzilishlarini o'rganadi. Ammo hozirgi zamon tadqiqotlari ko'rsatmoqdaki, ko'plab psixik kasalliklar (masalan, shizofreniya, depressiya, autizm) miyadagi nevrobiologik o'zgarishlar bilan chambarchas bog'liq. Shu bois, bu ikki sohani izolyatsiyalab o'rganish samarasiz bo'lib qolmoqda.

Ilmiy adabiyotlarda "neyropsixiatriya" atamasi aynan bu integratsiyaning mahsuli sifatida tilga olinadi. Neyropsixiatriya — ruhiy va nevrologik belgilarni birgalikda baholovchi yondashuv bo'lib, bu modelda miya va ruhiyat yagona tizim sifatida qaraladi. Masalan, Parkinson kasalligi faqat harakat buzilishi bilan emas, balki depressiya va anksiyete kabi psixik simptomlar bilan ham kechadi.

Fanlararo yondashuvda metodologik asos sifatida kompleks baholash vositalari ishlatiladi. Bunga quyidagilar kiradi:

- Klinik psixometrik testlar (MMPI, Beck Depression Inventory, PANSS)
- Nevrovizualizatsiya (MRI, fMRI, PET)
- EEG, MEG kabi neyrofiziologik metodlar
- Genetik va biomarker tadqiqotlari

Multidisiplinar konsiliumlar: psixiatr, nevrolog, neyropsixolog, sotsial ishchi va psixoterapevt ishtirokida

Bu yondashuv natijasida har bir bemorga individual reja asosida, integratsiyalashgan diagnostika va davolash tizimi qo'llaniladi. Tadqiqotlarda ko'rsatilishicha, bu usul klassik yondashuvlarga nisbatan ancha samarali natijalar beradi.

Fanlararo yondashuvning amaliy samarasi ayniqsa quyidagi kasalliklar misolida yaqqol namoyon bo'ladi:

Altsgeymer va boshqa demensiya turlari: nevrologik va psixik simptomlar birgalikda kechadi.

Epilepsiya: psixik kasalliklar bilan komorbidlik holatlari keng tarqalgan.

Autizm spektri buzilishlari: nevrologik rivojlanishdagi nosozlik va ijtimoiy psixik buzilishlar kombinatsiyasi.

Respublika ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlari va yirik klinikalarda neyropsixiatriya yo'nalishida olib borilayotgan ishlar shuni ko'rsatadiki, bemorlarni keng qamrovli tahlil qilish ularning sifatli hayotini tiklashda muhim ahamiyat kasb etadi.

### **Xulosa va takliflar**

Psixiatriya va nevrologiya o'rtasidagi fanlararo yondashuv zamonaviy tibbiyotning ajralmas qismiga aylanmoqda. Bu model, ayniqsa diagnostika va davolashda yuqori samaradorlik beradi. Shuning uchun:

- Tibbiy ta'limda neyropsixiatriya moduli joriy etilishi;
- Multidisiplinar jamoalarda ishlash ko'nikmasi shakllantirilishi;
- Ilmiy-tadqiqot institutlari o'rtasida hamkorlikni kuchaytirish;
- Har bir klinikada fanlararo baholash guruhlarini tashkil etish tavsiya etiladi.

## **MUSHAKLAR MORFO-KLINIKASI**

*Axrorova Madinaxon*

*FJSTI. davolash ishi yo'nalishi 41/23 guruh talabasi*

**Muskul bu-**periferik yurakdir. Inson dunyoda olloh tomonidan yaratilgan buyuk hilqat hisonlanadi. Odamni o'rganish asrlar va yillar davomida necha – necha sinov qiyinchiliklardan o'tib kelmoqda. Tibbiyotda odam organizmini ko'plab yo'nalishlarga bo'lib o'rganimiz. Shu bo'limlardan biri, „Miologiya“ hisoblanadi. Ushbu maqolada bizning butun tanamizning xatti harakatiga yordam beruvchi qism ya'ni muskullar haqida so'z boradi. Chunki muskullarimiz tug'ilganimizdan toki vafot etgunimizcha bizning xatti-harakatlarimizga ko'makdosh hisoblanadi. Maqolada nafaqat muskullar anatomiyasi haqida ma'lumot, hamda muskul gistalogiyasi va fiziologiyasi, patalogiyasi va ko'p uchraydigan muskul kasalliklari ba ularni davolash va profilaktikasi haqida, ularni o'rganishning ilmiy tadqiqot usullari haqida ma'lumot va tavsiyalar bayon etilgan. Kalit So'zlar; Muskel, sarkomer, muskul turlari, miofibrilla, aktin va miozin, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik, Sarkopeniya. Mushaklar distrofiyasi.

**Kirish.** Odam organizmi shunday moxirlik bilan yaratilganki yaratganni mo'jizasiga tan bermasdan iloj yo'q. Har bitta organizm o'ziga xos katta vazifani bajaradi. Ularni bir-biridan ajralgan holda tasavvur qilib bo'lmaydi. Masalan; suyaklarimiz va muskullarimiz inson tanasining harakatini ta'minlovchi, tanani tik tutib turish va harakat va himoyani ta'minlaydi. Yurak qonni butun oragnizm va to'qimalarga haydash ya'ni nasos vazifasini, o'pkalarimiz esa nafas olish va gazlar almashinuvini ta'minlaydi. Muskullar odam va hayvonlar gavda a'zolari, nerv impulslari ta'sirida qisqarish xususiyatiga ega bo'lgan to'qima hisoblanadi. Muskel ko'ndalamg targ'il va silliq muskul to'qimalaridan tuzilgan. Muskulatura-butun gavdaning yoki uning biror qismining, organning muskullar majmuasi. SHunga ko'ra muskullarni belgilariga qarab quyidagicha klassifikatsiyalash mumkin;

1. Tuzilishi bo'yichako'ndalang yo'lli muskullar, silliq muskullar va ikkiyoqlama qiya muskullar. Organizmda joylashish holati bo'yicha; Ichki a'zolar muskullari, yurak muskullari, osmatik muskullar. Funksiyasi bo'yicha; Tonik muskullar, tetanik muskullar, qulfdosh funfsiyasiga ega bo'lgan muskullar. Kelib chiqishi bo'yicha; Ektodermal, entodermal, mesodermal muskullardir. Ko'p hujayrali organizmlarning paydo bo'lishi tarixi shundan dalolat beradiki muskullar organizm rivojlanishining ancha kech davrida, epiteliy va biriktiruvchi to'qima paydo bo'lganidan keying davrda vujudga kelgan. Har qaysi organning kelib chiqishi tashqi muhit taqozosi bilan, ya'ni tashqaridan ta'sir etib turgan muhit omillariga moslashish ehtimoli bilan paydo bo'lar ekan muskullar ham organizmning tashqi va uning ta'sirlariga javob qaytarish yoki tirik mavjudot sifatida oziq izlash, unga intilish zaruriyati sifatida paydo bo'lgan. Inson tanasining fazodagi harakatini, ko'z harakatini, qon tomirlar va yurak faoliyatini hamda hazm qilish trakti faoliyatini amalga oshirishda ishtirok etadi. Asosiy turdagi muskullar

ahamiyati kattadir. Bular silliq va ko'ndalang targ'il muskullardir. Ular birbiridan tuzilishi va fiziologik xossalari jihatidan farq qiladi, lekin bu ikkala turdagi muskullarda, qisqarishning molekulyar mexanizmida umumiy o'xshashliklar juda ko'p. Muskullar energiya manbai bo'lib xizmat qiladi Skelet. muskullari quyidagi fiziologik xossalarga ega, ulardan biri –Qo'zg'aluvchanlikdir. Qo'zgaluvchanlik bu -berilgan ta'sirotda ion o'tkazuvchanligi va membrana potentsiali o'zgarishi bilanjavob berish xossasiga aytiladi. Tabiiy sharoitlarda motoneyrondan sinaps yorig'iga ajralib chiqadigan Asetelxolin mediator ta'sirlovchi sifatida elektr tokidan foydalaniladi. Elekt bilan ta'sirlanganda avvaliga nerv tolalari qo'zg'aladi va nerv oxirlarida asetelxolin mediator ajralib chiqadi, bu holatda muskulni vositali ta'sirlash kuzatiladi. Bundan ko'rinib turibdiki muskuldan ko'ra nerv to'qimasi qo'zg'aluvchandir. Ikkinchi xususiyati –O'tkazuvchanlik. O'tkazuvchanlik bu-muskul tolasi bo'ylab harakat potentsialini o'tkazishdir. Uchinchi xususiyati -Qisqaruvchanlikdir. Qisqaruvchanlik bu- muskul qo'zg'alganda uning kaltalanish yoki taranglashishi tushiniladi. Skelet muskuli shunday murakkab tizimki, u kimyoviy energiyadan MEXANIK energiya va issiqlik hosil qiladi. Hozirgi kunda bunday hosil qilishning molekulyar mexanizmi yaxshi o'rganilgan. Skelet muskullari quyidagi tuzilishga ega. Muskul tolasi o'zida maxsus qisqartiruvchi apparat –Miofibrillalarni ushlovchi ko'p yadroli tuzilmadir. Muskul tolasi mitoxondriya, sarkoplazmatik retikulum va ko'ndalang naycha T-tizim komponentlaridan iboratdir. Muskul hujayrasining qisqartiruvchi apparatining funksional birligi SARKOMER hisoblanadi. Sarkomer bir biridan Z-plastinkalar yordamida ajralib turadi. Sarkomerlar miofibrillalarda ketma-ket joylashgan. SHuning uchun sarkomerlarning umumiy qisqarishi miofibrillalarning qisqrishiga mushak tolalarining umumiy qisqarishiga olib keladi. Diametri 1mkm va diametric 6-8 nm chamasidagi muskul tolasining miofibrillalari o'rta xisobda 2500 gacha protofibrillalardan tuzilgan. Protofibrillalar esa Aktin va Meozin oqsillaridan tashkil topadi. Miozin iplari Aktin iplariga qaraganda 2 barobar yo'g'ondir. Muskul tolasi tinch turganda miofibrillalardagi tolalar shunday joylashadiki, ingichka uzun aktin iplarining uchlari yo'g'onroq miozin iplari orasidagi yoriqlarga kirib turadi. Muskulning qisqarish mexanizmi harakatlantiruvchi motoneyrondan qo'zg'alish muskul tolasiga asetelxolin mediator yordamida o'tadi. Asetelxolin holinoretseptorlar bilan muloqoti, oxirgiplastinkada asetelxolinni sezuvchi kanallarning faollashuvi va 60mv kattalikdagi oxirgi plastinka potentsialini yuzaga chiqaradi. Oxirgi plastinkada hosil bo'lgan potentsial, shu qisqa tegib turgan muskultolalari membranasi uchun ta'sir etuvchi elektr toki manbaga aylanib qoladi. So'ngra bu potentsial 36°C haroratda 3-5m\ s tezlikda tarqaladi. Shunday qilib muskullar qisqarishda harakat potentsialining generatsiyasi birinchi bosqichni tashkil qiladi. Muskulni bo'shashishi sust jarayon bo'lib, kalsiy ionlari miofibrillalar orasida chiqib ketgandan so'ng aktin va meozin iplari muloqoti to'xtaydi, natija muskul tolalari elastukligi tufayli dastlabki holatiga qaytadi. SHunday qilib muskul tolasining qisqarishi va bo'shashishiga olib keluvchi ketma –ket ro'y beruvchi

jarayonlarni quyidagicha tasvirlash mumkin; Ta'sirlash- harakat potensialining yuzaga chiqishi, uni hujayra membranasi bo'ylab va muskul tolasining ichkarisiga o'tkazilishi, sarkoplazmatik retikulumning yon sistemalaridan  $Ca^{+2}$  ajralib chiqishi va miofibrillalar tomon diffuziyasi, aktin va miozin oqsil iplarining biriga sirpanib harakat qilishni, kalsiy ionlarining faollashuvi, sarkopla zmada erkin kalsiy ionlarini konsentratsiyasini pasayishi, miofibrillalarning bo'shshishi.

Muskullar haqida ko'plab qiziqarli faktlar mavjud;

Tanadagi eng kuchli mushak –Jag' mushagi "masseter" inson tanasidagi eng kuchli mushaklardan biridir. U tishlar bilan kuchli bosim hosil qilishga yordam beradi. Eng tez mushak- ko'z qovoqlarini ochib yopadigan mushaklar, eng tez harakat qiladigan mushaklar hisoblanadi. Ko'z qisqish 100-150millisekundda sodir bo'ladi. Eng katta mushak –dumba mushagi [gluteus maximus] bo'lib u yurish, yugurish va tik turishda muhim rol o'ynaydi. Muskulsiz yashab bo'lmaydi –Yurak ham teng yarmi mushaklardan tashkil topgan. U doimiy ishlovchi mushak bo'lib, kuniga 100 000 marta qisqaradi. Muskullar tana massasining 40 foizini tashkil qiladi. Muskullar ba'zihollarda kislorodsiz ishlay oladi, ammo bunday jarayon LAKTAT kislotasining to'planishiga va charchoqqa olib keladi. Olimlar bergan ma'lumotlarga qaraganda muskullar xotiraga ega deya fikr bildirilmoqda, chunki agar biror kishining mushaklari rivojlangan bo'lsa va u jismoniy mashqlarni to'xtatsa keyinchalik yana shug'ullanganida mushaklar avvalgidek tez rivojlanadi. Bu esa mushak xotirasi deb yuritiladi.

Mushaklar harakatlanmaganda ham kuchini yo'qotadi. Atiga 2 hafta harakatsizlik mushak massasining kamayishiga olib kelishi mumkin. Inson tanasida 600 dan ortiq mushaklar mavjud bo; lib, ularning umumiy soni taxminan 640 taga yaqin. Muskullar faqat tortishish va qisqarishi mumkin, ammo o'z – o'zidan cho'zila olmaydi. Shu sababli, qarama-qarshi yo'nalishda ishlovchi mushaklar[masalan biceps va triceps ]birga harakat qiladi. Muskullarning qisqarishi elektr signallari bilan boshqariladi-Nerv tizimi mushaklarga elektr signallarini yuborib, ularning qisqarishini iboshqaradi, shu sababli, asab tizimidagi muammolar mushaklarning ishlashiga ham ta'sir qilishi mumkin. Masalan yurak mushagi hech qachon dam olamaydi –Yurak mushagi Miokard tug'ilgan onimizdan boshlab, to umrimizning oxirigacha tanaffussiz ishlaydi, U har kuni o'rtacha 7 500 litr qonni nasos kabi haydaydi. Muskullar faqat kuch emas balki issiqlik ham ishlab chiqaradi-Muskullar tana haroratini tartibga solishda muhim rol o'ynaydi. Masalan, sovuqda titrash organizmning o'zini isinish taktikasidir. Eng kichik mushak esa quloqda joylashgan –Stapedius mushagi quloqning ichki qismida joylashgan bo'lib, uning uzunligi atiga 1mm atrofida. U eshitish qobiliyatini boshqarishda yordam beradi. Odam yosh o'tgan sari mushaklar massasi tabiiy ravishda kamayib boradi. Bu jarayon "SARKOPENIYA " dep nomlanadi va jismoniy mashqlar bilan oldini olish mumkin.

Mushaklarning kasalliklari turli sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin, jumladan genetik omillar, autoimmun kasalliklar, infeksiyalar va jismoniy shikastlanishlardir. Quyida eng keng tarqalgan mushak kasalliklari keltirilgan;

Muskullar distrofiyasi –bu odamning mushaklariga ta'sir qiladigan irsiy surunkali kasalliklar guruhidir. Ushbu kasalliklar mushaklar kichrayib borayotganligi, mushaklarning degeneratsiyasi bilan tavsiflanadi. Ular o'zining ish faoliyatini sekin asta yoqota boradi. Mushak distrofiyasi –bu vaqt davomida mushaklarni shikastlaydigan va zaiflashtiradigan irsiy holatda nasldan –naslga o'tadigan kasalliklar guruhidir. Ushbu zarar va zaiflik mushaklarning normal ishlashi uchun zarar bo'lgan distrofin deb nomlangan oqsil yetishmovchiligidan kelib chiqadi. Ushbu proteinning yo'qligi yurish va mushaklarni muvofiqlashtirish bilan bog'liq muammolarga olib kelishi mumkin. Va undan tashqari u, birlashtiruvchi va yog'li to'qima bilan almshadi va hatto parchalanadi. Mushak distrofiyasi har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, ammo tashxislarning aksariyati bolalikda uchraydi. Qiz bolalarga qaraganda yosh o'g'il bolalarda bu kasallik ko'proq uchraydi. Kasallik belgilari; Yurishda muammo reflekslarning yo'qotilishi, o'rindan turishning qiyinlashishi, , suyakning ingichka bolishi v SKALIOZ bu esa umurtqa pog'onasining g'ayri tabiiy egriligi, yengil aqliy va ruhiy zaiflik, nafas qisilishi, yutish muammolari, o'pka va yurak zaifligi kuzatiladi.

Dyushen muskullar distrofiyasi [DMD]- Genetik kasallik bo'lib, odatda bolalikda paydo bo'ladi va mushaklarning jadal ravishda zaiflashishiga olib keladi. Beker muskullar distrofiyasi [BMD]-Dyushen distrofiyasiga o'xshash, lekin ancha sekin rivojlanadi. Miyozit [mushaklar yallig'lanishi ]. Miyozit immun tizimning mushaklarga hujum qilishi natijasida paydo bo'ladi. Bu kasalliklarning asosiy turlari; Polimiyozi –Mushaklarning yallig'lanishi va zaiflashishi bilan kichadi. Dermomiyozi –Muskullarning yallig'lanishiga teri o'zgarishlari ham qo'shiladi. Myasteniya gravis- bu autoimmun kasallik bo'lib, nerv impulslarining mushaklarga yetib borishiga to'sqinlik qiladi, natijada mushaklar tez charchaydi va zaiflashadi. Ko'pincha ko'z atrofidagi mushaklar; yuz mushaklari va yutish mushaklari ta'sirlanadi. Fibromialgiya –bu kasallik mushak va yumshoq to'qimalarda doimiy og'riq va charchoq bilan kichadi. Sababi aniqemas, ammo stress, genetik omillar va asab tizimi maammolari ro'l o'ynashi mumkin. Rabdomioliz-bu holatda mushak to'qimalari parchalanib, qon oqimiga keraksiz moddalar chiqadi. Natijada buyraklar zarar ko'rishi mumkin. Sabablari orasida haddan tashqari jismoniy yuklama, mushaklarning travmalari yoki zaharlanishlar bor. Mushak spazmlari va kramplar-bu Mushaklarning kutilmaganda qisqarib qolishi natijasida og'riq paydo bo'ladi. Sabablari orasida suvsizlanish, minerallar yetishmovchiligi[kaliy, magniy] ortiqcha jismoniy faollik va qon aylanishining buzilishlari bor. Parkinson kasalligi va mushaklarning qatib qolishi –bu kasallik miyadagi Dopamin yetishmovchiligi tufayli yuzaga keladi, titrash va harakatning sekinlashishiga olib keladi. Mushak kasalliklarini davolash sabablarga bog'liq. Ba'zi kasalliklar [genetik muscular distrofiyalar] to'liq davolanmaydi, lekin simptomlarini yengillashtirish mumkin.

### **Tadqiqot materiallari va o'rganish usullari;**

1. Muskul ishlash mexanizmini tushinish uchun quyidagi usullar qo'llanadi. Elektrofiziolik usullar; Elektromiografiya[EMG]- mushak tolalarida harakat

potensiallarini aniqlash. Patch-clamp texnikasi-mushak hujayralarida ion kanallarining faolligini o'lchash. Elektr stimulyatsiya –mushaklarga elektr impulslari yuborib, ularning reaksiyasini o'rganadi

2. Kontaktil xususiyatlarni o'rganish.; Izometrik kuch sinovlar- mushakni cho'zilmasdan kuch hosil qobilayiti tekshirish. Izonotik konsentratsiya testi-mushaklar o'z uzunligini o'zgartirgan holda kuch hosil qilishini o'lchash. Sarkomer uzunligini o'lchash –mushak tolalarining mikroskop ostida qisqarishini tekshirish.

3. Biokimyoviy usullar. ATP va kreatin kinaza [CK] testlari- mushak energisiyaning ishlatilishini baholash. Kaltsiy signalizatsiyasini o'rganish- kalsiy ionlari mushak qisqarishiga qanday ta'sir qilishini aniqlash. Metabolizm tadqiqotlari- mushaklarda glyukoza va yog' kislotalarining parchalanishini tahlil qilish.

4. Genetik va molekulyar usullar; PCR va Western blot – mushaklarning rivojlanishi va regeneratsiyasiga ta'sir qiluvchi gen oqsillarni o'rganish. CRISPER /Cas 9 –genlarni o'zgartirish va mushak kasalliklarini tadqiq qilish. Mikrorarray va RNA –seq mushak hujayralarida gen ekspressiyasini tahlil qilish.

5. Hujayra va to'qimalar tadqiqoti. Konfokal mikroskopiya -mushak ichidagi oqsil va hujayra strukturaviy o'zgarishlarini kuzatish. Organ-on-chip texnologiyasi – laboratoriya sharoitida mushak hujayralarining ishlashini modellashtirish. Mushak regeneratsiyasi tajribalari – jarohatlangan mushaklarning tuzalish jarayoni o'rganiladi.

Bu usullar mushaklarning ishlash mexanizmini tushunish va mushak kasalliklarini davolash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim rol o'ynaydi.

### **Xulosa va tavsifalar;**

Mushaklar harakat va quvvat manbai bo'lib, ularning sog'lom ishlashi umumiy salomatlik va hayot sifati uchun muhimdir. Muskullarni asrash nafaqat jismoniy kuch va harakatchanlikni saqlash, balki umumiy salomatlikni qo'llab quvvatlash va Sog'lom turmush tarziga rioya qilish muhim ahamiyatga ega, to'g'ri ovqatlanish, jismoniy faollik, suv ichish, yaxshi uyqu va stresni kamytirish muhim. SHundagina mushaklarimiz kuchli, sog'lom va baquvvat va elastik bo'ladi, Ushbu yondashuvlar va yangi davolash usullari;

Gen terapiyasi, regenerativ tibbiyot va innovatsion reabilitatsiya metodlari mushak kasalliklari va shikastlanishlarini davolashda istiqbolli natijalarga erishishga imkon beradi. Ushbu yondashuvlar birgalikda mushaklarning funktsionalligini saqlash, degenerativ jarayonlarni sekinlashtirish va umumiy hayot sifatini oshirishga xizmat qiladi. Muskulni asrash sog'lom va faol hayot tarzini qo'llab quvvatlashning ajralmas qismidir.

Quyidagi tavsifalar mushaklaringizni mustahkamlash va ularning optimal ishlashini ta'minlashga yordam beradi;

To'g'ri ovqatlanish –proteinlar mushak to'qimalarini qurish va tiklash uchun zarur. Tuxum, tovuq go'shti, baliq, mol go'shti, sut mahsulotlari, dukkaklilar va yong'oqlar. Uglevodlar –Mushaklar energiya olishi uchun foydalaniladigan asosiy

yoqilg'i. Masalan butun donli mahsulotlar, sabzavotlar, mevalar va dukkaklilar. Yog'lar-Sog'lomyog'lar mushaklar uchun energiyani taminlaydi vayallig'lanish jarayonini kamaytiradi. Zaytun moyi, avakado, yong'oq va baliq yog'ida ko'pdir VIitamin va minerallar; Magniy-Mushaklarning qisqarishi va bo'shashishi uchun kerak. Kaliy – Mushaklarning elektrolit balansini saqlaydi. Kalsiy - Mushaklar va suyaklar uchun zarur, sut mahsulotlarida nisbatan ko'p. D vitamini-Mushak kuchini saqlab qolish uchun muhim.

Yetarli miqdorda suv ichish. Mushaklarning optimal ishlashi uchun suvsizlanishdan saqlanish muhim; Kuniga kamida 2-3 litr suv ichish tavsiya etiladi. Jismoniy mashqlar paytida yo'qotilgan suyuqlikni qoplash uchun ko'proq suv ichish kerak'

Jismoniy faollik va mashqlar. Mushaklarni sog'lom va kuchli saqlash uchun muntazam jismoniy faollik zarur; Kuch mashqlari-Og'irlik ko'tarish, plank mushak massasini oshiradi. Kardio mashqlar-Yugurish, suzish, velosiped minish qon aylanishini yaxshilaydi va mushaklarning chidamliligini oshiradi. Cho'zilish mashqlari- Elastiklik va mushaklarning moslashuvchanligini saqlash uchun yoga mashqlarini bajarish kerak.

Yetarlicha dam olish va uyqu; Mushaklar mashq paytida emas. balki damolayotganda tiklanadi. Tungi 7-9 soat sifatli uyqu mushaklarning o'sishi va tiklanishi uchun muhim. Haddan tashqari mashq qilish mushaklarning ortiqcha zo'riqishiga olib kelishi mumkin, shuning uchun yetarli dam olishi juda muhim.

Stress va ortiqcha yuklanishdan saqlanish; Stress mushaklarning taranglashishiga va qattiqlashishiga olib kelishi mumkin. Mediatsiya, nafas mashqlariva dam olish usullari mushaklarning sog'lom ishlashiga yordam beradi.

Yomon odatlardan voz kechish; Spirtli ichimliklar mushaklarning tiklanishini sekinlashtiradi. Chekish- qon aylanishiga zarar yetkazib, mushaklarga kislorod yetkazib berishini pasaytiradi. Gazlangan va shakarli ichimliklar – mushaklarning energiya ishlab chiqarish jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Ortopedik va ergonomik muhit yaratish. To'g'ri holatda o'tirish va yurish mushaklarga ortiqcha yuk tushishining oldini oladi. Ergonomik o'rindiqlar va ish sharoitini yaxshilash orqa va bo'yin mushaklarining zo'riqishini kamaytiradi.

## ***NEYRODEGENERATIV O'ZGARISHLARGA EGA BEMORLARDA KOGNITIV FUNKSIYALARGA JISMONIY FAOLLIKNING TA'SIRI***

*Axunova Tamina Adil qizi  
Farg'ona viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markaziy shifokori*

### **Annotatsiya**

Maqolada neyrodegenerativ bemorlarda jismoniy faollikning kognitiv funksiyalarga ijobiy ta'siri o'rganildi. Natijalar jismoniy mashqlar Brain-Derived

Neurotrophic Factor darajasini oshirib, miyadagi neyroplastiklikni rag'batlantirishini va kognitiv yaxshilanishlarga olib kelishini ko'rsatdi. Maqola jismoniy faollikni kognitiv buzilishlarni kamaytirishda samarali vosita sifatida tavsiya etiladi.

**Kalit so'zlar:** neyrodegeneratsiya, jismoniyfaollik, kognitiv, plastiklik, neyrotrofik, BDNF, fMRI, korteks, hipokampus, reabilitatsiya, intensivlik, motor, testlar

Bugungi kunda neyrodegenerativ kasalliklar, jumladan Altsgeymer va Parkinson kasalliklari, dunyo bo'yicha keng tarqalgan va kognitiv funksiyalarning sezilarli darajada buzilishiga olib keladigan jiddiy sog'liq muammolaridan biridir. Ushbu kasalliklarda mavjud farmakologik davolash usullari cheklangan bo'lib, shuning uchun kognitiv qobiliyatlarni saqlab qolish va yaxshilash uchun qo'shimcha yondashuvlarga ehtiyoj mavjud. Shu nuqtai nazardan, jismoniy faollikning neyrodegenerativ o'zgarishlarga ega bemorlarda kognitiv funksiyalarga ijobiy ta'sir ko'rsatishi so'nggi yillarda ilmiy tadqiqotlarning markazida turibdi. Jismoniy faollik miyadagi neyroplastiklikni rag'batlantirib, neyrotrofik omillar darajasini oshirish orqali kognitiv pasayishni sekinlashtirishga yordam beradi. Ushbu mavzu dolzarbligi va yangiligi shundaki, jismoniy faollikning intensivligi, turi va davomiyligi kognitiv funksiyalarga ta'sirini aniqlashga qaratilgan tadqiqotlar ko'paymoqda. Maqsad neyrodegenerativ o'zgarishlarga ega bemorlarda jismoniy faollikning kognitiv funksiyalarni qo'llab-quvvatlashdagi roli va mexanizmlarini ilmiy asosda tahlil qilishdir.

Tadqiqotda 60 nafar neyrodegenerativ o'zgarishlarga ega bemor ishtirok etdi, ulardan 30 nafari Altsgeymer kasalligi, 30 nafari Parkinson kasalligi bilan og'rikan. Ishtirokchilar ikki guruhga bo'lindi: birinchi guruh haftada 3-5 marta, 40-60 daqiqa davomida o'rtacha intensivlikdagi aerobik va kuchaytiruvchi mashqlar dasturida qatnashdi; ikkinchi guruh esa standart tibbiy yordam oldi, jismoniy faollik dasturida qatnashmadi. Tadqiqot davomiyligi 12 hafta bo'ldi.

Kognitiv funksiyalar Mini-Mental State Examination (Mini-Aqliy Holat Testi — MMSE) va Montreal Cognitive Assessment (Montreal Kognitiv Baholash Testi — MoCA) yordamida baholandi. Jismoniy faollik darajasi o'z-o'zini baholash so'rovlari orqali aniqlanib, Brain-Derived Neurotrophic Factor (Miya Kelib Chiqadigan Neyrotrofik Omil — BDNF) darajasi qon namunalarida tahlil qilindi. Miya faoliyati funksional magnit-rezonans tomografiya (Functional Magnetic Resonance Imaging — fMRI) yordamida o'rganildi.

Jismoniy faollik guruhida MMSE ballari o'rtacha 21.7 dan 25.3 gacha, MoCA ballari 19.8 dan 23.7 gacha oshdi ( $p < 0.01$ ). Nazorat guruhida sezilarli o'zgarish kuzatilmadi. BDNF darajasi jismoniy faollik guruhida 13.2 nanogrammm/millilitr (ng/ml) dan 19.5 ng/ml gacha oshdi ( $p < 0.01$ ), nazorat guruhida esa o'zgarish bo'lmadi. fMRI natijalari prefrontal korteks va hipokampus sohalarida neyroaktivlikning oshishini ko'rsatdi.

Natijalar jismoniy faollikning neyrodegenerativ kasalliklardagi kognitiv buzilishlarni sekinlashtirishda samarali ekanligini tasdiqlaydi. BDNF darajasining

oshishi neyroplastiklikni rag‘batlantiradi, fMRI esa jismoniy faollik miyadagi muhim kognitiv mintaqalarning faoliyatini yaxshilashini ko‘rsatdi. Tadqiqot shuningdek, jismoniy faollikning intensivligi va muntazamligi kognitiv yaxshilanishlarga ta‘sir qiluvchi asosiy omillar ekanligini ko‘rsatdi.

Xulosa qilib aytganda, jismoniy faollik neyrodegenerativ o‘zgarishlarga ega bemorlarda kognitiv funksiyalarni saqlash va yaxshilashda samarali vosita hisoblanadi. Ushbu natijalar jismoniy faollikni neyrodegenerativ kasalliklarda kognitiv buzilishlarni kamaytirish va bemorlarning hayot sifatini oshirishda muhim qo‘shimcha davolash usuli sifatida qo‘llash zarurligini ko‘rsatadi. Kelajakdagi tadqiqotlar davomiyligini oshirish va ishtirokchilar sonini ko‘paytirish orqali jismoniy faollikning ta‘siri yanada aniqroq o‘rganilishi tavsifa etiladi.

## ***ASSESSMENT OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS***

*Ch.A.Kuchimova*  
*Samarkand State Medical University , Department of Psychiatry, medical psychology and narcology*

**Relevance of the topic.** According to WHO, depression is one of the most widespread diseases of our time and by 2030 depression will be one of the main causes of disability, taking the second place after cardiovascular pathology. About 100 million people on our planet show signs of depression every year, and women have twice the risk of developing and relapsing into a depressive disorder compared to men. The pathopsychological study of depressive disorders is of great practical and therapeutic and preventive importance.

**The purpose of the study:** to study the personal characteristics of women with depressive disorders in order to improve medical and psychological care for this group of patients.

**Materials and methods of the study:** 30 women with depressive disorders who were undergoing inpatient treatment in the psychosomatic department of the Samarkand Regional Psychiatric Hospital were examined. During the study, the Hamilton scale was used to assess the severity of depressive symptoms, and the Schmischek-Leonhard test was used to determine personality traits.

**The results of the study.** Affective disorders were most often classified as a severe depressive episode (F-32.3 according to ICD-10 classification) in 10 patients (33.2%), mixed anxiety and depressive disorder (F-41.2)-in 8 women (26.8%). A moderate depressive episode was less common (F-32.1)-in 20% of the examined women, prolonged depressive reaction due to an adjustment disorder (F-43.21)-in 3 women (10%) and dysthymia (F-34.1)-in 3 examined women (10%). The study of personality traits using the Schmischek-Leonhard test revealed among all the examined: demonstrative personality type in 3 patients (10%), stuck

personality type in 8 patients (26.7%), dysthymic type in 40% of cases (12 examined), anxious-fearful type in 5 patients (16.7%) In 6.6% of cases, an emotive personality type was identified. Depending on the type of personality, the patients had such traits as autoaggression, a tendency to guilt, pessimism, low self-esteem, and difficulties in social contacts.

**Conclusions:** according to the results of testing, it was revealed that severe depression was most often found in people with a dysthymic personality type. Moderate depressive disorders were observed in individuals with stuck and anxious-fearful personality types. Mild depressive disorders have been diagnosed in patients with a demonstrative personality type. A pathopsychological study aimed at studying the characteristics of a person's energy resources, the leading characteristics of the emotional sphere and the style of interpersonal relationships revealed significant differences between individual personality types and nosological forms, and also revealed the comparability of these results with clinical data. Depending on the results obtained, it becomes possible to conduct an effective course of treatment and choose a method of psychotherapeutic influence in the relief of depressive disorders.

## ***ONCE-WEEKLY MAZDUTIDE IN ADULTS WITH OBESITY OR OVERWEIGHT***

*Students of Fergana Medical Institute of Public Health  
Davlatov Shohjaxonbek Qurbonbek o'g'li, Aditya Raj Sharma, Ayaz Arshi,  
Pratham Sharma, Pulkit Sriwastava*

**Abstract:** This thesis is based on a phase 3, double-blind, placebo-controlled trial that investigated the efficacy and safety of mazdutide, a once-weekly glucagon-like peptide-1 and glucagon receptor dual agonist, in adults with obesity or overweight. The study demonstrated significant and clinically relevant weight reduction over a 32- and 48-week period, along with improvements in cardiometabolic risk factors. Gastrointestinal adverse events were most common but generally mild or moderate in severity.

**Introduction** Obesity is a major global health issue and a significant risk factor for various chronic diseases. In China, nearly half of the population is affected by overweight or obesity. Recent pharmacologic interventions using incretin-based therapies have shown promise in managing obesity. Mazdutide, a dual agonist of GLP-1 and glucagon receptors, has emerged as a potential therapy offering weight loss and metabolic benefits.

**Methods** The GLORY-1 trial included 610 adults randomized to receive either 4 mg or 6 mg of mazdutide or placebo weekly for 48 weeks. Participants had a BMI  $\geq 28$  or BMI 24–28 with comorbidities. The primary endpoints were percent

weight change and  $\geq 5\%$  weight reduction at week 32. Secondary endpoints included waist circumference, blood pressure, lipid profile, and liver enzymes.

**Results** Both mazdutide doses significantly reduced body weight compared to placebo. At week 32, the mean weight loss was  $-10.09\%$  and  $-12.55\%$  for 4 mg and 6 mg doses respectively, with over 70% achieving  $\geq 5\%$  weight loss. At week 48, the 6 mg dose led to a 14.01% weight loss. Improvements were observed in waist circumference, triglycerides, cholesterol, uric acid, and ALT. The most frequent adverse events were gastrointestinal in nature.

**Discussion** Mazdutide proved effective for weight loss and cardiometabolic improvements in adults. The dual agonism approach may enhance lipid oxidation and uric acid clearance. The safety profile was acceptable, with most adverse events occurring during dose escalation. This trial supports mazdutide as a new treatment option for weight management in populations.

**Conclusion** Mazdutide offers a promising pharmacological approach for obesity treatment in adults, demonstrating efficacy in weight reduction and metabolic health improvements. Future trials should assess its long-term impact, especially in populations with diabetes

### ***SUITSID HOLATLAR PROFILAKTIKASI***

*G'.S.Akramov<sup>1</sup> M.M.Zokirov<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Nevrologiya va psixiatriya kafedراسى assistenti.*

*<sup>2</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Pediatriya fakulteti dekani, PhD*

**Mavzuning dolzarbligi.** Suitsid holati dolzarb ijtimoiy-tibbiy muammolardan biridir. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, har yili 720 000 dan ortiq odam oz joniga qasd qilish natijasida vafot etadi. O'z joniga qasd qilish 15-29 yoshdagi o'lim sabablari orasida uchinchi o'rinda turadi. Global o'z joniga qasd qilishning 73 foizi past va o'rta daromadli mamlakatlarda sodir bo'ladi. O'z joniga qasd qilishning sabablari ko'p qirrali bo'lib, ular hayot davomida mavjud bo'lgan ijtimoiy, madaniy, biologik, psixologik va ekologik omillar ta'sirida bo'lmoqda. Har bir o'z joniga qasd qilish oilalar, jamoalar va butun mamlakatlarga ta'sir qiladigan fojia bo'lib, orqada qolgan odamlarga uzoq davom etadigan ta'sir ko'rsatadi. 2021-yilda o'z joniga qasad qilish dunyo bo'ylab barcha o'limlarning 1,1%ini tashkil qiladi, ya'ni har 100 o'limdan 1nafari o'z joniga qasd qilish natijasida sodir bo'ladi. JSST o'z joniga qasd qilishning 800 sababini va hayotdan ko'z yumishning 80 usulini ko'rsatib aniqlab berdi.

**Tadqiqot maqsadi:** Suitsid holatlar profilaktikasini psixologik va ijtimoiy xususiyatlarini o'rganish. Suitsid holatlarni psixologik va ijtimoiy omillarini o'rganish va ruhiy holatlarda, muomalada, rivojlanishda, oilada, ishada va o'qishda

paydo bo'ladigan muammolarni o'z vaqtida profilaktikasini olib borish va samaradorli hal qilish maqsadida psixologik-pedagogik statusini o'rganish.

**Materiallar va tadqiqot usullari:** Tadqiqot ishini bajarish uchun zarur bo'lgan moddiy texnika bazasi bo'lib RIRSIATMPXB viloyat filiallari va RSHTYIM hududiy filiallari "Toksikologiya", "Xirurgiya", bo'limidagi qasd qilish holati bilan davolanayotgan bemorlar o'rganiladi. Bemorlarda anamnestik va klinikokatamnestik tekshirish olib boriladi.

**Tadqiqot natijalari:** Tadqiqot natijasida so'nggi yillarda suitsid holatlarini statistik holati, klinik xususiyatlari, ijtimoiy-psixologik omillari o'rganiladi. Jinsalar bo'yicha erkaklar-26ta (52%), ayollar-24ta (48%); Suitsid sababini tahlili bo'yicha: ota-onasi bilan kelishmovchiliklar-20ta (40%), o'zining ahamiyatini isbotlash-8 ta (16%), uning hissiyotlarini tushunmasliklari-11ta (22%), or-nomusining kamsitilishi-7ta (14%), moddiy qiyinchiliklar-4ta (8%) aniqlanildi.

**Xulosa:** Suitsid sohasida olib borilayotgan chora-tadbirlarga qaramay suitsidlar soni ortib bormoqda. Shunday ekan bu sohani yanada chuqur tadqiq qilish lozim. Yangi samarali profilaktik chora-tadbirlarini ishlab chiqish va amaliyotga tadbiq etish, xavf omillari va guruhlarini erta aniqlash hamda nazoratga olish suitsid holatlarini kamayishiga olib keladi.

### ***INSULTDAN KEYINGI DEPRESSIYANING KLINIK-NEVROLOGIK VA PARAKLINIK XUSUSIYATLARI, ERTA ANIQLASH VA OLDINI OLISH STRATEGIYALARI***

<sup>1</sup>G'ulomqodirov Muzaffar Maxmit o'g'li,  
<sup>2</sup>Muradimova Alfiya Rashidovna

<sup>1</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Nevrologiya va psixiatriya kafedراس  
assistenti.

<sup>2</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Nevrologiya va psixiatriya kafedراس  
mudiri, PhD, dotsent

#### **Ishning dolzarbligi.**

Insultdan keyingi bemorlardagi ruhiy buzilishlar, ularning klinik-neyrovizualizatsion xususiyatlari, erta aniqlash strategiyalarini va reabilitatsiya bilan bog'liq tadqiqotlar nihoyatda dolzarb hisoblanadi. Insultdan keyingi bunday ruhiy buzilishlar insonlarning hayot sifatini cheklabgina qolmay, psixologik va ijtimoiy muammolarni ham keltirib chiqarishi mumkin.

#### **Tadqiqotning dolzarbligi.**

Insult dunyoda nogironlik va o'lim sabablarining yetakchi o'rinlaridan birini egallagan bo'lib, bemorlarning hayot sifatiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Harakat va

aqliy buzilishlardan tashqari, insultdan keyin bemorlarning katta qismida rivojlanadigan ruhiy buzilishlar muhim, biroq ko'pincha yetarlicha e'tibor berilmaydigan muammo hisoblanadi. Ular orasida reabilitatsiyani qiyinlashtiradigan, tuzalishga bo'lgan intilish va qobiliyatni pasaytiradigan, shuningdek, takroriy insult va o'lim xavfini oshiradigan tushkunlik, xavotirli holatlar va loqaydlik eng katta klinik ahamiyatga ega.

Shunday qilib, insultdan keyingi ruhiy buzilishlarni tashxislash uchun klinik va neyrovizualizatsion mezonlarni ishlab chiqish, shuningdek, samarali reabilitatsiya strategiyalarini yaratish dolzarb ilmiy va amaliy vazifadir. Ushbu masalalarni hal qilish insult bilan kasallangan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishni yaxshilash, nogironlik darajasini kamaytirish va reabilitatsiya davolash samaradorligini oshirishda muhim ahamiyat kasb etadi.

#### **Tadqiqotning maqsadi.**

insultdan keyingi ruhiy buzilishlar rivojlanishining klinik-laborator xususiyatlarini o'rganish va ularni erta aniqlash strategiyalarini va reabilitatsiya qilish ishlab chiqish.

#### **Tadqiqotning vazifalari.**

1. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlar namoyon bo'lishining klinik va psixonevrologik xususiyatlarini shakliga qarab o'rganish;
2. Insultdan keyingi ruhiy holati buzilgan bemorlarda qon zardobidagi BDNF va IL-6 ning laborator ko'rsatkichlarini o'rganish;
3. Insultdan keyingi ruhiy holati buzilgan bemorlarda bosh miyaning neyrovizualizatsion tekshiruvini (MRT) o'tkazish;
4. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlarni bazis terapiya va antidepressantlar fonida reabilitatsiya qilish va davolash usullarini o'rganish;
5. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlarni erta aniqlashning klinik-diagnostik mezonlarini aniqlash va insultdan keyingi ruhiy buzilishlar rivojlanish xavfini kamaytirish bo'yicha profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqish.

#### **Tadqiqot materiallari.**

Ushbu tadqiqotga turli shakldagi insultdan keyingi ruhiy buzilishlari bo'lgan bemorlar (n=122) kiritiladi, ular tadqiqot guruhlariga - asosiy (n=92) va nazorat (n=30) - nisbatan psixo-nevrologik sog'lom kontingentga guruhlanadi. Guruhlar jinsi va yoshiga ko'ra bir xil.

Asosiy guruh 2 guruhga bo'linadi: 1-asosiy guruh - xavotirli-depressiv, 2-asosiy guruh - insultdan keyingi apatik-depressiv buzilishlari bo'lgan bemorlar. Keyinchalik, ruhiy buzilishlarni differensial davolashni aniqlash va ishlab chiqish uchun biz ikkala asosiy guruhni qabul qilinayotgan antidepressantga qarab 2 kichik guruhga ajratamiz: 1a va 2a kichik guruhlar essitalopram preparatini qabul qiladi, 1b va 2b kichik guruhlar esa sertralin preparatini qabul qiladi.

#### **Tadqiqot usullari.**

Klinik-anamnestik, psixonevrologik (shkalalar va testlar), laborator (BDNF (neyronlarning tiklanish markeri) va IL-6 (tizimli yallig'lanish markeri) qon zardobi, neyrovizualizatsion (MRT) va statistik tadqiqot usullaridan foydalaniladi.

### **Ilmiy yangilik.**

1. Insultning lokalizatsiyasi va og‘irligiga qarab turli xil ruhiy buzilishlarning (depressiya, xavotir, apatiya, kognitiv buzilishlar) klinik va psixonevrologik xususiyatlari birinchi marta batafsil tavsiflangan.

2. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlarning rivojlanishi bilan bog‘liq bo‘lgan yangi laboratoriya markerlari aniqlanadi va tavsiflanadi. Bu ilgari yetarlicha tadqiq qilinmagan, laboratoriya ma’lumotlari asosida ruhiy buzilishlar rivojlanish xavfini bashorat qilishning yangi usullarini taklif qilish imkonini beradi.

3. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlarda insultning lokalizatsiyasi va og‘irligiga qarab bosh miyaning neyrovizualizatsion manzarasi tavsiflanadi.

4. Insultdan keyingi ruhiy buzilishlarni medikamentoz rehabilitatsiya qilish samaradorligini bemorlarning psixoemotsional va kognitiv holatiga ta’siri nuqtayi nazaridan baholash.

5. Insultdan keyingi bemorlarda ruhiy buzilishlarni erta aniqlash uchun yangi klinik-diagnostik mezonlar ishlab chiqiladi va insultdan keyingi ruhiy buzilishlar rivojlanish xavfini kamaytirish uchun yangi profilaktik strategiyalar ishlab chiqiladi, bu nafaqat bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga, balki samarali nazorat va erta aralashuv orqali tibbiyot muassasalariga yuklamani kamaytirishga imkon beradi.

### **Xulosa:**

Shunday qilib, dissertatsiya ishining ilmiy yangiligi insult o‘tkazgan bemorlarda ruhiy buzilishlarni erta tashxislash va rehabilitatsiya chora-tadbirlarini optimallashtirish, davolash samaradorligini oshirish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beruvchi klinik-laborator xususiyatlarini kompleks tadqiq qilishdan iborat.

## ***NEVROLOGIK VA RUHIY KASALLIKLARNI DAVOLASHNING ISTIQBOLLI USULLARI***

*Ibragimova Ziyodaxon Jaloliddinovna  
FJSTI Gistalogiya va Biologiya kafedrasi katta o‘qituvchi  
Rasulova Farzona G‘ayratjon qizi  
FJSTI Pediatriya yo‘nalishi 53.24 guruh talabasi  
Farg‘ona, O‘zbekiston*

**Annotatsiya.** Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashning istiqbolli usullari zamonaviy tibbiyotda jadal rivojlanib borayotgan yo‘nalishlardan biri hisoblanadi. Ushbu maqolada zamonaviy kompyuter texnologiyalari orqali o‘smirlarda nevrologik va ruhiy kasalliklarni aniqlash, to‘g‘ri tashxis qo‘yish hamda davolashda kompyuter texnologiyalaridan foydalanish orqali shifokorlarga qulayliklar yaratish va buning istiqbollari haqida fikr yuritilgan.

**Kalit soʻzlar:** MRT, autizm, EEG, epilepsiya, parkinson sindromi, kompyuter tomografiyasi.

**Kirish.** Hozirgi kunda oʻsmirlar va bolalarda nevrologik kasalliklarni aniqlash va davolash uchun koʻplab istiqbolli usullardan foydalanamiz. Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashning istiqbolli usullari sohasida soʻngi yillarda katta yutuqlar kuzatilmoqda. Neyrobiologiya, psixiatriya va nevrologiya sohalaridagi yangiliklar, ilgʻor tadqiqotlar va texnologiyalar kasalliklarni aniqlash va davolashda yangi imkoniyatlarni yaratmoqda. Bu usullardan foydalanish aholi va shifokorlar uchun juda qoʻl kelmoqda. Bungi kunda tibbiyot olamida nevrologik kasalliklarda aniqroq tashxis qoʻyish va muayyan davolash qanchalik samarali ekanligini tekshirish uchun kuchli va aniq vositalardan foydalaniladi. Bugunga kelib oʻsmirlar va bolalar orasida nevrologik kasalliklar juda koʻp uchramoqda. Bu kasalliklarni davolashda va reabilitatsiya jarayonlarini yaxshilashda zamonaviy kompyuter texnologiyalaridan foydalanilmoqda. Deyarli chekka hududlardagi shifoxonalarni ham eng soʻnggi rusumdagi boʻlmasada, kompyuter texnologiyalar bilan jihozlashga harakat qilinmoqda. Chunki hozirgi oʻsmirlar orasida juda koʻp nerv kasalliklari uchramoqda.

#### **Asosiy qism:**

Hozirgi kunda oʻsmirlar nevrologik kasalliklarni davolashda foydalaniladigan texnologiyalarga quyidagicha misollar keltirish mumkin:

MRT (magnit - rezonas tomografiya) apparati juda muhim hisoblanadi. U miya tuzilishini juda batafsil koʻrsatib beradi va bu shifokorlarga turli xildagi kasalliklarga aniq tashxis qoʻyish va davolashda yordam beradi. Shifokorlar MRT orqali oʻsmirlardagi miya shishi, qon tomir kasalliklari, miya yalligʻlanishlari miya qobigʻidagi turli nevrologik kasalliklarni aniqlaydilar. Bunday tashqari MRT orqali kasalliklarni ogʻirlik darajasini aniqlash va davolash samaradorligini ham kuzatish mumkin boʻladi. Davolash usulini tanlashda ham MRT muhim rol oʻynaydi. Masalan, agar miya shishi aniqlansa, MRT uning joylashuvini va hajmini aniqlashga yordam beradi. Bu esa jarrohlik amaliyoti yoki radiatsiya terapiyasi kabi davolash usullarini tanlashga imkon yaratadi. Shuni taʼkidlash kerakki, MRT xavfsiz va ogʻriqsiz tekshirish usuli hisoblanadi. Biroq, baʼzi hollarda, masalan, metall implantlar mavjud boʻlsa, MRTni amalga oshirish mumkin emas. Hozirgi kunda oʻsmirlar orasida oʻsma kasalliklari koʻp uchramoqda. MRT esa bu kasalliklarga aniq tashxis qoʻyishda va davolash rejasini tuzishda yordam beradi.

Oʻsmirlardagi nevrologik kasalliklarni aniqlashda EEG(elektroensefalografiya) dan foydalaniladi. EEG asosan, miya faoliyatini oʻlchash uchun ishlatiladi. Bu miya toʻlqinlarini tahlil qilish orqali epilepsiya, uyqu buzilishi, migren va boshqa nevrologik kasalliklarni aniqlashga yordam beradi. U miyaning turli qismlaridan kelib chiqadigan elektr signallarni yozib olish orqali amalga oshiradi. Bu signallar miyaning turli holatlarini, masalan, uyqu, uygʻonish, konsentratsiyasi va boshqalarni aks ettiradi. Bundan tashqari EEG epilepsiya xurujlarini aniqlashda juda samarali vosita hisoblanadi. U miyaning gʻayritabiiy elektr faoliyatini aniqlashga yordam beradi, bu epilepsiya xurujlarining sababi boʻlishi mumkin.

Bundan tashqari EEG boshqa nevrologik kasalliklarni, masalan, miya shishi, ensefalit, meningit va boshqalarni aniqlashga yordam beradi. Bu kasallik miyaning elektr faoliyatidagi o'zgarishlarni keltirib chiqarishi mumkin va buni EEG orqali aniqlash mumkin. EEG tekshirish jarayonida bemorga hech qanday og'riq yoki zarar yetkazmaydi. Bundan tashqari EEG tekshiruvini boshqa tasvirlash usullariga qaraganda arzonroq tushadi. EEG tekshiruvini tez va oson amalga oshiriladi. Hozirgi kunda bemorlarda koma holatidagi miyaning ish faoliyatini baholashda ham ishlatish mumkin. EEG tekshirish jarayonining tez va oson amalga oshirilishi bu holatda qo'l kelmoqda. O'smirlarda bosh og'rig'i keng tarqalgan muammo. Ba'zi bosh turlari miyaning g'ayritabiiy elektr faoliyati bilan bog'liq bo'lishi mumkin. EEG tekshirish usuli esa bunda juda qo'l keladi. Xullas o'smirlarda uchraydigan nevrologik buzilishlarda EEGning ahamiyati katta.

TMS (transkraniyal magnit stimulyatsiya) bu miya faoliyatini o'zgartirish uchun ishlatiladi. Qisqacha qilib aytganda u miyaning ma'lum qismlarini rag'batlantirish uchun ishlatiladi. Bu degani, depressiya, xavotir, obsesif-komelsiv buzilish va boshqa nevrologik kasalliklarni davolashda qo'llaniladigan. TMS o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni aniqlashda hali ham yangi texnologiya hisoblanadi va keng qo'llanilmaydi. Ammo depressiya jarayonida dori-darmonlarga javob bermaydigan depressiyon holatlarini davolash samarali bo'lishi mumkin. Bundan tashqari migren, oksidativ stress kabi kasalliklarni keltirib chiqaradigan salbiy ta'sirlarni kamaytiradi. TMS noinvaziv usul ya'ni xavfsiz va og'riqsiz usul hisoblanadi. Uning boshqa dori - darmonlarga qaraganda yon ta'siri kamroq. TMSning ta'siri tezroq ko'rinishi mumkin, ba'zida bemorlar bir necha hafta ichida yaxshilanishi kuzatiladi. Bundan tashqari TMS dori - darmonlarga alternativ bo'lishi mumkin, ayniqsa, dori - darmonlarga javob bermaydigan bemorlar uchun.

TMS miya faoliyatini o'zgartirishga yordam beradi, bu esa o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni davolashda muhim rol o'ynaydi. Ammo, o'smirlarda TMSni qo'llashda bir nechta kamchiliklar ham mavjud. Misol uchun, TMSning uzoq muddatli ta'sirihali to'liq o'rganilmagan. TMS barcha bemorlarga birdek mos kelmaydi, ayniqsa, o'smirlarga. Bundan tashqari TMS boshqa dori - darmonlarga qaraganda nisbatan qimmatroq tushishi mumkin. O'smirlarda TMSni qo'llashdan oldin shifokor bilan maslahatlashish juda muhim hisoblanadi. TMS hozirgi kunda juda foydali texnologiyalar qatoriga kiradi deb o'ylayman. Chunki ayni paytda ya'ni hozirgi texnika asrida o'smirlar virtual hayot bilan yashamoqda. Bu esa o'smirlardagi depressiya xavotir kabi holatlarni keltirib chiqarmoqda.

Hozirgi vaqtda tibbiyotning nevrologiya sohasi qo'llanilayotgan zamonaviy kompyuter texnologiyalarga kompyuterlashgan tomografiya (KT) ni olishimiz mumkin. KT juda keng qo'llaniladigan texnologiya. U miya va boshqa organlarning tasvirlarini olish imkonini beradi va bu shifokorlarga o'smirlardagi nevrologik kasalliklar haqida aniq ma'lumot olishga yordam beradi. KT texnologiyasi doimiy ravishda rivojlanib bormoqda va bu sohada juda ko'p yangiliklar paydo bo'lmoqda. Hozirgi vaqtda KT sohasida quyidagicha yangiliklar sodir bo'lmoqda:

Yangi avlod skanerlari :

Yuqori aniqlikdagi tasvirlar , yangi KT skanerlari yuqori aniqlikdagi tasvirlarni olish imkonini beradi , bu esa shifokorlarga kichik o'zgarishlarni ham aniqlashga yordam beradi . Kamroq radiatsiya, yangi skanerlar kamroq radiatsiya ishlatadi , bu esa bemorlar uchun xavfni kamaytiradi. Tezroq skanerlash , yangi skanerlar tezroq skanerlash imkonini beradi va bu bemorlar uchun qulaylik yaratadi. Onkologiya , KT saraton kasalligini aniqlash va davolash samaradorligini kuzatishda keng qo'llaniladi. Yurak - qon tomir kasalliklari , KT yurak xastalıkları qon tomirlarining torayishi va boshqa yurak - qon tomir kasalliklarini aniqlashda yordam beradi. Neyroxirurgiya , KT miya shishi , qon tomirlarining shikastlanishi va boshqa nevrologik kasalliklarni aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Ortopediya, suyaklarning singan joylari, artroz va boshqa suyak - mushak tizimi kasalliklarini aniqlashda foydalaniladi. Xulosa qilib aytganda KT o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni davolashda muhim rol o'ynaydi . Ular tez va aniq tashxis qo'yish , davolash rejasini tuzish, davolash samaradorligini kuzatish va jarrohlik amaliyotini rejalashtirishda yordam beradi . Biroq KT radiatsiya ta'siriga ega ekanligini esda tutish kerak .

MEG ( Magnetoensefalografiya ) texnologiyasi ham juda keng qo'llaniladigan texnologiyalar sirasiga kiradi . MEG bu miyaning elektr faoliyatini o'lchash uchun ishlatiladigan texnologiyalar sirasiga kiradi . Lekin , EEG ga qaraganda aniqroq . U miya tomonidan ishlab chiqariladigan juda zaif magnit maydonlarni aniqlaydi . Bu maydonlar miya hujayralarining elektr faoliyati natijasida hosil bo'ladi . Bu texnologiya orqali juda ko'p kasalliklar aniqlangan . Masalan , autizm kasalligi . Autizm , bu kasallik o'smirlardagi murakkab va ko'p qirrali holat bo'lib , ijtimoiy aloqa , muloqot va qiziqishlarni cheklash bilan tavsiflanadi .

MEG haqida gap ketganda , uning autizmni aniqlashdagi ahamiyati bilan bir qatorda , o'smirlarning miya faoliyatini o'rganishda ham katta ahamiyatga ega ekanligini ta'kidlash kerak . MEG orqali miya rivojlanishini kuzatish mumkin . Bu , ayniqsa , autizimli o'smirlarning miya rivojlanishi normal o'smirlar bilan solishtirishda juda muhimdir . Yana o'rganish va xotira jarayonlarini aniqlash mumkin. Bu, o'smirlarning ma'lumotni qanday qabul qilishi , qayta ishlashi va eslab qolishi haqida ma'lumot beradi. MEG ijtimoiy va hissiy jarayonlarni o'rganishga ham yordam beradi . Yuqorida aytib o'tganimizdek , autizmga chalingan o'smirlarda ijtimoiy aloqa va hissiy jarayonlarida buzilishlar bo'ladi . MEG esa bu buzilishlarni aniqlash imkoniyatini beradi , o'smirlarning boshqalar bilan qanday aloqa o'rnatishi , his-tuyg'ularni qanday tushunishi va qanday javob berishi haqida ma'lumot beradi. Umuman olganda MEG o'smirlarning miya faoliyatini o'rganish uchun juda qimmatli vositadir. U autizmni aniqlashdan tashqari , o'smirlarning miya rivojlanishini o'rganish va xotira jarayonlarini , ijtimoiy va hissiy jarayonlarini o'rganishga imkon beradi. Bu esa, o'smirlarning miya faoliyati va xulq-atvori haqida chuqurroq tushunchaga ega bo'lishga yordam beradi.

MEG ning afzalliklari:

Yuqori vaqt aniqligi: MEG miya faoliyatini millisekundlarda o'lchaydi, bu esa miya faoliyatidagi tez o'zgarishlarni kuzatishga imkon beradi. Noinnvaziv: MEG miyaning ichiga hech qanday narsa kirishni talab qilmaydi. Bu esa uni xavfsiz va og'riqsiz usul qiladi. Yuqori fazoviy aniqlik: MEG yordamida miyaning turli qismlaridan kelib chiqqan signallarni ajratish mumkin, bu esa miyaning faoliyatini batafsil o'rganishga imkon beradi. MEG ning kamchiliklari ,Yuqori narx : MEG tizimlari juda qimmatga tushadi , bu esa uni keng tarqalgan usul qilmaydi.Cheklangan fazoviy aniqlik : MEG yordamida miyaning chuqur qismlaridagi faoliyatini o'lchash qiyin. Shovqinlarga sezgirlik : MEG tizimlari tashqi shovqinlarga juda sezgir , bu esa o'lchovlarning aniqligini pasaytirishi mumkin. MEG miya rivojlanishini kuzatish va boshqa ko'plab tadqiqot sohalarida foydali hisoblanadi . Xulosa qilib aytadigan bo'lsak MEG ham hozirgi kundagi zamonaviy kompyuter texnologiyalarning foydalilari qaroriga kiradi . Va o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni davolashda muhim ahamiyatga ega hisoblanadi. Yana bir hozirgi kundagi zamonaviy kompyuter texnologiyalariga DBS ( chuqur miya stimulyatsiya ) ham kiradi . Bu texnologiyada miya faoliyatini o'zgartirish uchun elektrodni miyaning ma'lum joylariga joylashtiradi . Bu texnologiya o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni aniqlashda muhim rol o'ynaydi . DBS metodining o'smirlardagi nevrologik kasalliklarni aniqlashdagi ahamiyati quyidagilardan iborat.Harakatlarni nazorat qilishni yaxshilash : DBS , odatda , Parkinson kasallikligi yoki boshqa miya faoliyatini buzadigan kasalliklarda harakatlarni boshqarishda muhim rol o'ynaydi . O'smirlarda bu usul , kasalliklarning dastlabki bosqichlarida samarali bo'lishi mumkin.Terapevtik ta'sir : DBS miyaga elektr impulslarini yuborib , neyronal faoliyatni normal holatga keltirish mumkin . Bu usul o'smirlardagi kasalliklarni davolashda , ayniqsa , dorilar bilan davolash samarali bo'lmagan hollarda foydali bo'ladi. Davolanishda yangi imkoniyatlar : o'smirlarda turli nevrologik kasalliklar uchun DBS ning samarali qo'llanishi ularning sifatli hayotini yaxshilashga yordam beradi , xususan , agar boshqa davolash usullari yetarli bo'lmasa. Minimal invaziv usul : DBS jarrohlik operatsiyasi minimal invaziv bo'lib bemor tezroq tiklanishi mumkin , bu o'smirlar uchun ayniqsa qulay .

Shu bilan birga, DBS ning o'smirlarda qo'llanishi murakkab va ehtiyotkorlik talab qiladi. Chunki o'smirlar hali rivojlanlanayotgan organizmga ega va miyadagi o'zgarishlar kutilgandan farq qilishi mumkin. Shuningdek, operatsiya va davolanish jarayonida psixologik va jismoniy ta'sirlarni inobatga olish zarur. Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashning isriqbolli usullari yanada keng imkoniyatlar yaratmoqda. O'smirlarda nevrologik kasalliklarning erta bosqichida aniqlanishi muhim, chunki bu davolashning samaradorligini oshiradi.

### **Dolrزابligi**

Dunyo bo'ylab nevrologik va ruhiy kasalliklar millionlab insonlarga ta'sir qiladi. Altsgeymer kasalligi: 2050 yilga borib 150 milliondan ortiq kishiga ta'sir qilishi prognoz qilinmoqda.

Depressiya: Jahon sog'liqni saqlash tashkilotiga (JSST) ko'ra, dunyoda har 10 kishidan biri depressiyadan aziyat chekadi.

Parkinson kasalligi, shizofreniya, autizm va insult kabi kasalliklar ham ko'payib bormoqda.

An'anaviy davolash usullarining cheklovlari

Hozirgi dori vositalari faqat simptomlarni yengillashtiradi, ammo kasallik sabablarini bartaraf eta olmaydi

Ko'pchilik antidepressantlar va nevrologik dorilar uzoq muddatli nojo'ya ta'sirlarga ega

Parkinson va Altsgeymer kabi neyrodejenerativ kasalliklar hali to'liq davolab bo'lmaydi. Yangi texnologiyalar va ilmiy kashfiyotlar imkoniyatlari

Gendir terapiya orqali neyronlarni tiklash imkoniyatlari oshmoqda. Ko'chirma hujayralar yordamida miya va asab tizimidagi shikastlanishlarni tiklash istiqbollari mavjud. Psixodelik dorilar (psilotsibin, ketamin, MDMA) depressiya va PTSD uchun yangi davolash usuli sifatida tasdiqlanmoqda. Sun'iy intellekt va neyrofeedback yordamida individual yondashuv asosida terapiya usullari rivojlanmoqda. Nevrologik va ruhiy kasalliklar dunyo bo'ylab ish qobiliyatining pasayishi va nogironlik sabablarining eng asosiy omillari hisoblanadi. Bu kasalliklar davlat byudjeti va sog'liqni saqlash tizimiga katta iqtisodiy yuk tushiradi. Ruhiy salomatlikning yomonlashishi jinoyatchilik, giyohvandlik va ijtimoiy muammolarning ortishiga sabab bo'lishi mumkin. Kelajakda sog'liqni saqlash sohasidagi muhim o'zgarishlar

Personalizatsiyalangan tibbiyot: Genetik ma'lumotlarga asoslangan individual terapiya usullari ishlab chiqilmoqda. Innovatsion neyrotexnologiyalar: Miyaga implantlar, neyromodulyatsiya usullari va neyroprotektor dorilar rivojlanmoqda. Biomarkerlar orqali erta tashxis: Kasalliklarni erta aniqlash va oldini olish imkoniyatlari kengaymoqda.

### **Materiallar va usullar**

#### **Materiallar**

Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashda turli biologik, farmakologik va texnologik materiallar qo'llaniladi. Quyida asosiy materiallar keltirilgan

Biologik materiallar

Ko'chirma (stem) hujayralar: Neyrodejenerativ kasalliklarni davolashda qo'llaniladi.

Gen terapiya vektorlari: DNK yoki RNK asosida ishlovchi virusli vektorlar, masalan, CRISPR texnologiyasi orqali ishlatiladi.

Neyrotransmitter modulyatorlari: Dopamin, serotonin, GABA kabi moddalar asab tizimini tartibga solish uchun ishlatiladi.

Farmakologik materiallar

Psixodelik dorilar: MDMA, Psilotsibin va Ketamin kabi moddalarning depressiya va PTSD uchun klinik tadqiqotlari davom etmoqda.

Yangi avlod neyroprotektor dorilar: Altsgeymer va Parkinson kasalliklarini davolash uchun ishlatilmoqda.

Mikrobiota asosida ishlangan preparatlar: Ichak-miya o'qi orqali ruhiy kasalliklarni tartibga solish imkonini beradi.

Texnologik materiallar

Neyrofeedback tizimlari: EEG (Elektroensefalografiya) orqali miyadagi elektr faollikni o'lchash va qayta bog'lash orqali bemorlar terapiya qilinadi.

TMS (Transkraniyal magnit stimulyatsiya): Ruhiy buzilishlarni davolash uchun ishlatiladigan magnit maydonlardan foydalanish usuli.

Sun'iy intellekt tizimlari: Bemorlarning ruhiy holatini tahlil qilish va tashxis qo'yishda yordam beradi.

### **. Usullar**

Gendir terapiya

Usul:

Kasallik bilan bog'liq bo'lgan genlar aniqlanadi.

Virusli vektorlar yordamida sog'lom gen bemorning organizmiga kiritiladi.

Ushbu gen kasallikni to'g'rilash yoki neyronlarni himoya qilish uchun faoliyat boshlaydi.

Qo'llanilishi:

Parkinson va Altsgeymer kasalliklari

Mushak distrofiyasi

Epilepsiya

Ko'chirma hujayralar terapiyasi

Usul:

Bemorning yoki donorning ildiz hujayralari olinadi.

Ular neyronlarga aylantiriladi va miyaga yoki orqa miyaga kiritiladi.

Neyrodegenerativ kasalliklarni tiklash uchun qo'llaniladi.

Qo'llanilishi:

Insultdan keyingi tiklanish

Multiple skleroz

Orqa miya jarohatlari

Neyromodulyatsiya usullari

TMS yoki DBS (Deep Brain Stimulation) yordamida miyadagi muayyan hududlar stimulyatsiya qilinadi. Ushbu usul dopamin va serotonin ajralishini normallashtirishga yordam beradi.

Qo'llanilishi:

Depressiya va bipolyar buzilishi

Parkinson kasalligi

Obsessiv-kompulsiv buzilish (OCD)

Psixodelik terapiya

### **Natija va Muhokamalar**

Gendir terapiya: Neyrodegenerativ kasalliklar, masalan, Altsgeymer va Parkinson kasalligini davolashda gen terapiyasi istiqbolli natijalar bermoqda. Bemorlarning harakatlari yaxshilanib, kognitiv buzilishlar sekinlashgan.

.Neyrofeedback terapiya: Depressiya, tashvish buzilishlari va diqqat yetishmovchiligi sindromi (ADHD) kabi ruhiy kasalliklar uchun neyrofeedback usuli samarali bo‘lib, bemorlarning simptomlarini kamaytirishga yordam bergan.

Katta til tarmog‘iga asoslangan AI tahlillari: Sun‘iy intellekt orqali bemorlarning ruhiy holatini tahlil qilish va erta tashxis qo‘yish imkoniyati kengaymoqda. Ushbu usul shizofreniya va depressiyani oldindan aniqlashda samarali ekanligini ko‘rsatdi. Psixodelik dorilar (Psilotsibin, MDMA terapiyasi): Depressiya va travmadan keyingi stress buzilishlarini (PTSD) davolashda yangi imkoniyatlar ochilmoqda. Klinik sinovlarda ushbu moddalarning ijobiy natijalari kuzatilgan.

Ko‘chirma hujayralar va regenerativ tibbiyot: Neyrodejenerativ kasalliklarda (masalan, insultdan keyingi tiklanish) ildiz hujayralari yordamida yangi neyronlarning o‘shishiga erishish istiqbollari paydo bo‘ldi.

**Muhokama:**

Gen terapiya va regenerativ tibbiyot usullari hali keng miqyosda qo‘llanilmagan bo‘lsa-da, dastlabki klinik tadqiqotlar ijobiy natijalar bermoqda. Biroq, uzoq muddatli xavfsizligi va samaradorligi bo‘yicha yanada chuqur tadqiqotlar talab qilinadi. Neyrofeedback va sun‘iy intellekt yordamida tashxis qo‘yish usullari an‘anaviy usullarga qaraganda ancha tezkor va shaxsiylashtirilgan yondashuvni taklif qilmoqda. Lekin bu usullar hali ham yuqori texnologik resurslarni talab qiladi. Psixodelik dorilar bo‘yicha olib borilayotgan tadqiqotlar umidbaxsh bo‘lsa-da, ularning qonuniy maqomi va uzoq muddatli ta‘siri bo‘yicha global darajada tortishuvlar davom etmoqda. Neyrodejenerativ kasalliklarni butunlay davolash hali to‘liq amalga oshirilmagan bo‘lsa-da, yangi terapiya usullari bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam bermoqda. Nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolash bo‘yicha yangi yondashuvlar jadal rivojlanmoqda. Kelajakda gen terapiyasi, sun‘iy intellekt tahlillari, psixodelik dorilar va regenerativ tibbiyot orqali yanada samarali davolash usullari paydo bo‘lishi kutilmoqda. Lekin ushbu usullarni keng miqyosda qo‘llash uchun ko‘proq ilmiy tadqiqotlar talab qilinadi.

**Xulosa:**

Xulosa qilib aytadigan bo‘lsak, nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashning istiqbolli usullari o‘smirlardagi nevrologik kasalliklarni aniqlash, davolash va reabilitatsiya qilishda samarali vosita bo‘lib, tibbiyot sohasida katta o‘zgarishlarga olib kelmoqda. Ularning imkoniyatlari to‘g‘ri qo‘llanilsa, kasalliklarning oldini olishda va bemorlar hayot sifatini yaxshilashda muhim rol o‘ynaydi. O‘smirlarda nevrologik kasalliklarni davolashda va aniqlashda zamonaviy texnologiyalarni qo‘llash haqida o‘ylab qolsam, bir tomondan bu juda katta umid baxsh etadi. Chunki, bu texnologiyalar o‘smirlarning miyasini batafsil o‘rganish, kasalliklarni erta aniqlash va samarali davolash usullarini ishlab chiqishga imkon beradi. Bu ularning hayot sifatini yaxshilashga va kelajakda sog‘lom hayot kechirishiga yordam beradi. Lekin, boshqa tomondan, bu sohada ham ba‘zi muammolar mavjud. Masalan, zamonaviy kompyuter texnologiyalari juda qimmatga tushishi mumkin, bu esa ularni hamma uchun mavjud qilmaydi. Bundan tashqari, bu texnologiyalarni qo‘llashda etik jihatlarni ham hisobga olish kerak. Masalan,

o'smirlarning shaxsiy ma'lumotlarini himoya qilish va ularning shaxsini himoya qilish muhimdir. O'smirlarda nevrologik kasalliklarni davolashda va aniqlashda zamonaviy kompyuter texnologiyalarini qo'llashda, mening fikrimcha, eng muhim jihatlardan biri bu texnologiyalarni o'smirlarga moslashtirishdir. O'smirlar kattalarga qaraganda boshqacha tarzda o'rganishadi va o'zlarini ifoda etishadi. Shuning uchun, nevrologik kasalliklarni davolash va aniqlash uchun mo'ljallangan texnologiyalar o'smirlarning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda ishlab chiqilishi kerak. Misol uchun, o'smirlarga moslashgantirilgan virtual reallik dasturlari ularga o'yinli va interaktiv tarzda o'rganishga yordam berishi mumkin. Bu ularga nevrologik kasalliklar haqida ko'proq ma'lumot olishga va davolanish jarayonida faolroq qatnashishga imkon beradi. O'smirlarda nevrologik va ruhiy kasalliklarni davolashdan tashqari, ularga nevrologik kasalliklar haqida ma'lumot olishga yordam beradigan onlayn resurslar mavjud . Bu resurslar o'smirlarga o'zlarining ahvolini tushunishga , davolanish imkoniyatlari haqida ma'lumot olishga va boshqa o'smirlar bilan bog'lanishga yordam beradi . Ijtimoiy tarmoqlarda o'smirlar nevrologik kasalliklar bilan kurashuvchi boshqa o'smirlar bilan bog'lanishga va qo'llab - quvvatlash guruhlariga qo'shilishlari mumkin bo'ladi. Bu narsa ularga o'zlarini yolg'iz his qilmasliklari va boshqalardan tajriba olishiga yordam beradi.

Mening fikrimcha, zamonaviy kompyuter texnologiyalarining o'smirlarda nevrologik kasalliklarni davolashda va aniqlashdagi o'rni nihoyatda muhimdir. Bu texnologiyalar sog'liqni saqlash sohasida inqilobiy o'zgarishlarga olib kelmoqda, ayniqsa, o'smirlarning nevrologik kasalliklarini aniqlash va samarali davolash imkoniyatlarini yaratmoqda. Ammo o'ylashimcha bu texnologiyalar ustida yanada ko'proq izlanishlar olib borilib ularni narxi arzonlashtirishga harakat qilinishi kerak. Bu orqali bu texnologiyalarni keng tarqatish mumkin. Shundagina o'smirlardagi nevrologik kasalliklar yanada kamaygan bo'lardi.

## ***RUHIY KASALLIKLARNI ZAMONAVIY TASHXISLASH,DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARI***

*Ibragimova Ziyodaxon Jalolidinovna  
FJSTI Gistologiya va Biologiya kafedrasida katta o'qituvchisi  
Farg'ona, O'zbekiston*

*Yoqubjonova Dilnura Ahadjon qizi  
[yoqubjonovadilnura450@gmail.com](mailto:yoqubjonovadilnura450@gmail.com)  
+998902738511*

*FJSTI, Pediatriya yo'nalishi 1-kurs talabasi*

### **Mavzuning dolzarbligi:**

Bugungi kunda jamiyatda stress, depressiya, xavotir, ruhiy zo'riqish va boshqa psixik buzilishlar ko'payib bormoqda. Tezkor hayot sur'ati, ijtimoiy-psixologik bosimlar, turmushdagi muammolar ruhiy salomatlikka salbiy ta'sir

ko'rsatmoqda. Shu sababli ruhiy kasalliklarni erta aniqlash, zamonaviy usullar bilan samarali davolash va ularning oldini olish dolzarb masalaga aylangan. Ayniqsa, zamonaviy diagnostika texnologiyalari, psixoterapiya va farmakologik davolash vositalarining rivojlanishi bu boradagi yondashuvlarni takomillashtirishga imkon bermoqda. Ruhiy salomatlikni mustahkamlash nafaqat individual, balki ijtimoiy barqarorlikning ham muhim omillaridan biridir. Shu jihatdan, ushbu mavzuni chuqur o'rganish bugungi kun tibbiyoti va jamiyat taraqqiyoti uchun muhim ahamiyatga ega.

### **Tadqiqot maqsadi:**

Ushbu tadqiqotning asosiy maqsadi — ruhiy kasalliklarni zamonaviy tibbiy usullar asosida erta aniqlash, ularni samarali davolash hamda oldini olishga qaratilgan ilg'or yondashuvlarni ilmiy jihatdan tahlil qilish va umumlashtirishdir. Shuningdek, amaliyotda keng qo'llanilayotgan diagnostik texnologiyalar, psixoterapevtik metodlar va profilaktik choralarni o'rganish orqali ushbu sohadagi dolzarb muammolarga yechimlar taklif etish ham tadqiqotning muhim yo'nalishlaridan biridir.

### **Tadqiqot usullari va materiallari:**

Tadqiqot jarayonida quyidagi ilmiy-uslubiy yondashuvlardan foydalanildi:

Tahliliy-uslubiy yondashuv – ilmiy adabiyotlar, zamonaviy psixiatriya va nevrologiya bo'yicha maqolalar, xalqaro sog'liqni saqlash tashkilotlarining hisobotlari o'rganildi va tahlil qilindi.

Taqqoslash usuli – an'anaviy va zamonaviy tashxis, davolash hamda profilaktika usullari o'zaro solishtirilib, samaradorlik darajalari baholandi.

Empirik usullar – mavjud statistik ma'lumotlar, klinik tadqiqotlar natijalari va ruhiy kasalliklar bo'yicha tajriba asosida to'plangan amaliy materiallar tahlil qilindi.

Deskriptiv (tasviriy) usul – zamonaviy tashxislash texnologiyalari (masalan, MRI, EEG, psixometrik testlar) va psixoterapevtik yondashuvlar ilmiy manbalar asosida batafsil tavsiflandi.

Tadqiqot materiali sifatida jahon va mahalliy ilmiy nashrlar, kasallik holatlari bo'yicha statistik ma'lumotlar, diagnostika protokollari, shuningdek, WHO va DSM-5 kabi manbalar asos qilib olindi.

### **Tadqiqot natijasi:**

Tadqiqot natijalariga ko'ra, ruhiy kasalliklarni erta aniqlashda neyrovizualizatsiya texnologiyalari (MRI, EEG), psixometrik testlar va genetik tekshiruvlar yuqori samaradorlikka ega ekanligi aniqlandi. Davolashda farmakoterapiya va psixoterapiyaning integratsiyalashgan yondashuvi eng samarali usul sifatida e'tirof etildi. Profilaktika choralardan stressni boshqarish, psixologik savodxonlikni oshirish va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish ruhiy kasalliklarning oldini olishda muhim omillar bo'lib xizmat qilmoqda. Zamonaviy yondashuvlar ruhiy salomatlikni yaxshilashda kompleks va tizimli ishlash zarurligini ko'rsatmoqda.

### **Xulosa:**

Ruhiiy kasalliklarni erta aniqlash, samarali davolash va oldini olish zamonaviy tibbiyotning ustuvor yoʻnalishlaridan biridir. Tadqiqot shuni koʻrsatdiki, diagnostika texnologiyalari, psixoterapiya va farmakoterapiyaning zamonaviy usullari ruhiy salomatlikni tiklashda muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, profilaktik choralar — sogʻlom turmush tarzi, stressni boshqarish va psixologik yordamning mavjudligi ruhiy kasalliklarning tarqalishini kamaytiradi. Demak, ruhiy salomatlikni taʼminlashda kompleks, ilmiy asoslangan va tizimli yondashuv zarurdir.

## ***CLINICAL NEUROLOGICAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH SUBACUTE SCLEROSING PANENCEPHALITIS***

*Inomov F.U., Saidazizova Sh.Kh.*

Center for the development of professional qualification of medical workers:

Tashkent city, Republic of Uzbekistan. E-mail: [shahlo\\_7@mail.ru](mailto:shahlo_7@mail.ru), tel.:

+998932129986

**Relevance of topic.** Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) is a rare, progressive neurological disorder caused by persistent measles virus infection, often appearing years after the initial illness, even in immunized individuals (Bembeeva et al., 2024; Shaligram et al., 2024). It commonly begins with behavioral changes and myoclonic jerks, progressing to cognitive decline, severe motor impairment, and a vegetative state (Suryawanshi et al., 2024; Bembeeva et al., 2024). Neuroimaging often reveals subcortical and periventricular white matter changes, cerebral atrophy, and basal ganglia involvement, though these findings do not consistently correlate with EEG abnormalities or other clinical signs (Panda et al., 2024). Treatments like isoprinosine, antiepileptic drugs, and immunomodulators offer limited benefits, and many patients worsen despite intervention (Bhandari et al., 2024; Suryawanshi et al., 2024). The disease's course in vaccinated children suggests possible genetic immune dysfunction (Bhandari et al., 2024). Early diagnosis is essential, and robust immunization programs remain the most effective prevention (Bembeeva et al., 2024).

**Purpose of study.** The aim of this study is to evaluate the clinical neurological status of patients diagnosed with subacute sclerosing panencephalitis. It seeks to identify common neurological patterns and disease progression to support early diagnosis and improve clinical management.

**Materials and methods:** The study was conducted on children diagnosed with subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) between 2019 and 2022. Clinical and demographic data, along with neuroimaging features and patient outcomes, were systematically analyzed. Diagnostic evaluation involved brain magnetic resonance imaging (MRI) and electroencephalography (EEG) to confirm SSPE, in combination with serological evidence of measles virus infection. Specifically, elevated antibody titers for measles in the serum, as well as the presence of

measles-specific IgG in the cerebrospinal fluid (CSF), were key indicators supporting the diagnosis. These methods enabled a comprehensive assessment of both the clinical presentation and neurological progression of the disease.

**Results:** Among the 120 patients diagnosed with subacute sclerosing panencephalitis from 2019 to 2022, the majority were male (62%) with a median age of onset of 7.5 years. Initial symptoms commonly included behavioral changes (74%) and myoclonic jerks (81%). Cognitive decline was observed in 88% of cases, while motor impairments progressed in 91% of patients, leading to a vegetative state in 56% during the later stages.

Electroencephalographic (EEG) abnormalities, particularly periodic slow-wave discharges, were noted in 86% of the patients. MRI findings revealed subcortical and periventricular white matter changes in 72% and cerebral atrophy in 64%. Basal ganglia involvement was documented in 39% of cases. Elevated serum measles IgG titers were present in all patients, and CSF analysis confirmed intrathecal synthesis of measles-specific IgG in 93% of cases.

Despite treatment with antiviral agents, immunomodulators, and supportive therapy, clinical improvement was minimal. The mortality rate over the study period reached 34%.

**Discussion.** The clinical course observed in this cohort reflects the classical progression of SSPE as described in global literature, with early behavioral and motor symptoms rapidly advancing to severe neurological deterioration. The predominance of myoclonic jerks and cognitive decline aligns with findings from studies by Suryawanshi et al. (2024) and Bembeeva et al. (2024), confirming the diagnostic reliability of these early signs.

Neuroimaging findings were consistent with previous reports by Panda et al. (2024), with white matter changes and cerebral atrophy being the most frequent abnormalities. However, similar to their findings, no strong correlation was observed between MRI features and EEG patterns, reinforcing the need for multimodal diagnostic approaches.

The limited efficacy of current therapeutic interventions highlights the urgency of exploring new treatment options. The high prevalence of SSPE among previously vaccinated children, as reported by Bhandari et al. (2024), may suggest underlying genetic or immunological susceptibilities requiring further investigation.

**Conclusion.** This study emphasizes the aggressive nature of subacute sclerosing panencephalitis and the importance of early clinical and neurological recognition. Despite available diagnostic tools and treatments, outcomes remain poor, with a significant proportion of patients progressing to a vegetative state or death. Early diagnosis, multidisciplinary care, and strengthened measles immunization programs are critical to managing and preventing SSPE. Further research is needed to explore novel therapeutic strategies and genetic factors influencing disease susceptibility.

## **ATROF-MUHIT OMILLARINING INSON ORGANIZMI VA PSIXOLOGIYASIGA TA'SIRI**

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti  
Tibbiy profilaktika ishi yo'nalishi talabasi  
Sultonov Shaohjahon Xayrulla o'g'li  
Ilmiy raxbar: Ismoilov Dilmurod*

**Annotatsiya:** Mazkur maqolada atrof-muhit omillarining inson organizmi va psixologiyasiga ko'rsatadigan ta'siri tahlil qilinadi. Tabiiy, ijtimoiy va texnogen omillar inson salomatligi, fiziologik holati hamda ruhiy barqarorligiga qanday ta'sir qilishi ilmiy asosda yoritilgan. Shuningdek, salbiy muhit ta'sirining oqibatlari, ruhiy holatdagi o'zgarishlar, psixosomatik kasalliklar, ularni kamaytirish yo'llari hamda ijobiy muhit yaratishning ahamiyati haqida fikr yuritiladi. Maqolada sog'lom muhit shakllantirishda har bir shaxs va jamiyatning o'rnini alohida ta'kidlangan.

**Kalit so'zlar:** atrof-muhit, inson salomatligi, psixologik holat, tabiiy omillar, ijtimoiy muhit, stress, ekologiya, ruhiy salomatlik, texnogen ta'sirlar, sog'lom turmush tarsi.

Atrof-muhit – bu inson yashaydigan, ishlaydigan, dam oladigan va rivojlanadigan tashqi sharoitlar majmui bo'lib, u organizm faoliyatiga bevosita yoki bilvosita ta'sir qiladi. Bu omillar tabiiy, ijtimoiy, ekologik va texnogen xususiyatga ega bo'lishi mumkin. Inson tanasi va psixikasi doimo tashqi muhit bilan o'zaro aloqada bo'lib, bu ta'sirlar uning salomatligi, ruhiy holati va hayot sifati uchun hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi. Hozirgi zamonda global ekologik muammolar, urbanizatsiya, ijtimoiy notinchliklar va texnologik taraqqiyot inson salomatligi va psixikasiga tobora ko'proq ta'sir ko'rsatmoqda.

Atrof-muhit omillari turlari juda keng ko'lamni qamrab oladi. Ularni shartli ravishda uch guruhga ajratish mumkin: tabiiy, ijtimoiy va texnogen omillar. Tabiiy omillarga havo harorati, iqlim, quyosh nuri, havo bosimi, namlik darajasi, tovushlar va ifloslanish kiradi. Masalan, haddan tashqari yuqori harorat yurak-qon tomir tizimiga og'irlik qiladi, past harorat esa qon aylanishining sekinlashishiga sabab bo'ladi. Shovqin esa eshitish a'zolari bilan birga markaziy asab tizimini ham zo'riqtiradi. Havo ifloslanishi (ayniqsa yirik sanoat hududlarida) nafaqat nafas olish tizimiga, balki immunitetga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ijtimoiy omillar esa inson yashayotgan ijtimoiy muhit – oilaviy sharoit, maktab yoki ish joyi, jamiyatdagi ijtimoiy munosabatlar, zo'ravonlik yoki ijtimoiy qo'llab-quvvatlash darajasi kabi jihatlarni o'z ichiga oladi. Bu omillar shaxsning psixologik barqarorligi va ijtimoiy moslashuvchanligiga bevosita ta'sir qiladi. Texnogen omillar esa inson tomonidan yaratilgan sun'iy muhit – sanoat chiqindilari, kompyuter va telefon nurlanishi, texnologik tovushlar va radiatsiyani o'z ichiga oladi.

Atrof-muhit omillari inson organizmiga turlicha ta'sir ko'rsatadi. Bu ta'sirlar organizmning fiziologik tizimlari orqali namoyon bo'ladi. Masalan, haddan tashqari ifloslangan havo surunkali bronxit, astma, yurak ishemik kasalligi kabi kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Ko'p hollarda organizm atrof-muhitning salbiy ta'sirlariga adaptatsiya qilolmaydi va immunitet susayishi, uyqu buzilishi, ovqat hazm qilish tizimi izdan chiqishi, qon bosimi beqarorligi kabi holatlar yuzaga keladi. Shuningdek, uzoq muddatli shovqinli muhit yurak urishining tezlashuvi, qon bosimining oshishi, umumiy charchoq holatining kuchayishiga olib keladi. Radiatsiya esa hujayra tuzilmasiga salbiy ta'sir ko'rsatib, onkologik kasalliklar xavfini oshiradi. Bularning barchasi insonning jismoniy salomatligini izdan chiqarib, uning mehnat faoliyati va umuman hayot sifatini pasaytiradi.

Inson psixologiyasi ham atrof-muhitdan mustasno bo'lmagan murakkab tizimdir. Ruhiy holatga iqlim, yorug'lik darajasi, ijtimoiy munosabatlar, xavfsizlik hissi, stress omillari kuchli ta'sir ko'rsatadi. Masalan, uzoq davom etadigan qorong'ulik va quyosh nurlarining yetishmasligi depressiv holatga olib kelishi mumkin (bunga sezilarli darajada shimoliy hududlarda yashovchi insonlar duch keladi). Shaharlardagi stressli muhit, trafik, ishdagi bosim, ijtimoiy tengsizlik insonning ruhiy barqarorligini buzadi. Natijada xavotirli buzilishlar, depressiya, agressiya, psixosomatik kasalliklar (masalan, gastrit, yurak og'rig'i, bosh og'rig'i) yuzaga keladi. Bolalar va o'smirlar bu borada ayniqsa zaif guruh hisoblanadi. Ular atrof-dagi muhitga tez moslashsa-da, salbiy psixologik sharoit (masalan, oilaviy mojarolar, zo'ravonlik, befarqlik) ularning shaxs sifatida shakllanishiga va ijtimoiy moslashuvchanligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Shu nuqtai nazardan qaralganda, salbiy muhit omillarining oldini olish va sog'lom, ijobiy muhitni shakllantirish jamiyatning har bir a'zosi uchun muhim vazifadir. Eng avvalo, ekologik madaniyatni yuksaltirish, aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, stressni yengish yo'llarini o'rgatish, psixologik yordam xizmatlarini kengaytirish zarur. Ota-onalar, pedagoglar, ish beruvchilar, sog'liqni saqlash mutaxassislari va shaharsozlik sohasi vakillari birgalikda harakat qilgan holda, inson salomatligi uchun xavfsiz, toza va qulay muhit yaratishga hissa qo'shishlari kerak. Shu bilan birga, shaxsning o'z-o'ziga e'tibori – ya'ni dam olishni bilish, sport bilan shug'ullanish, zararli odatlardan voz kechish, emotsional barqarorlikka intilish ham muhim omillardandir.

Xulosa qilib aytganda, atrof-muhit omillari inson organizmi va psixologiyasi bilan chambarchas bog'liq. Har qanday tashqi omil, u ijobiy yoki salbiy bo'lishidan qat'i nazar, insonning umumiy holatiga ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun har bir inson, har bir jamiyat muhit bilan ongli ravishda munosabatda bo'lishi, uni muhofaza qilish va sog'lomlashtirish yo'lida harakat qilishi zarur. Sog'lom muhit – sog'lom jamiyat garovidir.

## **MARKAZIY ASAB TIZIMI DEGENERATSIYASI DOIRASIDA PARKINSON KASALLIGI: ANATOMIK VA FUNKSIONAL TAHLIL**

*Ma'murova Marjona Ulug'bek qizi  
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, 2-bosqich talabasi*

**Annotatsiya.** So'nggi yillarda markaziy asab tizimi degeneratsiyasi bilan bog'liq, nevrologik funksiyalar buzilishi bilan kechuvchi Parkinson kasalligi keksalar orasida ko'p uchramoqda. Kasallikning anatomik asoslari, xususan substantia nigra va nigrostrial yo'llarning strukturaviy o'zgarishlari yoritiladi. Patofiziologik jihatdan dofaminergik neyronlarning yo'qolishi, disfunktsiya va alfa-sinuklein agregatsiyasi asosiy rol o'ynashi ko'rsatib o'tiladi. Biokimyoviy jarayonlar va ularni to'g'rilashga qaratilgan farmakologik yondashuvlar, shu jumladan levodopa va dofamin agonistlari orqali terapiya asoslari tahlil qilinadi. Tezisdan Parkinson kasalligini chuqur tushunish uchun tarmoq asosidagi ilmiy yondashuv namoyish etiladi.

**Kalit so'zlar.** Parkinson kasalligi, dofamin, substantia nigra, bradikineziya, tremor, L-dopa, dofamin agonistlari, Deep Brain Stimulation (DBS), neurodegeneratsiya, neurotransmitterlar

Parkinson kasalligi — markaziy asab tizimining surunkali progresslovchi degenerativ kasalligi bo'lib, asosan substantia nigra pars compacta'dagi dofaminergik neyronlarning yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Ushbu neyronlar bazal gangliyalari tizimi orqali harakatlarni muvofiqlashtirishda ishtirok etadi. Anatomik jihatdan bazal gangliyalari, kaudat yadrosi, globus pallidus, substantia nigra, va subthalamic nucleus kabi tuzilmalarni o'z ichiga oladi. Ayniqsa substantia nigra'dan striatumga (putamen va kaudat yadrosi) bo'lgan dofaminergik yo'l Parkinson kasalligida asosiy zararlanuvchi yo'nalishdir.

Parkinsonda asosiy o'zgarish bu dofamin miqdorining kamayishi. Dofamin —harakat, motivatsiya va rag'bat tizimida ishtirok etuvchi asosiy neurotransmitterlardan biri. Substantia nigra pars compacta neyronlarining degeneratsiyasi natijasida striatumda dofamin darajasi 60–80% gacha kamayadi, bu esa bir qator klinik simptomlarga olib keladi. Bundan tashqari, Parkinsonda alfa-sinuklein oqsili noto'g'ri sintez bo'lishi va Lewy tanachalari shakllanishi kuzatiladi. Bu oqsil agregatlari neyron ichida to'planib, ularning faoliyatini buzadi bu esa o'z navbatida apoptozga olib keladi. Ushbu jarayon neurodegeneratsiyaning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Nerv o'tkazuvchanligida dofamin va asetil xolin ketma ket ishtirok etadi shu bilan bir qatorda bir biriga qarama-qarshi ta'sir o'tkazadi ya'ni dofamin muskullarda relaksatsiya holatini keltirib chiqarsa asetil xolin aksincha qisqartiradi. Sinaps bo'shlig'ida dofaminergik retseptorlar degeneratsiyaga uchragandan keyin o'z-o'zidan asetil xolin dominantlik qilishni boshlaydi. Bu muskullardagi doimiy qo'zg'aluvchanlik, tremor, bradikineziya keyinchalik demensiyaga olib keladi. Genetik mutatsiyalar (masalan, LRRK2, PARK7, PINK1) ham Parkinson rivojlanishida rol o'ynaydi.

Kasallikning asosiy simptomlar: tremor, bradikineziya, rigidlik, postural buzilishlar, depressiya, uyqusizlik, vegetativ va kognitiv buzilishlar. Simptomlar asta-sekin rivojlanadi va har bir bemorda har xil kechadi.

Diagnostika klinik asosda amalga oshiriladi: Klinik mezonlar (L-dopaga javob, motor simptomlar) ,MRI va DAT scan, nevropsixologik testlar, differensial tashxis muhim: atipik parkinsonizm va dori-induktsiyalangan holatlar.

Parkinson kasalligida dori vositalarining qo'llanilishini asosiy maqsadi — sinapsdagi bor dofamin effektini uzoqroqqa yetkazib berish va atsetil xolin miqdorini kamaytirish. Bemorga to'gridan to'g'ri dofaminli dori vositalarini berish foyda bermaydi, sababi dofamin miya hujayralarida gemetoensefalitik baryerdan o'ta olmaydi. Asosan qo'llaniladigan dorilar

a) L-dopa (levodopa): Eng samarali dorilardan biri.L-dopa dofamin sintezini rag'batlantiradi u bilan birga qo'llaniladigan Karbidopa esa dofaminning asosiy qismini miyada qolishini ta'minlaydi

b) Siklodol: N xolinoretseptorni bloklab atsetil xolin miqdorini kamaytiradi. Bu tremorni kamaytiradi.

c) Benzitropin:xolinergik neyrondagi M5 retseptorlarini bloklab atsetil xolin miqdorini kamaytiradi va dofamin so'rilib ketishini ham sekinlashtiradi. Bunda sinaps bo'shlig'idagi dofamin effektinuzoqroq cho'ziladi

d) Zamonaviy davolash: DBS (Deep Brain Stimulation) — neyroxirurgik usul. Hali bu izlanishlar oxiriga yetmagan lekin olimlar hozirda neyroxirurgik yo'l bilan dofamin retseptorlaridagi degeneratsiyani oldini olish va natijada Parkinson kasalligini to'liq davolashning nazariy yechimlarini amaliyotga tadbiiq etishmoqchi

**Xulosa.** Parkinson kasalligi markaziy asab tizimining surunkali, progresslovchi kasalligi bo'lib, dopaminergik neyronlarning zararlanishi asosida rivojlanadi. Kasallik simptomlarini yengillashtirish uchun zamonaviy farmakologik va neyroxirurgik usullar mavjud. Gen terapiyasi va hujayra asosidagi yangi davolash usullari kelajakda davolash imkoniyatlarini kengaytirishi mumkin. Erta tashxis va kompleks yondashuv bemorlarning hayot sifatini sezilarli yaxshilaydi.

## ***SUBKLINIK GIPOTERIOZ KASALLIGIDA UCHRAYDIGAN NEVROLOGIK BELGILARNING YOSHGA BOG'LIQ HUSUSIYATLARI***

*Marupov Abrorjon Toshturg'un o'g'li  
Tayanch doktorant, assistant, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

**Kirish.** Subklinik gipoterioz (SG) – qalqonsimon bez gormonlarining yetarlicha ishlab chiqarilmasligi, biroq klinik jihatdan yaqqol namoyon bo'lmagan holatdir. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, SG ayollarda erkaklarga nisbatan 4-8 barobar ko'p uchraydi va yosh o'tgan sari uchrash chastotasi ham ortadi. Bu esa SG fonida rivojlanadigan nevrologik belgilarni yosh davrlariga qarab baholash zaruratini yuzaga keltiradi.

**Maqsad.** Subklinik gipoterozda uchraydigan nevrologik belgilarni aniqlash va ularning yoshga qarab qanday namoyon bo'lishini ilmiy asosda o'rganish.

**Materiallar va metodlar.** Tadqiqotda 60 nafar subklinik gipoteroz bilan og'riqan bemor ishtirok etdi. Ular uchta yosh guruhiga ajratildi:

- 1-guruh: 20–30 yosh (yoshlar) – 20 nafar
- 2-guruh: 30–50 yosh (o'rta yoshdagilar) – 20 nafar
- 3-guruh: 50 - 60 yosh (keksalar) – 20 nafar

Bemorlar TSG, T4, UTT tekshiruvlaridan o'tkazildi. Klinik-neyropsixologik so'rovnomalari (MMSE, Moc-A shkalasi) qo'llandi.

**Natijalar.**

**1-guruh** (20–30 yosh): Asosiy shikoyatlar – umumiy holsizlik, charchoqlik, diqqatning pasayishi, bosh og'rig'i. Depressiv belgilar kam uchradi (15%). Elektrofiziologik o'zgarishlar sezilarli emas.

**2-guruh** (30–50 yosh): Diqqat va xotiraning pasayishi, irritabilitet, uyqu buzilishi, ko'p hollarda (65%) depressiv simptomatika. EEGda alfa-ritm susaygan, EMGda neyromuskulyar yetishmovchilik izlari qayd etildi.

**3-guruh** (50-60 yosh): Kognitiv buzilishlar (70%), yengil demensiyaga o'xshash klinik ko'rinishlar, tremor, distal paresteziyalari. MMSE ballarining pasayishi kuzatildi. EEGda diffuz tormozlanish, EMGda periferik neyropatiya belgilariga o'xshash o'zgarishlar.

**Tahlil va muhokama.** Yosh o'sishi bilan subklinik gipoteroz fonida nevrologik simptomlar kuchayadi va murakkablashadi. Yosh bemorlar bu simptomlar asosan astenik sindrom bilan cheklangan bo'lsa, o'rta va keksa yoshdagi bemorlarda kognitiv va emosional buzilishlar, shuningdek, periferik asab tizimi disfunktsiyasi bilan kechadi. Gormon yetishmovchiligi fonida miya metabolizmining sekinlashuvi, asab tolalarining miyelin qobig'ining degeneratsiyasi bu simptomlarning patogenezida asosiy rol o'ynaydi.

**Xulosa.** Subklinik gipoteroz yoshi o'tgan bemorlarda chuqurroq nevrologik buzilishlar bilan kechadi. Ushbu holatlarning erta diagnostikasi va zamonaviy neyroendokrin yondashuv asosida davolash taktikasini ishlab chiqish dolzarb hisoblanadi. Ayniqsa, 40 yoshdan yuqori bemorlar orasida muntazam skrining o'tkazish, TSH va T4 monitoringi, shuningdek, nevrologik baholash usullarini keng joriy etish tavsiya etiladi.

## **GIPERFAOLLIK SINDROMINING NEYROBIOLOGIK ASOSLARI VA DAVOLASH YONDASHUVLARI.**

*Muhammadjonova Ruxshona Davronbek qizi  
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, 1-bosqich talabasi*

**Mavzuning dolzarbligi.** Diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromi - DYGS bolalarda ko'p uchraydigan nevropsixologik holatlardan biri bo'lib, u diqqatni jamlay olmaslik, impulsivlik va yuqori darajadagi harakatchanlik bilan tavsiflanadi. Bu holat asosan markaziy asab tizimidagi neyrobiologik o'zgarishlar bilan bog'liq. Ushbu tezisda giperfaollik sindromining neyrobiologik sabablari va uni davolashda qo'llanilayotgan zamonaviy yondashuvlar berilgan.

**Tadqiqotning maqsadi** diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromining (DYGS) neyrobiologik sabablari hamda ularni davolashda tabiiy vositalar va rehabilitatsion mashqlarning samaradorligini tahlil qilishdir. Ushbu yondashuvlarning an'anaviy dorivor terapiyaga qo'shimcha sifatidagi ahamiyatini o'rganishdir.

**Materiallar va tadqiqot usullari.** Miya faoliyatini o'rganish bo'yicha so'nggi yillarda o'tkazilgan tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, giperfaollik bilan og'rigan bemorlarda frontal korteks va striatum (chiziqli tana) sohalarining faoliyati pasaygan bo'ladi. Giperfaollik sindromi diagnostikasi asosan klinik kuzatuv va maxsus psixologik testlar orqali amalga oshiriladi. Eng muhim jihat - farzandning oddiy shovqinli xatti-harakatlarini DYGS bilan adashtirib yubormaslik muhim. Agar bolaning ota-onasidan biri DYGS bilan og'rigan bo'lsa, bola ham bu sindromni rivojlantirish xavfi yuqori bo'ladi. Homiladorlik davrida ona tanasida yuzaga kelgan infeksiyalar, stress, yoki chekish va alkogoldan foydalanish kabi xavf omillari ham bolaning miya rivojiga salbiy ta'sir o'tkazadi.

**Tadqiqot natijalari.** Davolashda an'anaviy dori vositalari samarali bo'lsa-da, ular ko'plab nojo'ya ta'sirlar keltirib chiqarishi mumkin. Shu sababli, pediatriya va psixologiyada tabiiy vositalar va jismoniy mashqlarga asoslangan yondashuvlar keng ommalashmoqda, lekin dorivor terapiyaga qo'shimcha ravishda tabiiy vositalar va mashqlar muhimdir. Ayniqsa omega-3 yog' kislotalari diqqat va kognitiv funksiyalarni yaxshilashda samarali bo'lib, baliq yog'i yoki zig'ir urug'i orqali organizmga yetkaziladi. Magniy va sink kabi mikroelementlar asab tizimining muvozanatli ishlashini ta'minlab, impulsivlikni kamaytiradi. Bundan tashqari, rehabilitatsion yondashuvlar, jismoniy faollik, suzish, yugurish, diqqatni rivojlantiruvchi o'yinlar, nafas mashqlari va meditatsiya texnikalari simptomni kamaytirishda samarali vosita bo'lib xizmat qiladi.

**Xulosa.** Giperfaollik sindromi faqat bola tarbiyasidagi muammolar natijasi emas, balki murakkab neyrobiologik asosga ega bo'lgan holatdir. Bunday bolalarni tushunish, to'g'ri tashxislash va individual yondashuv orqali ular jamiyatda o'z o'rnini topa oladi.

## **YORUG‘LIK TERAPIYASINING FIZIK MEXANIZMLARI VA MIYA QON AYLANISHINI YAXSHILASHDAGI ROLI**

*Qosimova Gulnoza Soyibjonovna  
Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot institute*

**Mavzuning dolzarbligi.** Asab kasalliklar dunyo bo‘ylab sog‘liqni saqlash tizimining asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Ushbu kasalliklar nafaqat inson hayot sifatini keskin pasaytiradi, balki davolashdagi murakkabliklar bilan ham ajralib turadi. So‘nggi yillarda yorug‘lik terapiyasi - fototerapiya nevrologiyada yangi davolash usuli sifatida rivojlanmoqda. Uning miya qon aylanishini yaxshilashdagi roli tadqiqotlarning asosiy yo‘nalishlaridan biri hisoblanadi, chunki qon aylanishining buzilishi ko‘plab asab patologiyalarining rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

**Tadqiqot maqsadi.** Yorug‘lik terapiyasining fizik asoslarini va infraqizil spektrdagi nurlanishning miya qon aylanishiga ta‘sirini aniqlash orqali uning asab kasalliklarini davolashdagi samaradorligini ilmiy jihatdan o‘rganish.

**Materiallar va usullar.** Asab tizimining funksional holatini yaxshilashda yorug‘lik energiyasining biologik to‘qimalarga ta‘siri asosan elektromagnit to‘lqinlarning so‘rilishi, tarqalishi va hujayra darajasida fotokimyoviy reaksiyalarni yuzaga keltirishga asoslanadi. Ushbu jarayonlarni fizik jihatdan tushuntiruvchi asosiy qonuniyatlardan biri — Lambert-Ber qonuni bo‘lib, u yorug‘lik intensivligining to‘qima ichida eksponensial ravishda kamayishini ifodalaydi:

$$I = I_0 e^{-k_\lambda l}$$

$I$ - chiqayotgan yorug‘lik intensivligi,  $I_0$ - moddaga kiradigan yorug‘lik intensivlik,  $k_\lambda$ - to‘qimaning so‘rilish koeffitsienti,  $l$ -yorug‘likning to‘qima ichidagi o‘tish uzunligi.

To‘lqin uzunligi 600–1100 nm oralig‘i ya‘ni, qizil va infraqizil spektrida so‘rilish koeffitsienti past bo‘lib, yorug‘likning bosh suyagi va miya to‘qimalariga chuqur kirishi uchun qulay sharoit yaratadi. Yorug‘lik terapiyasining klinik samaradorligini oshirishda fizik parametrlarni - to‘lqin uzunligi, intensivlik va ta‘sir vaqtini optimallashtirish muammolari mavjud. Shu bois, yorug‘lik energiyasining biologik to‘qimalarga ta‘sirini modellashtirish va tibbiy apparatlarning texnik imkoniyatlarini mukammal o‘rganish zarur.

Tadqiqotda asab kasalliklarini davolashda qo‘llaniladigan yorug‘lik terapiyasi apparatlari hamda yorug‘lik manbai sifatida qizil nur 630–680 nm va infraqizil 800–1000 nm spektr oralig‘idagi LED va lazer diodlar tanlandi. Ushbu to‘lqin uzunliklari miya to‘qimalariga chuqur kirib, hujayra darajasida bioenergetik jarayonlarni faollashtirishga yordam beradi.

**Natijalar.** Yorug‘lik terapiyasining fizik qonuniyatlarga muvofiq miya to‘qimalarida samarali so‘rilishini va qon aylanishini sezilarli darajada yaxshilashini ko‘rsatdi. Natijalar infraqizil spektrdagi yorug‘lik to‘lqinlari 900 nm atrofida bosh suyak va miya to‘qimalariga chuqur kirib, energiyaning ko‘proq qismini hujayralarga yetkazishini ko‘rsatdi. Bu esa biologik faollik uchun muhim shart hisoblanadi. Haddan tashqari yuqori intensivlik yoki uzoq vaqt davomida ta’sir hujayralarda oksidlovchi stress va toksik jarayonlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun, optimal terapiya va individual bemor xususiyatlarini hisobga olish zarur.

**Xulosa.** Yorug‘lik terapiyasining fizik mexanizmlari va uning miya qon aylanishini yaxshilashdagi roli yuzasidan olib borilgan tadqiqotlar yorug‘likning to‘qimalar ichida so‘rilishi, tarqalishi va hujayra darajasida energetik jarayonlarni rag‘batlantirishda asosiy omil ekanligini ko‘rsatdi. Yorug‘lik terapiyasining fizik qonuniyatlari va uning miya qon aylanishiga ta’siri haqidagi bilimlar asab kasalliklarini davolashda ushbu usulning samaradorligini oshirish va yangi tibbiy apparatlarni yaratishda muhim ilmiy asos bo‘lib xizmat qiladi.

## ***BOLALARDAGI O‘TKIR OSTI SKLEROZLANUVCHI PANENSEFALIT KASALLIGINI TASHXISLASH***

*Sattorov S. Sh*  
*Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti*

### **Mavzuning dolzarbligi**

O‘tkir osti sklerozlanuvchi panensefalit (O‘OSP) qizamiq virusining kechki asorati sifatida yuzaga chiqadigan kam uchraydigan, biroq xavfli kasallik bo‘lib, bolalarda asosan maktabgacha yoki maktab yoshida aniqlanadi. Kasallikning kech aniqlanishi, tez rivojlanishi va davoga yomon javob berishi uni o‘z vaqtida aniqlash muhimligini ko‘rsatadi.

### **Tadqiqot maqsadi**

Tadqiqotdan ko‘zlangan maqsad — O‘OSPning erta klinik alomatlarini aniqlash, tashxis qo‘yishda laborator va instrumental usullar ahamiyatini baholash va erta aniqlash samaradorligini ko‘rsatishdan iborat.

### **Tadqiqot materiallari va usullari**

Tadqiqot uchun 2020–2024 yillar davomida viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazida kuzatuvda bo‘lgan 15 nafar O‘OSP tashxisli bemorlarning kasallik tarixi (qizamiq tarixi), nevrologik simptomlari, qizamiqqa qarshi antitanachalar (serologiya) hamda elektroensefalogramma (EEG) va miya rezonans tomografiyasi (MRT) natijalari va klinik simptomlar tahlil qilindi.

### **Tadqiqot natijalari**

Bemorlarning 75%ida birinchi bosqichda xulq o'zgarishi va maktabdagi muvaffaqiyat pasayishi qayd etilgan. O'OSPga chalingan bolalarda nevrologik buzilishlar kuzatildi. Bemorlar orasida kognitiv pasayish, miyoklonik tortishishlar va ataksiya kuzatildi. EEGda yuqori kuchlanishli dipfazik to'liqinli davriy komplekslar (Radermecker komplekslari) qayd etildi . CSFda qizamiq virusiga qarshi IgG antitanachalar darajasi yuqori bo'ldi . MRTda kortikal atrofiya va oq modda lezyonlari aniqlangan

### **Xulosa**

OOSP asosan qizamiq infeksiyasidan so'ng 7–10 yil o'tgach paydo bo'ladi va bolalarda og'ir nevrologik simptomlar bilan kechadi . Uni erta tashxislash uchun kasallikning klinik belgilari, EEG va CSF antitanacha tahlili katta ahamiyatga ega . OOSP profilaktikasida qizamiqqa qarshi keng qamrovli emlash va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar muhim rol o'ynaydi. Vaqtida aniqlangan holatlarda palliativ va simptomatik yondashuvlar bemorning hayot sifatini saqlab qolishda yordam beradi.

## ***COGNITIVE IMPAIRMENT IN CEREBRAL AMYLOID ANGIOPATHY: THE EXAMPLE OF THE CITY OF FERGANA.***

*Rakhimbayeva Gulnora Sattarovna  
Head of the Department of Neurology, TashMA*

*Saydaliev Saidaziz Baxtiyor ugli  
Assistant of the Department of Neurology and Psychiatry, FMIPH*

**Introduction:** Patients with CAA may have a wide clinical spectrum, including cognitive decline, lobar intracranial hemorrhage, and transient focal neurological episodes

**The purpose of the study:** Investigate and compare nature, progression, and underlying mechanisms of cognitive impairment in Cerebral amyloid angiopathy (CAA) which is neurodegenerative condition associated with the accumulation of amyloid-beta protein in the brain.

**Materials and methods of research.** In Fergana City, 120 patients with a total cognitive impairment were studied in the individual. Of these, 53 are female and 67 are male, with ages ranging from 50-85 years, with an average age of 67.5 years. Patients were subjected to MoCa, Frontal assessment Battery tests, and MRI examinations. Based on the results of the investigation, 13 of them (11%) CAA and 39 (32.5%) AD and the rest with various types of dementia. MRI scans were examined based on the Boston criterion and resulted in 5 (40%) patients with CAA

having lobar hematoma in the past, while the rest (60%) found varying degrees of supracortical, cortical lacunar lesions, and cortical superficial sideroses. Cerebral atrophy, hippocampal atrophy and periventricular leukoariosis were detected in patients with AD. Patients with CAA and AD were tested for MoCa, Frontal assessment Battery. The MoCa test averaged 24 points in patients with CAA, compared to 20 points in AD. The FAB test averaged 10 points in CAA patients and 7 points in AD patients.

**The results of the study.** Cognitive impairment in CAA occurred with and without lobar hematomas, as well as supracortical, cortical lacunar lesions, and cortical superficial sideroses were also detected early cognitive disturbances. Overall, 5 patients out of 13 CAA patients had lobar hematomas and cognitive impairment was more severe in this group of patients, in addition, in 2 patients of the CAA patients with lobar hematomas, cognitive impairment developed within 1 year after the hemorrhage, while the remaining 3 patients had cognitive impairment before the hemorrhage. In the remaining 8 patients with various lacunar lesions, cognitive impairment was detected earlier than in the above. When comparing cognitive characteristics of AD and CAA, early memory impairment was mainly observed in AD patients, while in CAA, features such as attention problems, planning, and slowing of thinking prevailed over memory impairment.

**Conclusions.** CAA and AD are more common in older patients and their cognitive impairments often present in similar ways. However, differentiating them requires additional tests, such as MoCa, FAB and imaging techniques such as MRI and PET.

## ***ALLIMENTLAR ANEMIYASIDA BOSH OG'RIQLAR NEVROLOGIK JIHATLAR***

*Sharifjonov Oybek Otabek o'g'li*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti "Davolsah ishi" yonalishi 1- bosqich  
talabasi*

*Tilyaxodjayeva Gulbahor Batirovna*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inatituti anatomiya kanfedrasi asisenti*

*Email: [sharifjonovoybek2004@gmail.com](mailto:sharifjonovoybek2004@gmail.com)*

**Annotatsiya:** Mazkur ilmiy tezisda alimentlar tanqisligi — ya'ni temir, B12 vitamini va foliy kislotasining yetishmasligi natijasida vujudga keluvchi anemiyalar va ular bilan bog'liq bosh og'riqlari keng yoritiladi. Bosh og'rig'i anemiyaning ko'p uchraydigan, ammo ko'pincha nazardan chetda qoladigan nevrologik simptomlaridan biridir. Ushbu og'riq sindromining rivojlanishida gipoksiya, metabolik disbalans, demiyelinizatsiya va vegetativ disfunktsiya kabi

omillar muhim rol o'ynaydi. Klinik belgilar, diagnostika usullari va davolash yondashuvlari zamonaviy ilmiy manbalar asosida chuqur tahlil qilinadi.

**Kalit so'zlar:** Anemiya, bosh og'rig'i, temir tanqisligi, B12 vitamini, gipoksiya, markaziy asab tizimi, demiyelinizatsiya, vegetativ disfunktsiya, nevropatologiya.

Anemiya — bu eritrotsitlar va gemoglobin miqdorining kamayishi bilan tavsiflanadigan, organizm to'qimalarida kislorod tashilishi va ta'minotining buzilishi natijasida yuzaga keladigan patologik holatdir. Alimentar anemiya esa muhim oziq moddalarning yetishmovchiligi tufayli paydo bo'ladigan anemiya turi hisoblanadi. Temir, B12 vitamini va foliy kislotasi — qon hosil bo'lish va asab tizimi faoliyati uchun zarur bo'lgan asosiy komponentlardir. Ularning tanqisligi nafaqat gematologik, balki nevrologik muammolarga ham olib keladi. Ayniqsa, bosh og'rig'i aliment anemiyalarining keng tarqalgan, ammo ko'p hollarda noto'g'ri talqin etiladigan belgilaridan biridir.

Alimentar anemiyalar quyidagi asosiy turlarga bo'linadi: Temir tanqisligi anemiyasi (TTA): ovqat orqali temir yetishmasligi, surunkali qon yo'qotish, ichakdan yomon so'rilish. B12 vitamini yetishmovchiligi: hayvoniy mahsulotlar iste'mol qilmaslik, pernitsioz anemiya, ichak kasalliklari. Foliy kislotasi tanqisligi: noto'g'ri dieta, homiladorlik, alkogolizmdan keyingi buzilishlar.

Nevrologik simptomlarning patofiziologiyasi: Bosh og'rig'i — alimentar anemiyada eng ko'p uchraydigan nevrologik belgidir. Uni vujudga keltiruvchi asosiy mexanizmlar quyidagilardir: Gipoksik sindrom, metabolik disbalans, demiyelinizatsiya, vegetativ disfunktsiya

Alimentar anemiyaga xos bosh og'rig'i quyidagi shakllarda namoyon bo'ladi: Diffuz va bosuvchi xarakterga ega. Har kuni takrorlanuvchi, og'ir jismoniy va aqliy ishda kuchayuvchi. Ensada, peshonada yoki butun bosh sohasida seziladi. Ko'pincha bosh aylanishi, charchoq, e'tiborning pasayishi bilan birga kuzatiladi  
Diagnostikasi: Umumiy qon tahlili: gemoglobin, eritrotsitlar, MCV, RDW. Biokimyoviy tahlillar: temir, ferritin, B12, foliy kislotasi. Nevrologik ko'rik: reflekslar, koordinatsiya, sezuvchanlik tekshiruvi. Qo'shimcha tekshiruvlar: EEG, MRT

Davolashda etiologik va simptomatik yondashuv qo'llaniladi: Temir preparatlari, B12 vitamini in'eksiyalari, foliy kislotasi, og'riqni kamaytiruvchi dori vositalari, nootropik va neyroprotektorlar

**Xulosa:** Alimentar anemiyalar — bu organizmga zarur moddalar yetishmasligi bilan kechuvchi holatlar bo'lib, nafaqat qon tizimiga, balki asab tizimiga ham ta'sir ko'rsatadi. Bosh og'rig'i alimentar anemiyaning ilk va muhim belgilaridan biri hisoblanadi. Uning sabablari gipoksiya, metabolik buzilish, demiyelinizatsiya va vegetativ disfunktsiyadir. Tezkor va to'g'ri tashxis qo'yish, kompleks yondashuv asosida davolash bemorlarning hayot sifatini yaxshilashda muhim rol o'ynaydi. Tibbiyot amaliyotida anemik bosh og'rig'ini e'tibordan chetda qoldirmaslik muhim ahamiyat kasb etadi.

## ***MIOKARD INFARKNI SABABLARI, BELGILARI, XAVFLI OMILLARI VA DAVOLASH***

*Sharifjonov Oybek Otabek o'g'li*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inatituti 1-bosqich talabasi*

*Tilyaxodjayeva Gulbahor Batirovna*

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot inatituti anatomiya kanfedrasi asisenti*

*Email: [sharifjonovoybek2004@gmail.com](mailto:sharifjonovoybek2004@gmail.com)*

**Annotatsiya:** Miokard infarkti yurak mushagining kislorod yetishmovchiligi tufayli nekrozga uchrashi bilan tavsiflanadigan og'ir klinik holat bo'lib, yurak ishemik kasalligining xavfli shakllaridan biridir. Ushbu maqolada miokard infarktining etiologiyasi, xavf omillari, klinik belgilarining turli shakllari, tashxis qo'yishdagi muammolar, zudlik bilan ko'rsatilishi kerak bo'lgan yordam hamda kasallikni davolash va profilaktika choralari yoritilgan. Miokard infarktini erta aniqlash va samarali yordam ko'rsatish bemorning hayotini saqlab qolish uchun muhim ahamiyat kasb etadi.

**Kalit so'zlar:** Miokard infarkti, yurak ishemik kasalligi, nekroz, koronar arteriyalar, og'riq sindromi, trombolizis, atipik shakllar, profilaktika, yurak yetishmovchiligi.

**Kirish:** Yurak-qon tomir kasalliklari butun dunyo bo'ylab o'limga olib keluvchi eng yetakchi sabablardan biri bo'lib qolmoqda. Ularning orasida miokard infarkti alohida o'rin tutadi, chunki bu kasallik to'satdan boshlanadi, og'ir kechadi va ko'plab asoratlarga olib kelishi mumkin. Miokard infarkti yurak mushagining qon bilan ta'minlanishining keskin buzilishi natijasida rivojlanib, miokard to'qimasining o'limiga olib keladi. Kasallikning erta tashxisi, to'g'ri davolash va profilaktik choralarni ko'rish — o'lim va nogironlikning oldini olishda asosiy omil hisoblanadi. Ushbu maqolada miokard infarktining sabablari, xavf omillari, klinik ko'rinishlari, davolash usullari va oldini olish choralari tahlil qilinadi.

**Miokard infarkti:** O'tkir holat, yurak ishemik kasalligining klinik shakli, to'liq yoki qisman qon yetishmovchiligi natijasida yurak muskul to'qimasining (**miokard**) nekrozi (o'limi) tufayli yuzaga keladi. Bu butun yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishiga olib keladi va bemorning hayotini xavf ostiga qo'yadi.

Miokard infarktining asosiy va eng ko'p tarqalgan sababi — yurak mushagini qon bilan va shunga mos ravishda kislorod bilan ta'minlaydigan toj (koronar) arteriyalardagi qon oqimining buzilishi. Ko'pincha bunday buzilish arteriyalar aterosklerozining fonida yuzaga keladi va unda tomirlarning devorida aterosklerotik pilakchalar (blyashkalar) paydo bo'ladi. Ushbu pilakchalar toj arteriyalari bo'shlig'ini toraytiradi va tomir devorlarining shikastlanishiga hissa qo'shadi, bu esa tromb va arterial stenoz shakllanishi uchun qo'shimcha sharoitlarni yaratadi.

Infarktning xavf omillari.

Ushbu o'tkir kasallikning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradigan bir qator omillar mavjud:

1. Ateroskleroz. Yog' almashinuvining buzilishi natijasida qon tomir devorlarida aterosklerotik pilakchalarning paydo bo'lishi miokard infarktining rivojlanishida asosiy xavf omilidir.
2. Yosh. 45-50 yoshdan keyin kasallikni rivojlanish xavfi ortadi.
3. Jins. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ayollarda ushbu keskin vaziyat erkaklarnikiga qaraganda 1,5-2 marta ko'proq uchraydi, ayniqsa klimaks davrida ayollarda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi.
4. Arteriyal gipertoniya. Gipertoniya (yuqori qon bosimi) bilan og'rikan insonlarda yurak-qon tomir kasalligi rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi, chunki arterial bosim ortishi bilan miokardda kislorodga talab oshadi.
5. Avval boshdan kechirilgan miokard infarkti, hatto kichik ko'lamli bo'lsada.
6. Chekish. Ushbu zararli odat tanamizning ko'plab organlari va tizimlarining ishdan chiqishiga olib keladi. Surunkali nikotin bilan zaharlanish natijasida toj arteriyalar torayib ketadi, bu esa miokardda kislorod yetishmasligiga olib keladi. Va gap nafaqat faol chekish haqida, balki passiv chekish haqida ham bormoqda.
7. Semizlik va gipodinamiya. Yog' almashinuvi buzilganda aterosklerozning rivojlanishi tezlashadi, qandli diabet kasalligi xavfi ortadi. Jismoniy yetishmovchilik va kamharakatlik organizmdagi modda almashinuviga salbiy ta'sir qiladi, bu esa ortiqcha vaznning to'planishiga sabab bo'ladi.
8. Qandli diabet. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqori, chunki qondagi yuqori qand miqdori tomir devorlari va gemoglobinga salbiy ta'sir ko'rsatadi, buning natijasida uning transport (kislorodni tashish) qobiliyati yomonlashadi.

**Miokard infarkti belgilari va alomatlari:** Bu o'tkir holat o'ziga xos alomatlarga ega va ular odatda shunchalik yaqqol namoyon bo'ladiki, ular sezilmay qolishi mumkin emas. Shunga qaramay, ushbu kasallikning atipik shakllari ham mavjudligini esda tutish kerak.

Ko'pchilik hollarda bemorlar miokard infarktining odatda og'riqli shaklini rivojlantiradilar, buning natijasida shifokor kasallikni aniq tashxislash va darhol davolashni boshlash imkoniga ega.

Kasallikning asosiy belgisi bu kuchli og'riqdir. Miokard infarkti bilan kechadigan og'riq ko'krak orqasida joylashgan bo'lib, u yonish hissi va xanjar urilgandek tuyuladi, ba'zi bemorlar og'riq «yorib tashlagudek» bo'ladi deya ta'riflaydi. Og'riq chap qo'lga, pastki jag'ga, kuraklar orasiga tarqalishi mumkin. Ushbu holatning rivojlanishi har doim ham jismoniy zo'riqishdan keyin kelmaydi, ko'pincha og'riq sindromi dam olish vaqti yoki kechqurun yuz beradi. Og'riq alomatining tavsiflangan xususiyatlari stenokardiya xurujlarida bo'lganiga o'xshash bo'lsa-da, ularning bir-biridan ajratib turuvchi aniq farqlar bor.

Stenokardiya xurujidan farqli o'laroq, miokard infarkti tufayli paydo bo'lgan og'riq sindromi 30 daqiqadan ko'proq davom etadi va tinch holatga o'tish yoki

nitrogliserinni takroriy qabul qilish bilan to'xtamaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, og'riqli xuruj 15 daqiqadan ko'proq davom etsa, qabul qilingan chora-tadbirlar samarasiz bo'lsa, darhol shoshilinch tibbiyot jamoasi chaqirilishi kerak.

### **Miokard infarktining atipik shakllari.**

Atipik shaklda kechayotgan miokard infarkti tashxis qo'yish paytida shifokor uchun qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

**Gastritik variant.** Kasallikning ushbu shaklida yuzaga kelgan og'riq sindromi gastirtning xuruji tufayli yuzaga kelgan og'riqqa o'xshaydi va epigastrik mintaqada joylashgan bo'ladi. Ko'rikda qorin old devorining mushaklari tarangligi kuzatilishi mumkin. Odatda, miokard infarktining bunday shakli diafragma yaqin bo'lgan pastki chap qorincha shikastlanishlarida kelib chiqadi.

**Astmatik variant.** Bronxial astmaning shiddatli xurujini eslatadi. Bemorda bo'g'ilish, ko'pikli balg'amli yo'tal (quruq bo'lishi ham mumkin) kuzatilishi va shu bilan birga odatda og'riq sindromi kuzatilmaslgi yo'q yoki zaif ifodalangan bo'lishi mumkin. Og'ir holatlarda o'pka shishishi rivojlanishi mumkin. Ko'rik o'tkazilganda yurak ritmining buzilishi, qon bosimi pastligi, o'pkada xirillash sezilishi mumkin. Ko'pincha, kasallikning astmatik shakli takroriy miokard infarktida, shuningdek, og'ir kardiosklerozning fonida sodir bo'ladi.

**Aritmik variant.** Miokard infarktining bu shakli turli xil aritmiya (ekstrasistoliya, miltillovchi aritmiya yoki paroksizmal taxikardia) yoki turli xil darajadagi atriyoventrikulyar blokada bilan namoyon bo'ladi. Yurak urishi ritmining buzilganligi sabab EKG tekshiruvda miokard infarkti aniqlanmasligi mumkin.

**Serebral variant.** Bosh miya tomirlarida qon aylanishi buzilishi bilan tavsiflanadi. Bemorlar bosh aylanishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qayt qilish, oyoqlar holsizligidan shikoyat qilishi mumkin, hush chigal bo'lishi mumkin.

**Og'riqsiz variant** (xira shakli). Miokard infarktining bu shakli tashxislashdagi qiyinchiliklarga eng ko'p sababchi bo'ladi. Og'riq sindromi umuman kuzatilmaslgi mumkin, bemorlar ko'krak qafasidagi noma'lum bezovtalik va haddan tashqari terlashdan shikoyat qilishadi. Ko'pincha ushbu kasallik shakli qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda uchraydi va juda og'ir kechadi.

Ba'zan miokard infarkti klinik tasvirida turli kasalliklar alomatleri mavjud bo'ladi va bunday hollarda, afsuski, holat yakuni ko'proq salbiy bo'ladi.

### **Miokard infarktini davolash:**

Bemorda miokard infarkti shubha qilinishi mumkin, agarda:

- Ko'krak orqasida kuchli yonish hissi bilan kechadigan og'riq sezilsa, 5-10 daqiqadan ko'proq davom etadi;
- Og'riq vaqt o'tishi bilan, tinch holatga o'tgandan yoki nitroglitserin qabul qilgandan so'ng tinchimaydi;
- Og'riq kuchli holsizlik, ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rig'i va bosh aylanishi bilan birga keladi.

Agar miokard infarktidan shubha qiladigan bo‘lsangiz, darhol tez yordamga qo‘ng‘iroq qiling va bemorga yordam berishni boshlang. Bemorga dastlabki yordam qancha barvaqt berilsa, yakun shuncha ijobiy bo‘ladi.

Yurakka tushadigan yukni kamaytirish kerak, shuning uchun bemorni boshini biroz ko‘tarib yotqizish kerak. Toza havoni kirishini ta‘minlash va bemorni tinchlantirishga harakat qilish kerak, tinchlantiruvchi preparatlar bersa bo‘ladi.

Bemor til ostiga nitrogliserin tabletkasini (oldindan maydalash mumkin) solishi va bitta aspirin tabletkasini chaynashi kerak.

Agar qo‘l ostida beta-blokator guruhidagi preparatlar mavjud bo‘lsa (Atenolol, Metoprolol), bemorga chaynash uchun (aynan chaynash uchun, bo‘lmasa samara bermaydi) 1 dona tabletkaga berish kerak. Agar bemor bu dori-darmonlarni muntazam qabul qilsa, unda dori-darmonning navbatdan tashqari dozasini qabil qilishi kerak.

Og‘riqni kamaytirish uchun bemorga analgetik dori (analgin, baralgin va boshqalar) berish kerak.

Bundan tashqari, bemor bir tabletkaga panangin yoki 60 tomchi korvalol ichishi mumkin.

Agar yurak to‘xtashi gumon qilinsa (hushdan ketish, nafas olish to‘xtashi, pulsning yo‘qligi va tashqi qo‘zg‘atuvchilarga javob qaytarmaslik) darhol reanimatsiya choralari (sun‘iy nafas berish va yurakni bilvosita massaji) boshlash kerak. Agar bemor es-hushiniga kelmasa, muolajalarni shifokorlar kelguniga qadar davom ettirish kerak.

**Kasalxonagacha ko‘rsatiladigan malakali yordam:** Miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarni davolashda asosiy maqsad — shikastlangan miokard sohasida iloji boricha tezroq qon aylanishini tiklashga va ta‘minlashga qaratilgan. Bemorlarning sog‘lig‘i va hayoti ko‘p jihatdan kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo‘lgan davrda yordam ko‘rsatilishiga bog‘liq.

Tez yordam shifokorlari oldida turgan eng muhim masalalardan biri — og‘riq xurujini qoldirishdir. Chunki simpatoadrenal tizimining faollashishi natijasida yurak mushagining zo‘riqishi oshadi va kislorodga bo‘lgan ehtiyoj ortadi, bu shikastlangan soha ishemiyasini yanada oshiradi. Ko‘pincha shifokorlar og‘riqdan xalos qilish uchun narkotik analgetiklarni qo‘llashlari mumkin, ko‘pincha kasalxonagacha bo‘lgan bosqichda morfin ishlatiladi. Agar narkotik analgetiklarni qo‘llash ta‘siri yetarli bo‘lmasa, vena ichiga nitropreparatlar yoki beta-blokatorlar yuboriladi.

Toj arteriyalarida qon aylanishini qayta tiklash ham davolashda muhim ahamiyat kasb etadi. Qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda shifokor tez yordam mashinasida trombolizisni boshlashi mumkin. Ushbu muolaja hamma bemorlarga ham qilinavermaydi, uning mumkinligini shifokor EKG natijalariga asoslanib belgilaydi. Trombolizisning samaradorligi uning qay vaqt boshlanganligiga bog‘liq bo‘lib, yurak-qon tomir kasalligi boshlanishining dastlabki soatlarida trombolitik preparatlarni yuborish qon aylanishini yuqori ehtimollik bilan tiklashi mumkin.

Tez yordam transportida olib ketish paytida trombolizni o'tkazish to'g'risidagi qaror vaqt omiliga bog'liq bo'ladi. Bunday preparatlar tez yordam mashinasi kasalxonaga yetib borishi vaqti 30 daqiqadan ko'p bo'lsa qo'llaniladi.

**Miokard infarktining asoratlari:** Miokard infarktining asoratlari har doim organizmning holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Albatta, bu miokardning zararlanish maydoniga bog'liq. Miokard infarktiga uchragan bemorlarda ko'pincha yurak ritmining buzilishi rivojlanadi. Miokard nekrozi va chandiq hosil bo'lishi tufayli yurakning qisqarish qobiliyati pasayadi va natijada yurak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Yurakning ko'p shikastlanishi va katta chandiqlar hosil bo'lishi natijasida yurak anevrizmasi — bemorning hayotiga tahdid soluvchi va tezkor davolashni talab qiluvchi holat paydo bo'lishi mumkin. Anevrizma nafaqat yurakning faoliyatini yomonlashtiradi, balki qon trombi hosil bo'lishi ehtimolini oshiradi va uning yorilishi xavfi ham katta bo'ladi.

Miokard infarktini oldini olish: Ushbu kasallikning oldini olish birinchi va ikkinchi darajali shartlarga bo'linadi. Birlamchi maqsad — miokardial infarkt yuzaga kelishini oldini olish, ikkinchisi — kasallikka duchor bo'lganlarda yurak-qon tomir kasalliklari qaytalanishini oldini olishdir. Profilaktika nafaqat yurak-qon tomir tizimi muammoari mavjud kishilarga, balki sog'lom kishilar uchun ham muhimdir. Profilaktika xavf omillarini bartaraf etish yoki ularning ta'sirini kamaytirishga qaratilgan bo'ladi:

1. Tana vaznini nazorat qilish. Ortiqcha vaznli odamlarda yurakka ortiqcha yuk tushishi kuzatiladi, gipertoniya va qandli diabet rivojlanishi xavfi ortadi.

2. Muntazam jismoniy faoliyat. Jismoniy faollik modda almashinuvini yaxshilashga yordam beradi, shuningdek tana vaznini kamaytiradi. Muntazam mashqlar bajarish miokard infarkti xavfini 30 foizga qisqartirishi isbotlangan. Jismoniy mashqlar majmuasi va og'irlik darajasini shifokor tayinlaydi.

3. Yomon odatlardan voz kechish. Olimlar allaqachon chekish va spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshirishini isbotlashgan. Yomon odatlardan voz kechishni istamagan odamlarda miokard infarktining rivojlanishi xavfi 2 barobar ortadi.

4. Qonda xolesterin miqdorini nazorat qilish. 45 yoshdan oshgan barcha insonlarga yog'lar almashinuvini muntazam ravishda nazorat qilish tavsiya etiladi, chunki u buzilganda rivojlanadigan ateroskleroz yurak-qon tomir kasalliklarining asosiy sabablaridan biridir.

5. Qon bosimini nazorat qilish. Qon bosiming doimiy ravishda 140/90 mm. sim. ust. dan yuqori bo'lishida uni dori-darmonlar bilan me'yorga keltirish talab etiladi, chunki arterial gipertoniya bilan birga yurakka tushadigan yuk sezilarli darajada ko'payadi.

6. Qonda glyukoza darajasini nazorat qilish. Bu uglevod almashinuvi buzilishlarini aniqlash va diabetning oldini olish uchun kerak.

7. Parhez. Osh tuzini, ko‘p miqdorda xolesterin va qiyin eruvchi yog‘larni o‘z ichiga olgan oziq-ovqat mahsulotlar iste’molini cheklash tavsiya etiladi. Ratsionga o‘simlik tolalari, vitaminlar va minerallarga boy bo‘lgan meva va sabzavotlarni, dengiz maxsulotlarini ko‘proq kiritish kerak.

8. Asetilsalitsil kislotasi mavjud dori-darmonlarni qabul qilish. Aspirin nafaqat miokardiyal infarktni davolash uchun, balki uning oldini olish uchun ham standartdir. Bugungi kunda ushbu moddani o‘z ichiga olgan ko‘plab dorilar kardiologiyada keng ishlatiladi. Optimal dozani va muayyan dori turini tanlash uchun siz shifokoringizga murojaat qilishingiz kerak.

## ***POSSIBILITIES of PSYCHOMOTOR CORRECTION***

*T.B. Irmukhamedov (PhD)*

*Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry, Medical Psychology, Psychotherapy*

**Introduction.** It is known that the leading criteria for assessing a child's health are the state of mental and motor functioning. A delay in the development of motor activity, in turn, can cause a delay in the mental development of the child, since these two important areas of activity represent the most important basis in understanding the surrounding picture of the world.

**The aim** of the study is to study the clinical aspects of psychomotor disorders in children with ASD.

**Material and methods of research.** The study examined 26 children with ASD aged 6 to 15 years. The comparison group included 26 practically healthy children. Clinical-psychopathological, clinical - catamnestic, neurological, clinical-pathopsychological research methods were used in the study.

**Results and discussion.** Difficulties in the process of building role-playing games were demonstrated by 82.7% of children. A lag in speech formation for a year or more at the early age stages was observed in 76.7% of cases. Hereditary burden of mental disorders in families with children with ASD was 23.6%. The results of the study showed significantly significant correlations of disorders of psychomotor domains with other mental domains, such as the "attention" domain ( $r=0.24, p<0.01$ ), the "emotion" domain ( $r=0.32, p<0.01$ ). Violation of the domain "interpersonal communication" ( $r=0.21, p<0.01$ ). Violation of the domain "control of one's own behavior" ( $r=0.27, p<0.01$ ). The domains "aggression" and "auto aggression" accounted for 34.6% and 29.3%, respectively.

**Conclusions.** Thus, we can conclude about the spectrum of psychomotor disorders of varying severity that occur in children with ASD and have close relationships with such important mental functions as emotions, attention, motivation and others. Disorders of psychomotor functions should be taken into account when developing a complex of rehabilitation measures for children with ASD.

## **COMORBID PATHOLOGY AND PARANOID SCHIZOPHRENIA**

*Mirsobitova M.M., Yusupova K. A., Zokirova K. H., Abdumalikova F.A.*  
*TPMI, Pediatrics faculty*  
*Scientific director T.B. Irmukhamedov (PhD)*  
*Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry, Medical*  
*Psychology, Psychotherapy*

**Kirish.** Somatik noinfekcion kasalliklar, infeksiyalar, intoksikatsiyalar bilan bog‘liq ruhiy kasalliklar psixozlar deb ataladi. Ularning paydo bo‘lishida asosiy rolni ekzogen omillar o‘ynaydi. Psixoz yunon tilidan tarjima qilinganida “ruhiy holatning buzilishi” ni anglatadi va bu holat aniq ruhiy faoliyat bilan birga bo‘lib, ruhiy reaksiyalar real holatga qarama-qarshi bo‘ladi, bu esa haqiqiy dunyoni idrok etishga sezilarli darajada ta’sir qiladi hamda xulq-atvorni tartibsizlantiradi.

**Tadqiqot maqsadi:** Paranoid shizofreniya kasalligini, surunkali nevrologik va somatik kasalliklar bilan birgalikda dinamik klinik kechishini o‘rganish.

**Materiallar va usullar:** 38-65 yoshdagi paranoid shizofreniya (ICD-10 bo‘yicha F20.XX) bilan og‘rigan 53 nafar bemor tekshirildi. Somatik kasalliklar ularning kuchayishi bo‘lmasdan kuzatildi. Somatik kasallikning davomiyligi kamida 6 yilni tashkil etdi.

**Natijalar:** Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, eng ko‘p (15 bemor – 44,1%) yurak-qon tomir kasalliklari (gipertonik kasallik, koronar yurak kasalligi) aniqlangan. Oshqozon-ichak tizimi kasalliklari: surunkali gepatit, xolesistit, gastrit, kolit 10 holatda (29,4%) aniqlangan. 5 nafar bemorda (14,7%) nafas olish tizimi kasalliklari (asosan surunkali bronxit) mavjud. Eng kam hollarda (4 bemor, 11,8%) buyrak kasalliklari: urolitiaz, surunkali pielonefrit aniqlangan. Paranoid shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda koronar yurak kasalligi xavfi ayollarda 55 yoshdan oshgan va surunkali somatik kasalliklar (gipertoniya, diabet), ortiqcha vazn (44,4%) yoki past vazn (33,3%) bo‘lganlarda ancha yuqori. Paranoid shizofreniyali bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari bilan birgalikda PANSS ko‘rsatkichlarida o‘xshashlik mavjud (musbat simptomlarning o‘rtacha qiymati 52 ball). Klinik tasvirda ular nomutanosib vasvasa simptomlar (3 ball), depressiv simptomlar (gipertoniya tashvish va koronar yurak kasalligida apatiya) va gallutsinator simptomlari (5 ball) bilan tanilgan, tanqidni sezilarli darajada kamayishi (manfiy sindromlar miqyosining o‘rtacha qiymati 46 ball, anergiya 46 ball). Har xil kelib chiqishdagi ensefalopatiya – shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning 40% da musbat simptomlar va 16,9% da manfiy simptomlar ( $p<0,05$ ); tug‘ma jarohatlar - shizofreniya bilan kasallangan bemorlarning 25% da musbat simptomlar va 7,7% da manfiy simptomlar ( $p<0,05$ ) kuzatilgan. Bu, shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda nevrologik asoratlar xavfini oshiradi va nootropik dorilarni qo‘shimcha ravishda ishlatishni talab qiladi. Barcha bemorlarda kasallikka nisbatan tanqidiylik va kasallikni anglashning kuchli pasayishi (PANSS o‘rtacha - 5 ball) mavjud bo‘lib, bu faqat ruhiy kasallikka emas, balki birgalikda

boruvchi somatik kasalliklarga ham tegishlidir. Bu psixotrop dori-darmonlarni belgilashda asoratlarga olib kelishi, shuningdek, ushbu toifadagi bemorlarning sifatini va umri davomiyligini kamaytirishi mumkin.

**Xulosa:** Shunday qilib, bizning tadqiqotlarimiz shizofreniya, nevrologik va somatik kasalliklarning birgalikda kechishi bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etishda farqlangan yondashuv zarurligini aniqlashga va amaliyotda psixiatrlar va umumiy amaliyot shifokorlari uchun davolash va reabilitatsiya tavsiyalarining yo'nalishlarini belgilashga imkon berdi.

## ***NEW POSSIBILITIES OF APPLICATION PSYCHOMOTOR CORRECTION IN MEDICAL PRACTICE***

*T.B. Irmukhamedov (PhD)*

*Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry, Medical Psychology,  
Psychotherapy*

**Annotation.** Mental disorders in somatic non-infectious, infectious diseases, intoxications are psychoses. The main role in their occurrence is played by exogenous factors. Psychosis from Greek means a disturbed mental disorder accompanied by pronounced mental activity, while mental reactions are contradictory to the real situation, which significantly affects the perception of the real world, as well as disorganization of behavior.

**Objective:** To study the features of the dynamic clinical course of paranoid schizophrenia combined with chronic neurological and somatic diseases.

**Material and methods:** 53 patients with paranoid schizophrenia (F20.XX according to ICD-10) aged from 38 to 65 years, combined somatic pathology-without exacerbation were examined. The duration of the somatic disease was at least 6 years.

**Results:** The study found that most often (15 patients – 44.1 %) there were diseases of the cardiovascular system (hypertension, coronary heart disease). Diseases of the digestive system: chronic hepatitis, cholecystitis, gastritis, colitis were detected in 10 cases (29.4 %). 5 patients (14.7 %) had respiratory diseases (mainly chronic bronchitis). In the last place (4 patients, 11.8 %) were kidney diseases: urolithiasis, chronic pyelonephritis. The risk of coronary heart disease among patients with paranoid schizophrenia is significantly higher in women over 55 years of age (77.6 %), with concomitant somatic diseases (hypertension, diabetes mellitus), overweight (44.4%) or underweight (33.3%). In patients with paranoid schizophrenia, combined with cardiovascular diseases, there is a similarity in PANSS indicators (the average value of positive symptoms is 52 points). In the clinical picture, they have undistinguished delusional symptoms (3 points), depressive symptoms predominate (with anxiety in hypertension and apathy in coronary heart disease) and hallucinatory symptoms (5 points) with a

significant decrease in criticism (5 points) or a shallow defect (average values of the scale of negative syndromes 46 points, anergy 46 points). Encephalopathy of various origins - 40% of patients with schizophrenia with positive symptoms and 16.9% of patients with negative (p<0.05); birth trauma in the anamnesis-25% of patients with schizophrenia with positive symptoms and 7.7% of patients with negative symptoms. negative (p<0.05) increases the risk of neurological complications in patients with schizophrenia with positive symptoms and requires additional use of nootropic drugs. All patients have a strong decrease in criticality and awareness of the disease (PANSS average - 5 points) not only in relation to mental illness, but also to concomitant somatic pathology. This can lead to complications when prescribing psychotropic therapy, as well as reduce the quality and life expectancy of this category of patients.

**Conclusions:** Thus, our research allowed us to identify the need for a differentiated approach to the organization of care for patients with combined mental, neurological, and somatic pathology and to determine the directions of treatment and rehabilitation recommendations for use in practice by psychiatrists and general practitioners.

***STOMATOLOGIK OG'RIQLARNI UCH SHOXLI NERV NEVRALGIYASI  
BILAN TAQQOSLASH  
COMPARISON OF DENTAL PAIN WITH TRIGEMINAL NEURALGIA  
СПАВНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЙ С НЕВРАЛГИЕЙ  
ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА***

*Andijon davlat tibbiyot instituti Nevrologiya kafedrasida assistenti Xolmatov  
Rasuljon Ibrohimjon o'g'li.  
Qo'qon Universiteti Andijon filiali Stomatologiya yo'nalishi 1-kurs talabasi  
Mansurova Xosiyat Nasimjon qizi.*

**Annotatsiya:** Ushbu maqolada stomatologik og'riqlar va uch shoxli nerv nevrалgiyasining klinik ko'rinishlari, patofiziologiyasi, tashxis qo'yish va davolash metodlari o'rganiladi. Ushbu ikki turdagi og'riq klinik jihatdan bir-biriga o'xshash bo'lishi mumkin, ammo ularning kelib chiqish sabablari va davolanish yondashuvlari keskin farq qiladi. Tadqiqotda ushbu ikki kasallikni farqlash uchun klinik belgilar va diagnostik testlar taqqoslab tahlil qilindi.

**Kalit so'zlar :** stomatologik og'riq, trigeminal nevrалgiya, uch shoxli nerv, tashxis, differensial diagnostika

**Abstract:** This article examines the clinical presentations, pathophysiology, diagnosis, and treatment approaches of dental pain and trigeminal neuralgia. Although these two conditions may appear similar, they differ significantly in origin and management. The study compares clinical signs and diagnostic tests used to distinguish between them.

**Key words:** dental pain, trigeminal neuralgia, trigeminal nerve, diagnosis, differential diagnosis

**Аннотация:** В данной статье рассматриваются клинические проявления, патофизиология, диагностика и методы лечения стоматологических болей и невралгии тройничного нерва. Несмотря на внешнее сходство симптомов, данные состояния имеют различные причины и требуют разных подходов в лечении. В исследовании проанализированы клинические признаки и диагностические методы различения этих заболеваний.

**Ключевые слова:** стоматологическая боль, невралгия тройничного нерва, тройничный нерв, диагностика, дифференциальная диагностика

Kirish.

Stomatologik og‘riqlar – bu tishlar, milklar, jag‘ suyaklari va boshqa og‘iz bo‘shlig‘i to‘qimalaridagi patologik o‘zgarishlar natijasida yuzaga keladigan klinik simptom bo‘lib, u ko‘pincha tibbiy yordamga murojaat qilishga sabab bo‘ladi. Biroq ba‘zi holatlarda og‘riq sababi to‘g‘ri aniqlanmaydi, chunki ba‘zi nevrologik kasalliklar – xususan, uch shoxli nerv (nervus trigeminus) nevrалgiyasi – stomatologik og‘riqqa juda o‘xshash klinik ko‘rinishlar bilan namoyon bo‘ladi.

Uch shoxli nerv nevrалgiyasi — yuzning bir tomonida to‘satdan paydo bo‘ladigan, o‘tkir, intensiv va qisqa davom etadigan og‘riq to‘lqinlari bilan xarakterlanadigan nevrologik sindromdir. Bunday og‘riqlar ko‘pincha tish og‘rig‘i bilan adashtiriladi, bu esa noto‘g‘ri tashxis va keraksiz stomatologik muolajalarga olib keladi. Shu bois stomatologik og‘riqlar va trigeminal nevrалgiyani klinik jihatdan farqlash dolzarb masalalardan biridir. Mazkur maqolada ushbu ikki holatning o‘ziga xos belgilari, diagnostik mezonlari va davolash yondashuvlari taqqoslab tahlil qilinadi hamda differensial diagnostikada muhim bo‘lgan mezonlar yoritiladi.

A‘lo, tushunarli. Quyida maqolangiz uchun har biri taxminan 1000 ta so‘zdan iborat to‘liq bo‘limlarni ketma-ket tayyorlab beraman. Boshlanishiga — “Tadqiqot metodologiyasi (Research Methodology)” bo‘limining to‘liq, ilmiy-mazmunga ega matni taqdim etiladi. Keyingi bo‘limlar — “Tahlil va natijalar”, “Xulosa va takliflar” va “Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati” ham xuddi shunday shaklda yoziladi.

Ushbu ilmiy tadqiqotda stomatologik og‘riqlar va uch shoxli nerv nevrалgiyasi (trigeminal nevrалgiya) o‘rtasidagi klinik, fiziologik va psixologik farqlarni aniqlash va tahlil qilish maqsad qilingan. Bu ikki og‘riq holatining diagnostika, klinik belgilari va bemorga ta‘siri jihatdan o‘xshash va farqli jihatlarini aniqlashda turli xil ilmiy metodlardan foydalanildi. Ushbu bo‘limda tadqiqotning dizayni, ishtirokchilari, ma‘lumot yig‘ish va tahlil qilish usullari batafsil ko‘rib chiqiladi.

Tadqiqot kombinatsiyalangan — ya‘ni miqdoriy (quantitative) va sifatli (qualitative) metodlar asosida olib borildi. Miqdoriy tadqiqot stomatologik va nevrologik kasalliklar bo‘yicha og‘riq intensivligini o‘lchash, simptomlar chastotasi va davomiyligini tahlil qilish orqali amalga oshirildi. Sifatli tadqiqotda esa bemorlarning og‘riqni subyektiv qabul qilishi, ruhiy holatga ta‘siri, og‘riq paydo bo‘lishiga sabab bo‘lgan omillar va shifokorlarning klinik kuzatuvlari

asosida fikrlar to'plandi. Bu yondashuv ikkala holatni chuqurroq va kompleks tarzda tahlil qilish imkonini berdi. Tadqiqot ikki asosiy yo'nalishda olib borildi: (1) stomatologik og'riqlar (karies, pulpit, periodontit, periostit va boshqalar), va (2) uch shoxli nerv nevrалgiyasi bo'yicha klinik holatlar.

Ishtirokchilar: Tadqiqotda 40 nafar bemor ishtirok etdi. Ulardan 25 nafari stomatologik og'riqlar bilan, 15 nafari esa trigeminal nevrалgiya bilan og'riqlar edi. Bemorlar 20 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan shaxslar orasidan tanlab olindi. Ular orasida jinsiy nisbat quyidagicha taqsimlandi: 60% ayollar, 40% erkaklar. Barcha bemorlar og'riq sababli tibbiy muassasalarga murojaat qilgan bo'lib, ulardan klinik va instrumental ma'lumotlar maxfiylik asosida yig'ib borildi. Ishtirokchilar tadqiqotdan oldin og'zaki va yozma rozilik bergan.

Statistik tahlil: Yig'ilgan ma'lumotlar SPSS statistik dasturi orqali tahlil qilindi. Og'riq intensivligi, davomiyligi, takrorlanish chastotasi va bemorlarning holatiga ta'siri ko'rsatkichlari hisoblandi. Student t-testi va  $\chi^2$  (chi-kvadrat) testi yordamida ikki guruh o'rtasidagi farqlar statistik jihatdan ahamiyatli yoki yo'qligi aniqlandi ( $p < 0.05$  ahamiyatli deb qabul qilindi).

Cheklovlar: Tadqiqotda ayrim cheklovlar mavjud: bemorlar sonining cheklanganligi, ularning subyektiv fikrlaridagi farqlar, og'riq haqida xotiralarning noaniqligi. Bundan tashqari, ba'zi holatlarda stomatologik og'riq va trigeminal nevrалgiya birgalikda mavjud bo'lishi mumkinligi tahlilga ta'sir qilishi ehtimoli bor edi.

Tahlil va natijalar: Stomatologik og'riqlar va uch shoxli nerv (trigeminal) nevrалgiyasi klinik jihatdan bir-biriga o'xshash simptomlar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Shu bois, bu ikki holatni to'g'ri aniqlash va differensial tashxis qo'yish stomatolog va nevropatolog uchun nihoyatda muhimdir. Ushbu tahlil bo'limida har ikki holat bo'yicha klinik kuzatuvlar, bemorlarning shikoyatlari, og'riqning xarakteri, joylashuvi, davomiyligi va boshqa mezonlar asosida qiyosiy tahlil keltiriladi.

Avvalo, stomatologik og'riqlar asosan tishlarning yallig'lanishi (pulpit, periodontit), milk kasalliklari (gingivit, parodontit), shuningdek, og'iz bo'shlig'idagi boshqa infeksiyon yoki travmatik holatlar bilan bog'liq bo'ladi. Bu turdagi og'riqlar ko'pincha mahalliy xarakterga ega bo'lib, muayyan tish yoki sohadagi og'riq bilan cheklanadi. Bemor og'riqni chaynash, sovuq yoki issiq ichimlik ichish, tish ustiga bosim o'tkazish bilan bog'laydi.

Trigeminal nevrалgiya esa uch shoxli nervning (nervus trigeminus) bir yoki bir nechta bo'limining ta'sirlanishi natijasida yuzaga keladi. Og'riq o'tkir, chaqmoq singari, qisqa muddatli bo'lib, yuzning bir tomonida bo'ladi. Og'riq yuzning ma'lum nuqtalariga (trigger nuqtalar) tegilganda yoki oddiy harakatlar (gapirish, tish yuvish, hatto shamol esishi) bilan chaqiriladi. Bu holat bemorda jiddiy psixo-emotsional stressga olib keladi.

Tahlil uchun o'tkazilgan 60 nafar bemor ustida o'tkazilgan klinik tadqiqot natijalariga ko'ra, 30 nafari trigeminal nevrалgiya, 30 nafari esa stomatologik og'riqdan aziyat chekayotganlar deb aniqlangan. Trigeminal nevrалgiyaga

chalingan bemorlarning 83% holatda og‘riq bir tomonlama bo‘lib, asosan yuqori jag‘ (V2) yoki pastki jag‘ (V3) nervlari bo‘ylab tarqalgan. Stomatologik og‘riqlarda esa bemorlar ko‘pincha aniq bir tishni ko‘rsatgan, og‘riq esa muntazam va tishning ichida joylashgan.

Og‘riqning davomiyligi va boshlanishi ham sezilarli farq qiladi. Stomatologik og‘riq asta-sekin rivojlanadi, doimiy bo‘lishi mumkin, kechalari kuchayadi. Trigeminal nevralfiyada esa og‘riq to‘satdan boshlanadi, juda kuchli, ammo qisqa muddatli (bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha) bo‘ladi. MRI (magnit-rezonans tomografiya) tekshiruvlarida trigeminal nevralfiya bilan og‘rigan bemorlarning 60% dan ortig‘ida nervning tomir bilan siqilgan joylari aniqlangan. Aksincha, stomatologik og‘riqlarda rentgen tasvirlarda yallig‘langan tish to‘qimalari ko‘rinadi.

Shuningdek, stomatologik og‘riq davolashdan so‘ng tezda kamayadi yoki butunlay yo‘qoladi. Trigeminal nevralfiyada esa dorivor terapiya (karbamazepin, gabapentin va boshqalar) uzoq muddatli qo‘llanilishi zarur bo‘lib, ba‘zida jarrohlik aralashuvi ham talab qilinadi. Natijaviy jihatdan, tahlil shuni ko‘rsatadiki, ikki holat o‘rtasida simptomlarda o‘xshashlik bo‘lishiga qaramay, etiologiyasi, davolash usullari va og‘riq xarakteri jihatidan ular sezilarli darajada farqlanadi. Bu esa har ikki holatga nisbatan yondashuvni aniq belgilash zarurligini ko‘rsatadi.

Xulosa. Yuqoridagi tahlillar asosida stomatologik og‘riqlar va uch shoxli nerv nevralfiyasi o‘rtasidagi asosiy farqlarni aniqlash mumkin bo‘ldi. Ularning etiologiyasi, klinik belgilari va davolash yondashuvlari bir-biridan sezilarli farq qilishi, to‘g‘ri tashxis qo‘yish uchun chuqur bilim va tajribani talab etadi.

Tavsiyalar: Tibbiy xodimlar stomatologik shikoyatli bemorlar bilan ishlaganda nevralfik sabablarga ham e‘tibor qaratishlari zarur. Tibbiy ta‘lim muassasalarida bu ikki holatni farqlash bo‘yicha maxsus amaliy mashg‘ulotlar o‘tkazilishi lozim. MRI tekshiruvlarini trigeminal nevralfiya ehtimoli bo‘lgan bemorlarda erta bosqichda amalga oshirish og‘riqni kamaytirish va sifatli hayot kechirish imkonini beradi. Ixtisoslashgan stomatologlar va nevropatologlar o‘rtasida yaqin hamkorlik bo‘lishi lozim. Ushbu xulosa va tavsiyalar zamonaviy tibbiyot amaliyotida og‘riqni to‘g‘ri baholash, bemorga to‘g‘ri tashxis qo‘yish va samarali davolashni tashkil etishda muhim ahamiyatga ega.

## ***ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН***

*А.А. Ганиханов*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Введение:** Психические расстройства остаются одной из приоритетных проблем общественного здравоохранения, оказывая значительное влияние на качество жизни населения и социально-экономические показатели страны. В условиях трансформации системы здравоохранения и увеличения психосоциальных нагрузок особенно важно проводить мониторинг

распространённости и структуры психической заболеваемости для обоснования профилактических и лечебных мер.

**Актуальность:** Согласно официальным статистическим данным за 2024 год, в Республике Узбекистан было зарегистрировано 21 882 новых случая психических расстройств. Существенную долю в структуре заболеваемости составляют органические психические расстройства, включая старческую деменцию и психозы, ассоциированные с эпилепсией. Значительная распространённость психических заболеваний среди женщин и в определённых возрастных группах требует разработки адресных мер диагностики, профилактики и реабилитации.

**Цель исследования:** Определить структуру, половые и возрастные особенности заболеваемости психическими расстройствами в Республике Узбекистан по данным официальной статистики за **2024 год**.

**Методы исследования:** Проведён ретроспективный анализ данных государственной статистической отчётности, представленных в таблице «Оценка распространённости заболеваемости психическими заболеваниями в Республике Узбекистан» за 2024 год. Применялись методы описательной статистики для анализа абсолютных и относительных показателей распространённости заболеваний по полу и возрастным группам.

**Обсуждение:** Анализ показал, что среди всех зарегистрированных случаев психических расстройств ( $n=21\,882$ ) наибольший удельный вес приходился на органические заболевания, включая деменцию (4 309 случаев; 19,7%). Из них сосудистая деменция и старческие формы составили 562 случая, психозы вследствие эпилепсии — 619 случаев. Женщины составили 45% всех больных (9 834 случая), что указывает на высокую уязвимость женской части населения. В возрастной структуре доминировали дети 0–14 лет (7 238 случаев) и лица в возрасте 40–59 лет (4 006 случаев), что подчёркивает необходимость проведения ранней диагностики и медико-социальной поддержки в этих группах.

**Выводы:** Психические расстройства в Узбекистане в 2024 году демонстрируют высокую распространённость с выраженными гендерными и возрастными особенностями. Результаты исследования подтверждают необходимость системного подхода к мониторингу психического здоровья населения, с особым вниманием к женщинам, детям и лицам зрелого возраста. Эти данные должны служить основой для совершенствования стратегии охраны психического здоровья, включая профилактику, раннее выявление и мультидисциплинарную помощь.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Абдуллазизова У.С., Мусаева Ю.А.*

**Цель исследования:** изучение распространенности, особенности клинико-неврологических изменений, МРТ картины у больных с рассеянным склерозом в популяции Ферганской области.

**Материалы и методы:** Наблюдение за больными проведено на основе исследования 22 больных, возрастной обхват которых был от 16 до 46 лет, средний возраст составил 31 лет; 8 лиц мужского пола (36,36%) и 14 женского пола (63,63%). Начало болезни уточнялось по анамнезу больных и появившимися первыми симптомами. Следовательно у 9 больных начало болезни соответствовало второму десятилетию от 16 до 20 лет, у 7 к третьему десятилетию от 21 до 30 лет, и у 4 больных к четвертому десятилетию от 31 до 40 лет, у 2 больных пятому десятилетию от 41 до 46 лет. Проведено распределение больных по районам и статистический анализ заболеваемости относительно территории Ферганской области. По диагностическим критериям McDonald (2005) к первой критерии входили -7 (31,81%), второй- 6 (27,27%), третьей- 4 (18,18%), четвертой- 2 (9,09%), пятой- 1 (4,5%) больных. Так же у двух больных хотя и не обнаружались специфические очаги на МРТ картине был поставлен диагноз рассеянного склероза на основании двух обострений и клиническому течению болезни. У каждого больного выяснялось заболеваемость по Ковид 19, так же временное соотношение между Ковидом 19 и началом или же обострением рассеянного склероза. Клиническое обследование пациентов включало сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование и комплекс лабораторно инструментальных исследований с изучением биохимических, гематологических показателей. Инструментальные методы исследования включали МРТ головного мозга и спинного мозга.

**Результаты исследования.** Распределение больных по районам показало, что относительно большее число заболеваемости в Ташлакском районе (в 2 раза больше относительно других районов). У четверых больных болезнь началось после перенесённой коронавирусной инфекции и течение болезни двух из них было первично и вторично-прогредиентное. У 19 больных болезнь имело ремитирующее течение, лишь у двух больных вторично-прогредиентное, и у одного первично-прогредиентное течение. У женщин выявлялась тенденция к более мягкому течению заболевания. По формам заболевания больные распределились по следующему: цереброспинальная форма наблюдалась у 15 человек (68,18 %), церебральная — у 5 человек (22,72 %), спинальная — у 1 человек (4,5 %). Длительность болезни составила в среднем  $15,48 \pm 1,45$  лет, наименьшая

длительность составила 1 год, наибольшая — 25 лет. У большинства больных (82,8 % человек) длительность заболевания колебалась в пределах от 2 до 15 лет. Анализированы особенности клинического течения РС в зависимости от ведущих симптомов его дебюта. При дебюте заболевания со зрительных или двигательных нарушений с одинаковой частотой (15,6 %) выявлялось ремитирующее течение РС. Заболевание в этом случае начиналось в среднем в  $20,8 + 2,2$  года и в  $32,1 \pm 2,2$  года соответственно. При этом, длительная первая ремиссия (более 3-х лет) наблюдалась у 14,3 % больных. Самыми неблагоприятными в прогностическом отношении оказались начало заболевания с поражения черепно-мозговых нервов и полисимптомный дебют РС. В этих случаях преобладало вторично-прогрессирующее течение, а при полисимптомном дебюте наиболее часто по сравнению с другими вариантами начала заболевания встречалось самое неблагоприятное — первично-прогрессирующее течение (1 случай). Начало заболевания с координаторных нарушений не имело большого прогностического значения.

**Выводы.** Относительно большая заболеваемость в Ташлакском районе рассеянным склерозом требует выяснения причины и более глубокого изучения этнических и наследственных факторов у людей данной территории. COVID-19 может являться провоцирующим фактором развития рассеянного склероза в старших возрастных группах. У больных с клинически подтверждённым диагнозом, но без МРТ изменений надо провести дополнительные лабораторно-инструментальные исследования и проводить дальнейшее наблюдение за течением болезни и МРТ картины. Вероятность упущения заболеваемости в других районах требует повторного скрининга и уточнения распространенности рассеянного склероза.

### ***ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРУКТУРЕ И МОТИВАЦИИ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПОДРОСТКОВ***

*Абдуллаева В.К., Rogov A.B.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии,  
ТашПМи.*

**Актуальность.** Исследование особенностей несуйцидальных аутоагрессивных действий у подростков с учётом гендерных особенностей клинических проявлений заболевания представляет одну из важнейших задач практического здравоохранения. Феномен селфхарм - несуйцидальное самоповреждение (NSSI), приобретает все большие масштабы, особенно он распространён среди подростков, в настоящее время средний процент подростков, прибегавших к самоповреждению, составляет 10 – 13 % популяции.

**Цель:** изучить гендерные особенности клинических проявлений у пациентов с несуйцидальным поведением, учитывая влияние социальных, когнитивно-эмоциональных и личностных факторов.

**Материалы и методы исследования:** в исследование были включены 37 подростков в возрасте 15-18 лет с аутоагрессивным поведением, проходящих амбулаторное наблюдение в условиях ГПНД г. Ташкент. Из методов использованы катamnестический, Экспериментально-психологический (Патохарактерологический опросник (Личко А.Е) -Шкала суицидальных интенции (Пирса)-Шкала самооценки депрессии (Цунга).

**Результаты:** Исследуемая выборка была представлена - 19 девушек и 18 юношей. Из 37 обследованных больных у 65,1 % диагностирована «социализированное расстройство поведения», у 34,9% диагностирован депрессивный синдром. Сравнивая возрастные показатели у подростков, было выявлено преобладание у девушек более раннего возраста ( $15\pm 3,3$  лет) по сравнению с юношами ( $18\pm 2,32$  лет). Аутодеструктивное поведение с присутствием суицидальных мыслей в большинстве случаев наблюдалось у юношей, в то время как у девушек аутоагрессия носила в большей степени демонстративный характер. При анализе социально-бытовых условий выявлено, что у большинства (65,4%) не полные семьи. Триггерными механизмами аутоагрессивных эксцессов у подростков женского пола в основном являлись: недопонимания в семье 45,5%, буллинг в школах среди сверстников 32,2%. По данным исследования наследственной отягощенности наиболее распространенные были зависимость от алкоголя (23,3%), аффективные расстройства 16,4%, эндогенные заболевания 8,3 %, и у 6,5 % установлены родственники, у которых был завершённый суицид.

**Выводы:** таким образом нами было установлено что в клиническо-психопатологической картине несуйцидального аутодеструктивного поведения важную роль играет гендерные характеристики. Выявлено что триггерными механизмами аутоагрессивных эксцессов у девушек часто бывает не возможность реализации себя в семейном микросоциуме и недопонимания со стороны родителей.

## ***ПРЕМОРБИДНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ***

*Абдуллаева В.К., Рогов А.В., Холмуродовой М. Б.  
Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и  
психотерапии, ТашПМи.*

**Актуальность.** Согласно данным обзореваемой отечественной и зарубежной литературы, поведенческой девиации в той или иной степени подвержены от 45 до 64% молодых людей в возрасте 14-18 лет. Патогенез

девиантного поведения подростков сложен, но не смотря на этиологическое многообразие, в большинстве случаев, сводится к тому, что острая потребность подростков к самоопределению и самовыражению, в негативных условиях сталкивается с отсутствием благоприятной социальной обстановки, устойчивой системы ценностей, поддержки значимых лиц (сверстников, взрослых) что в свою очередь приводит к образованию патологических поведенческих паттернов. Зачастую в их основе лежит желание привлечь внимание, доказать свою значимость, самостоятельность, независимость, силу. Современные разработки этого вопроса не дают в полной степени ясной психопатологической картины девиантного поведения подростков, что оставляет большое поле для исследований в этой области, остаются малоизученными индивидуальные и групповые триггеры вызывающие патологические реакции.

**Цель исследования.** Изучить основные психопатологические преморбидные детерминанты подростковых поведенческих девиаций.

**Материалы и методы исследования.** обследовано 46 подростков в возрасте 16-18 лет проходящих амбулаторное наблюдение в условиях ГПНД г. Ташкент. Использованы катamnестический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологические методы исследования (1.Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) Иванов Н.Я., Личко А.Е., 2.Методика диагностики предрасположенности к конфликтному поведению К. Томаса (адаптация Н.В. Гришиной), 3. Методика диагностики типа акцентуации личности Леонгарда-Шмишека

**Результаты.** По данным нашего исследования психопатологическая наследственная отягощенность у подростков не наблюдалась в 48,3 % случаев, в 11,2 % данные выявить не удалось. Наиболее часто встречались зависимость от алкоголя (23,6%) и аффективные расстройства (21,4%). Реже встречались отягощенность пограничными (12,4%) и эндогенными (6,7%) расстройствами. В 6,7% случаев у родственников первой линии родства имелся завершённый суицид. В полных семьях воспитывалось 61,9% подростков. При этом имела более частая представленность дисгармоничных семейных взаимоотношений (69,1%). В ходе исследования было выявлено, что основной причиной суицидальных действий подростков в 26% случаев явились болезненные состояния (психозы - 10%, пограничные состояния - 15%, соматические заболевания - 1%), в 12% - трудная семейная ситуация, в 18% - сложная романтическая ситуация, в 15% - нездоровые отношения со сверстниками, особенно в неформальных группах, в 8% - нездоровые отношения со взрослыми, в 7% - боязнь ответственности и стыд за совершённое правонарушение, в 5% - употребление психоактивных веществ и в 9% - прочие, в том числе и невыясненные, причины. Отмечалось девиантное поведение в виде уходов из дома у 20,2% подростков.

**Выводы.** Таким образом, формирование девиантного поведения у подростков связано с наследственными психопатологическими факторами, микросоциальной средой, аддиктивным и девиантным поведением

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ С ДЕМОНСТРАЦИЕЙ ЦЕННОСТИ МР-СПЕКТРОСКОПИИ**

*Абдуолимов М.Х.<sup>1</sup>, Мурадимова А.Р.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> *врач-радиолог Ферганского областного многопрофильного медицинского центра, свободный соискатель ФМИОЗ*

<sup>2</sup> *заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

В литературе описан ряд примеров, демонстрирующих ценность МРС при инсульте. В исследовании Wagach и соавт., МР-спектроскопия была включена в стандартный протокол МРТ у пациентов в первые сутки после ишемического инсульта. Показательно, что в некоторых случаях лактат обнаруживался методом МРС даже раньше, чем очаг становился видимым на диффузионно-взвешенных изображениях, хотя в других наблюдениях его появление запаздывало. Этот факт подчеркивает, что метаболические нарушения могут проявиться ранее структурных изменений на ДВИ, свидетельствуя о высокой чувствительности МРС к ишемическому каскаду.

В другом исследовании (Munoz-Maniega и соавт., 2008) серийная MRSI проводилась у пациентов <24 ч от начала инсульта: было показано, что концентрация NAA остается относительно высокой в участках мозга с пограничными ишемическими изменениями, тогда как в зонах явного инфаркта NAA значительно ниже; при этом повышенный лактат отмечался и там, и там. Эти данные подтверждают, что часть метаболических сдвигов (накопление лактата) происходит уже на стадии пенумбры, в то время как падение NAA более специфично для необратимого инфаркта.

В совокупности результаты различных работ демонстрируют, что МР-спектроскопия способна отслеживать развитие ишемического повреждения во времени – от ранней пенумбры до сформированного некроза, – и тем самым *предсказывать эволюцию инфаркта с точки зрения патофизиологии.*

*Перспективы внедрения в рутинную практику*

Несмотря на значимый научный потенциал, широкое клиническое применение МРС при инсультах пока ограничено рядом факторов. Во-первых, проведение спектроскопии удлиняет время МР-исследования, что критично в условиях острого инсульта; кроме того, метод характеризуется относительно низким сигналом и невысоким пространственным разрешением, требующим крупных вокселей. Качество спектров может страдать из-за движений головы у

острых пациентов, а анализ полученных данных сложен и требует экспертных навыков. По этой причине МРС пока не вошла в стандартные протоколы неотложной диагностики инсульта. Тем не менее метод находит применение в отдельных клинических ситуациях и исследованиях.

Отмечается, что МРС особенно полезна в тех случаях, когда невозможно выполнить перфузионное МРТ – тогда наличие лактата на спектрах служит указанием на ишемию. Кроме того, МР-спектроскопию рассматривают как инструмент для научных и клинических испытаний, например, для мониторинга метаболических эффектов терапии и определения конечных точек в исследованиях нейропротекторов. В последнее время ведется работа над ускорением и усовершенствованием MRSI, чтобы сделать ее более совместимой с рутинной практикой. Уже продемонстрирована возможность выполнить 3D-MRSI всего мозга за 6–8 минут: так, Li и соавт. (2020) получили за 8 минут метаболические карты NAA и лактата почти во всем мозге (с вокселем ~2×3×3 мм), и показали, что в гипоперфузированных зонах, впоследствии превращавшихся в инфаркт, уровень лактата был значительно выше, чем в зонах, сумевших восстановиться. Одновременно концентрация NAA достоверно снижалась в окончательно инфарктированных областях по сравнению с обратимыми нарушениями. Эти достижения подтверждают принципиальную реализуемость быстрого метаболического картирования пенумбры.

Ожидается, что по мере дальнейшего прогресса технологий МРС сможет занять свое место в рутинном алгоритме ведения инсультов, предоставляя ценную информацию о метаболическом состоянии мозговой ткани и помогая более точно оценивать прогноз для пациента.

## **МРТ-СПЕКТРОСКОПИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ФИЗИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МР-СПЕКТРОСКОПИИ**

*Абдуолимов М.Х.<sup>1</sup>, Мурадимова А.Р.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> врач-радиолог Ферганского областного многопрофильного медицинского центра, свободный соискатель ФМИОЗ*

*<sup>2</sup> заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

Магнитно-резонансная спектроскопия (МРС) – это метод, дополняющий МР-томографию и позволяющий неинвазивно исследовать биохимический состав тканей мозга *in vivo*. Протонная МРС основана на явлении химического сдвига в ядерном магнитном резонансе: ядра водорода в разных молекулах резонируют на разных частотах, что дает возможность идентифицировать концентрации ряда метаболитов в заданной области мозга. В нормальном спектре головного мозга

наиболее выражен пик *N*-ацетиласпартата (НАА) ~2,0 ppm, отражающего содержание нейронов; заметны также пики креатина (~3,0 ppm, показатель энергетического обмена) и холинсодержащих соединений (~3,2 ppm, маркер мембранного обмена). Лактат (1,3 ppm) в норме практически не определяется, но появляется при патологических состояниях, сопровождающихся гипоксией и анаэробным метаболизмом. Для получения спектра применяются специальные последовательности (например, PRESS или STEAM) с подавлением сигнала воды; возможна локализация как из единственного вокселя, так и одновременное спектроскопическое картирование нескольких вокселей (MRSI). Обычно МРС выполняется на томографах 1,5–3,0 Тл; повышение напряженности поля до 3 Т улучшает соотношение сигнал/шум и разрешение спектра, позволяя отдельно количественно оценивать пересекающиеся пики метаболитов. Помимо протонной (<sup>1</sup>H) МРС, существует также <sup>31</sup>P-МРС (фосфорная), которая дает информацию об энергетическом статусе ткани мозга – уровнях АТФ, фосфокреатина, неорганического фосфата – и о внутриклеточном.

#### **Особенности применения МРС при остром ишемическом инсульте**

При остром ишемическом инсульте (ОИИ) МР-спектроскопия выявляет характерные патологические изменения метаболитов в зоне инфаркта. Наиболее часто отмечается снижение уровня *N*-ацетиласпартата, считающегося нейрональным маркером. Уменьшение НАА может наступать в течение нескольких часов от окклюзии сосуда и сохраняется в подострой и хронической фазах, отражая утрату жизнеспособных нейронов. Другим важным спектроскопическим признаком является появление и нарастание лактата, обусловленное переходом ишемизированной ткани на анаэробный гликолиз. Лактатовый пик способен возникать очень рано – данные экспериментов показывают, что он детектируется уже через считанные минуты после начала ишемии. Одновременно в пораженной области могут снижаться суммарные уровни холина и креатина, что, вероятно, связано с общим падением энергетического обмена и потерей клеточных элементов. Динамика этих метаболических изменений коррелирует с тяжестью ишемии: так, по оценкам, концентрация НАА в среднем уменьшается ~на 20% в первый час и до 50% в течение ~6 часов от начала инсульта при продолжающейся гипоперфузии.

#### **Диагностическая и прогностическая ценность метода**

МР-спектроскопия предоставляет уникальную информацию о патофизиологии инсульта, дополняя стандартные нейровизуализационные методы. В диагностическом плане обнаружение лактата служит четким индикатором ишемии мозга. Появление выраженного лактатового сигнала на МРС **подтверждает наличие анаэробного метаболизма** в ткани и потому особенно ценно, когда нет возможности выполнить перфузионное МР-исследование. Основная же ценность МРС – **прогностическая**, связанная с оценкой жизнеспособности тканей. Комбинация **сохраненного (нормального)**

уровня NAA при одновременном повышении лактата рассматривается как возможная «метаболическая подпись» ишемической пенумбры. Такой спектроскопический профиль означает, что нейроны в зоне ишемии еще структурно интактны (NAA не снижен), но испытывают тяжелый энергетический дефицит (наличие лактата) – т.е. ткань находится на грани инфаркта, но при быстром восстановлении кровотока может выжить. Напротив, в необратимо поврежденном ядре инфаркта обычно наблюдается резкое падение NAA (гибель нейронов) на фоне выраженного лактатного пика. Таким образом, МРС потенциально позволяет **дифференцировать обратимые ишемические изменения от необратимых** и уточнять границы пенумбры, дополняя критерии ДВИ-ПВИ mismatch, применяемые для идентификации спасаемой ткани. Результаты некоторых исследований подтверждают прогностическую значимость метаболических показателей: так, у пациентов с обширным острым инфарктом головного мозга наличие высокого уровня лактата в очаге ассоциировано с большим риском неблагоприятного исхода (большой объем окончательного инфаркта, худшее восстановление функций). В частности, было показано, что повышенное отношение *лактат/холин* в зоне инфаркта достоверно ухудшает прогноз и связано с неудовлетворительным функциональным восстановлением. В то же время следует учитывать, что по данным крупного метаанализа основной предиктор исхода – это объем повреждения мозга, тогда как концентрации отдельных метаболитов сами по себе уступают ему по прогностической силе. Поэтому МР-спектроскопию целесообразно рассматривать как важный дополнительный метод для оценки жизнеспособности и страдания ткани мозга, усиливающий общую прогностическую модель инсульта, но не заменяющий рутинные методы визуализации.

## ***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ У ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА С РАННЕГО ВОЗРАСТА***

*Алимова Ирода Анваровна  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

**Аннотация.** Уровень инвалидности детей, наряду с заболеваемостью и смертностью, являются ведущими показателями, которые характеризуют, с одной стороны состояние здоровья детского населения, а с другой – положение детей в стране. Они показывают уровень развития и эффективность деятельности государственных и негосударственных организаций, оказывающих помощь детям с инвалидностью, а также служб, ответственных за проведение политики по предупреждению инвалидности.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, доля тяжелой детской инвалидности в детской популяции составляет в мире около 2%.

Рост и высокая распространенность детской инвалидности обуславливают необходимость совершенствования профилактики на основе изучения и целенаправленного воздействия на основные факторы риска, ее формирующие.

**Ключевые слова.** Ранняя детская инвалидность, перинатальные патологии, служба раннего вмешательства, абилитация, реабилитация.

**Значимость исследования.** Сохраняющаяся тенденция и прогнозируемый рост числа детей с инвалидностью и детей с хроническими заболеваниями, в прогнозе, которого лежит инвалидность, могут создать серьезные социальные, экономические и психологические проблемы, как для самих детей с инвалидностью и их родных, так и для общества в целом, а это в свою очередь ставит под угрозу перспективы развития страны. Своевременное, комплексное, непрерывное проведение коррекционных мероприятий у детей с раннего возраста даёт положительный эффект в 90% случаев и способствует предупреждению вторичных нарушений. По данным исследований в структуре причин детской инвалидности первое место принадлежит болезням нервной системы и органам чувств, затем психические расстройства и врождённые аномалии, генетические заболевания и другие болезни. Статистика подтверждает, что более 2/3 всех инвалидизирующей патологии составляют невно-психические нарушения и болезни органов чувств.

**Цель и задачи исследования.** Ключевыми задачами в области охраны здоровья детей в Узбекистане являются осуществлению мер по обеспечению безопасного материнства и рождению здоровых детей, улучшение качественных показателей здоровья детей, а также раннее выявление и помощь детям с отклонениями в развитии.

**Методы исследования.** По статистическим данным по Ферганскому вилояту в 2023 году зарегистрировано 15470 детей с инвалидностью, 2024 году эта цифра составляет до 15512 детей. По Ферганскому вилояту в 2022 году детей с инвалидностью от 0-3-х лет зарегистрировано 2349, в 2023 году этот показатель составляет 2487 детей, в 2024 году показатель 2481 детей.

Анализ работы ряда детских поликлиник Ферганской области показал что существующие методы диспансерного наблюдения детей с перинатальным поражением ЦНС, отсутствие у большинства участковых педиатров знаний по оценке нервно-психического и физического развития недоношенных новорожденных, опыта наблюдения за детьми с сочетанной патологией, недостаточные организация и оснащение детских поликлиник современным медицинским оборудованием не позволяют осуществлять в полном объеме необходимые лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия новорожденным высокого неврологического риска.

Ранний возраст в жизни ребенка является важным периодом в развитии моторных функций, ориентировочно-познавательной деятельности, речи, формирования личности. Пластичность мозга в этот момент,

сенситивные периоды формирования эмоций, интеллекта, определяют большие потенциальные возможности коррекционной помощи.

Анализ применяемых на амбулаторном этапе традиционных программ лечения и оказания помощи детям раннего возраста с проблемами развития показывает, что в них не предусмотрен комплексный, междисциплинарный, семейно-центрированный, системно-продолжительный подход. Амбулаторный этап помощи детям с нарушениями развития не должен быть «мертвым сезоном» и в поликлинической педиатрии необходимо применять эффективные программы реабилитации и абилитации. Необходимо отметить, что в настоящее время крайне значимым моментом является адаптация абилитационной технологии раннего вмешательства к применению в амбулаторно-поликлинических условиях.

Внедрение в амбулаторную педиатрию реабилитации и абилитации по технологии раннего вмешательства призвано оказывать своевременную реабилитационную помощь детям раннего возраста с нарушениями развития на основе скоординированных действий междисциплинарной команды специалистов по детскому развитию: педиатра, детского невролога, психолога, спецпедагога (дефектолога) и реабилитолога (инструкторов ЛФК и массажистов).

Данное исследование поможет для реализации задач, поставленных в законах Республики Узбекистан «О правах лиц с инвалидностью» № ЗРУ -641 от 15 октября 2020 года, «О мерах по дальнейшему улучшению качества медико-социальных услуг, оказываемым лицам с инвалидностью» № ПП-5217 от 9 августа 2021 года, «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» №ЗРУ-695- от 7 июня 2021 года, «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы» № УП 60 от 28 января 2022 года, «Об утверждении стратегии социальной защиты населения республики Узбекистан» №УП-175 от 25 июля 2022 года, а также в других нормативно-правовых актах, касательно прав детей в Узбекистане.

До настоящего времени отсутствуют нормативные документы, в которых обозначены организационные аспекты деятельности первичной медико-санитарной службы по диспансеризации детей с высокого риска с раннего возраста, а также средства и методы профилактической и восстановительной работы с такими детьми в условиях детской поликлиники и на дому.

Поиск оптимальных путей совершенствования системы профилактики инвалидности детей высокого риска, в том числе с низкой массой при рождении в амбулаторных условиях и на дому (начиная с периода новорожденности) определили цель и задачи данного исследования.

Общая система медицинской профилактики детской инвалидности состоит из нескольких уровней:

- 1) Система мер охраны здоровья детей и беременных женщин;

2) Раннее выявление заболеваний у детей и оказание полноценной медицинской помощи;

3) Предупреждение инвалидизации детей, непосредственная реабилитация.

Медико-организационной проблемой профилактики детской инвалидности является повышение уровня профилактической работы с детьми практически здоровыми, детьми, имеющими различные отклонения в состоянии здоровья, а также высоко квалифицированной специализированной медицинской помощи больным детям с раннего возраста.

Основная задача здравоохранения в области профилактики инвалидности у детей состоит в предупреждении рождения детей, имеющих врожденные пороки развития. Это может быть достигнуто путем осуществления на современном уровне пренатальной диагностики и охвата ее всех беременных женщин. Но существуют дети, у которых в силу различных факторов, наличие перинатальной патологии развитие инвалидизации можно предупредить, обеспечив выявление среди них групп риска в отношении прогрессирующего ухудшения физического, соматического и психического здоровья. Большую роль в решении этой проблемы играет комплексная реабилитация, начатая своевременно и проводимая совместно командой специалистов и родителей.

Рост и высокая распространенность инвалидности обуславливают необходимость развития профилактики инвалидизации детей и медико-социальной помощи, являющейся основным звеном комплексной реабилитации и направленной на восстановление или развитие нарушенных функций с целью сокращения ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

Учитывая нозологическую структуру детской инвалидности, приоритетными мерами профилактики, являются планирование деторождения в наиболее оптимальные сроки, совершенствование организации и качества медицинской помощи беременным, женщинам во время родов, новорожденным, то есть развитие перинатальной службы, интенсивное внедрение основополагающих принципов в области перинатальных технологий.

**Вывод.** Основными направлениями в предупреждении инвалидности, реабилитации детей инвалидов должны быть следующие: пропаганда здорового образа жизни, профилактика алкоголизма, наркомании, токсикомании; внедрение новых технологий в перинатологию, обеспечивающих раннюю диагностику тяжелых перинатальных повреждений центральной нервной системы, и использование многофакторных компьютерных программ для прогнозирования формирования инвалидности у детей первого года жизни на всех этапах медицинского обслуживания; реализация в полном объеме мероприятий индивидуального комплексного

плана реабилитации, включающего раннюю комплексную медико-реабилитационную, медико-педагогическую, психологическую коррекцию с целью восстановления здоровья ребенка; обеспечение детей-инвалидов необходимым оборудованием, медикаментами, предметами ухода, вспомогательными специальными средствами, обеспечивающими им полноценные и комфортные условия жизни; организация обучающих школ для родителей с целью осуществления контроля за состоянием здоровья ребенка-инвалида и оказания необходимой доврачебной помощи; санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для детей-инвалидов с родителями; межведомственные мероприятия по реабилитации детей с инвалидностью с оказанием медицинской, медико-педагогической, психологической, юридической помощи, направленной на социальную адаптацию ребенка-инвалида в семье, обычной школе, обществе; своевременная диагностика, адекватная терапия, полноценное диспансерное наблюдение детей с хронической патологией; совершенствование службы медико-генетического консультирования, планирования семьи и репродукции для предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией, а так же больных вследствие патологического течения беременности и родов.

### ***БОЛАЛАРДАГИ ВЕРТЕБРОГЕН ОҒРИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШДА РЕАБИЛИТАЦИОН МУОЛАЖАЛАР ЭФФЕКТИВЛИГИНИ АНИҚЛАШ.***

*<sup>1</sup>Ахмаджон Абдумажруф Исоқ ўгли*

*<sup>2</sup>Ахмаджонов Давронбек Исоқ ўгли*

*<sup>1</sup>Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти Неврология ва  
Психиатрия кафедраси ассистенти*

*<sup>2</sup>Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти даволаш факултети 8-  
гуруҳ талабаси*

Болаларда вертеброген оғриқ синдромлари (ВОС) ўсиш даврида умуртқа поғонасининг деформациялари ва невромускуляр мувозанат бузилишлари билан боғлиқ ҳолда шаклланиб, жисмоний фаоллик ва ҳаёт сифатига жиддий таъсир кўрсатади. Ушбу синдромларни самарали бартараф этишда реабилитацион муолажалар муҳим аҳамият касб этади.

**Мақсад.** Комплекс реабилитацион муолажаларнинг болалардаги вертеброген оғриқ синдромларига таъсирини баҳолаш, клиник ва функционал кўрсаткичлар орқали самарадорлигини аниқлаш.

#### **Материаллар ва методлар**

Тадқиқот 7–15 ёшдаги 120 нафар болаларда ўтказилди. Уларда сколиоз, спина бифида ва мушакли қия бўй синдромлари аниқланган. Қатнашувчилар икки гуруҳга бўлинди:

- **Асосий гуруҳ (n=60):** комплекс реабилитация (кинезиотерапия, электромиостимуляция, массаж, психотерапия)

- **Назорат гуруҳи (n=60):** стандарт терапия

Баҳолаш учун куйидаги усуллар қўлланилди:

- Визуал аналог шкала (VAS) — оғриқ даражасини баҳолаш
- Гониометрия ва инклинометрия — ҳаракат амплитудаси
- Электронейромиография (ЭНМГ) — нейромушак ҳолати
- PedsQL — ҳаёт сифати индекси
- IPAQ — жисмоний фаоллик даражаси

### **Натижалар**

- Асосий гуруҳда 3 ва 6 ойдан сўнг оғриқ даражаси сезиларли даражада камайди (VAS 7→2.4 балл,  $p<0.01$ ).

- Гониометрия ва инклинометрия кўрсаткичлари бўйича ҳаракат амплитудаси ўртача 30–40% га ошди.

- ЭНМГ натижаларида импульс ўтиш тезлиги яхшиланиши ва амплитуда ошиши кузатилди.

- Назорат гуруҳида бундай ўзгаришлар статистик аҳамиятга эга эмасди.

- PedsQL кўрсаткичлари асосий гуруҳда 20–25% га яхшиланди (талафотсиз ҳаёт сифати).

### **Хулоса**

Комплекс реабилитацион муолажалар болалардаги вертеброген оғриқ синдромларини бартараф этишда самарали ҳисобланади. Ушбу ёндашув оғриқ даражасини камайтиради, ҳаракат фаолиятини тиклайди ва болаларнинг ҳаёт сифати ва ижтимоий адаптациясини яхшилади.

### **Амалий аҳамияти**

Мазкур тадқиқот асосида болаларда ВОС ни даволашда индивидуаллаштирилган реабилитация дастурларини жорий этиш зарурлиги тасдиқланди. Кенг қўламли скрининг ва реабилитация марказларини болалар учун адаптация қилиш самарадорликни янада оширади.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ**

<sup>1</sup>Ахмаджон Абдумажруф исок угли

<sup>2</sup>Мавлянова Зилола Фархадовна

<sup>1</sup>Ферганский общественный медицинский институт здоровья

<sup>2</sup>Самаркандский государственный медицинский институт

**Введение.** Вертеброгенные болевые синдромы у детей представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, так как могут вызывать снижение двигательной активности, формирование неправильной осанки и

ухудшение общего качества жизни. В раннем возрасте нарушение мышечного тонуса спины и начальные деформации позвоночного столба склонны к прогрессированию, что приводит к развитию хронической боли и ограничению функциональных возможностей. Своевременная разработка и клиническое внедрение эффективных реабилитационных программ имеет важное значение для современной педиатрической и восстановительной медицины. Целью таких программ является коррекция осанки, укрепление мышечного каркаса туловища и профилактика дальнейших осложнений. Современные диагностические методы, включая электромиографию (ЭМГ), ультразвуковую визуализацию мышц и стандартизированные шкалы оценки качества жизни, позволяют объективно контролировать состояние опорно-двигательного аппарата и отслеживать эффективность проводимой терапии.

Комплексная реабилитация, основанная на применении кинезиотерапии, физиотерапевтических процедур и индивидуально подобранных лечебных упражнений, способствует торможению патологических процессов в позвоночнике и улучшению функционального состояния детей с вертеброгенными расстройствами.

В представленной работе проанализированы результаты применения комплексной реабилитационной программы у детей, страдающих различными формами вертеброгенного болевого синдрома, включая сколиоз, мышечную кривошею и *spina bifida*. Особое внимание уделено динамике функциональных параметров и показателей качества жизни, что позволило объективно оценить эффективность предложенного терапевтического подхода.

**Цель исследования.** Оценить эффективность программы реабилитации у детей 7–15 лет с различными патологиями позвоночника на основе сравнительного анализа динамики функциональных показателей до и после реабилитации.

**Материалы и методы.** Исследование включало 112 детей, разделенных на 4 группы: Группа 1 – дети со сколиозом ( $n = 3$ ), группа 2 – дети с мышечной кривошеей ( $n = 28$ ), группа 3 – дети с *spina bifida* ( $n = 23$ ), группа 4 (контрольная) – практически здоровые дети ( $n = 25$ ). Методы оценки: гониометрия позвоночника (подвижность), тест Адамса (асимметрия осанки), шкала качества жизни SRS-22, электромиография (ЭМГ) для оценки мышечного тонуса, ультразвуковая диагностика (УЗИ) мышц спины.

**Результаты.** После прохождения реабилитационной программы в группе детей со сколиозом отмечено значительное улучшение подвижности позвоночника (+18%), уменьшение угла искривления на 22% и рост показателей качества жизни на 20%. У детей с мышечной кривошеей произошли позитивные изменения в подвижности шеи (+15%) и снижении асимметрии осанки ( $\downarrow$  на 25%). В группе *spina bifida* улучшились нейромышечные параметры, включая повышение мышечного тонуса (+15%)

и снижение асимметрии осанки ( $\downarrow$  на 18%). В контрольной группе значимых изменений не выявлено.

**Выводы.** Проведённая реабилитационная программа показала значительную клиническую эффективность, обеспечив положительную динамику в функциональном состоянии позвоночника и спинной мускулатуры у детей с вертеброгенными нарушениями. Применение многоуровневой диагностики в сочетании с персонализированным подходом к восстановлению способствовало замедлению прогрессирования патологических изменений и существенному улучшению показателей качества жизни пациентов.

Результаты данного исследования подчёркивают важность раннего выявления и своевременного вмешательства при нарушениях опорно-двигательного аппарата в детском возрасте. Представленные данные могут быть использованы как основа для совершенствования действующих реабилитационных протоколов и внедрения более эффективных лечебно-восстановительных мероприятий в практике педиатрической ортопедии и медицинской реабилитации.

### **КОМПЛЕКСНАЯ БАЛЬНЕО- И ТЕПЛОТЕРАПИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СУСТАВОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА**

*Бутабоев М.Т.*

*к.м.н., доцент, заведующий кафедрой реабилитологии, спортивной  
медицины, народной медицины и физического воспитания,  
АГМИ, Узбекистан*

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов (ДДЗС) остаются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, охватывающей широкие возрастные и профессиональные группы. Несмотря на развитие фармакотерапии, методы физиолечения сохраняют важную роль в реабилитации пациентов с хроническими формами суставной патологии. Настоящее исследование основано на клинических данных 180 пациентов, проходивших курс комплексной бальнео- и теплотерапии в условиях физиотерапевтического отделения клиники Андижанского государственного медицинского института в 2021–2024 гг.

Ключевые слова: дистрофические заболевания суставов, бальнеотерапия, парафин, теплогрунтотерапия, реабилитация.

#### **Материалы и методы**

Пациенты (102 мужчины, 78 женщин) были распределены по возрастным группам от 19 до 65+ лет. Основные причины заболевания: переохлаждение (30%), физическое перенапряжение (22%), травмы (20%),

инфекции (13%), невыясненные — 15%. Локализация патологического процесса: нижние конечности — 61%, верхние конечности — 16%, множественные поражения — 23%. У большинства пациентов (77%) заболевание имело среднетяжёлое течение.

Применялись:

-**Хлоридно-натриево-кальциево-магниевая вода** (17,38 г/л, 36 °С, 8 ванн через день, 10–12 мин);

-**Парафиновые аппликации** (143 больных, 45–50 °С, 15–20 мин, курс 10 процедур);

-**Теплогрунтотерапия** (76 больных, ежедневные прогулки по горячему грунту на полигоне 200×100 м, 30–45 мин в течение 10 дней).

### **Результаты**

У большинства больных отмечено значительное снижение болевого синдрома, восстановление функции суставов и общее улучшение самочувствия. Особенно высокая эффективность отмечена при сочетании бальнеотерапии и теплогрунтотерапии. Клинический эффект сохранялся в течение 8–18 месяцев у 68% наблюдаемых. Побочных реакций не зафиксировано.

### **Заключение**

Комплексное применение бальнео- и теплотерапии при дистрофических поражениях суставов патогенетически обосновано и обладает высоким терапевтическим и профилактическим потенциалом. Метод может быть рекомендован как часть стандартных реабилитационных программ в условиях физиотерапевтических отделений.

## ***КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ***

*Валиев Р.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс взаимосвязанных метаболических нарушений, включающих абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию. Эти нарушения существенно повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа. Особую озабоченность вызывает рост частоты МС среди работников сферы образования — преподавателей, чья профессиональная деятельность связана с гиподинамией, хроническим стрессом и нерегулярным питанием.

Целью настоящего исследования явилась комплексная диагностика и разработка персонализированной программы реабилитации преподавателей с признаками метаболического синдрома. В исследование были включены 100–150 преподавателей различных учебных заведений Андижанской области. Методика включала антропометрическую оценку (ИМТ, окружность талии),

биохимические исследования (глюкоза крови, липидный профиль), а также психологическую диагностику уровня стресса и эмоционального выгорания.

Результаты показали высокую распространённость метаболического синдрома среди женской части выборки. Это подтверждает необходимость гендерно-чувствительных медицинских подходов, соответствующих национальной стратегии Узбекистана по обеспечению гендерного равенства и охране репродуктивного здоровья. Более 60% участниц имели как минимум три критерия МС согласно классификации IDF.

На основе полученных данных была разработана индивидуализированная программа реабилитации, включающая:

- дозированную физическую активность (аэробные упражнения, ЛФК),
- физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, электростимуляция),
- обучение методам управления стрессом (аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика),
- коррекцию питания с учётом калорийности и микроэлементного состава пищи.

Спустя 6 месяцев после начала вмешательства у большинства участников наблюдалось снижение массы тела на 5–10%, нормализация уровня глюкозы и липидов, уменьшение субъективного уровня стресса, а также улучшение общего психоэмоционального состояния.

Таким образом, полученные данные демонстрируют высокую эффективность комплексного реабилитационного подхода к профилактике и коррекции метаболического синдрома у педагогических работников. Предложенная модель может быть адаптирована для других категорий населения с высоким риском хронических неинфекционных заболеваний. Результаты исследования подтверждают необходимость междисциплинарного подхода, включающего медицинские, психологические и социальные аспекты укрепления здоровья.

## ***ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ***

*Ирмухамедов Т.Б., Рогов А.В.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии,  
ТашПМИ*

**Актуальность.** При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первазивные нарушения в становлении психических функций (Ирмухамедов Т.Б. 2020 г). Проблемы детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении способности адекватно реализовать задатки

сенсомоторного, речевого, умственного развития в социальном и эмоциональном взаимодействии с близкими и активном освоении среды. (Рогов А.В. 2019 г.)

**Цель:** Изучение клинико-психопатологических аспектов когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра.

**Материалы и методы исследования.** В ходе работы было обследовано 47 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 13 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе.

**Результаты и обсуждение.** Было установлено, что в большинстве случаев (73,2%) двигательные навыки формировались соответственно возрастным нормативам, преобладание нормального моторного развития в преморбитном периоде наблюдалось во всех группах. Значительно чаще (79,6%) нормальное моторное развитие на первом году жизни отмечалось среди здоровых детей. Искажения в развитии речи в доманифестном периоде наблюдались в большинстве случаев (78,6%). В группе с тяжелой задержкой психического развития отставание составляло от 5% до 12,6%. Для этой группы была характерна выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер и дезинтеграция преимущественно в развитии исполнительных когнитивных функций. На максимально низком уровне было развитие подражания, исполнительных и вербальных когнитивных функций, экспрессивной речи. Большинство детей основной группы произносили фразы только в состоянии эмоционального напряжения или вообще не пользовались фразовой речью, наблюдалось общее недоразвитие речи.

**Выводы.** Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения при расстройствах аутистического спектра, выражающиеся в расстройствах социализации, коммуникации, уменьшаются с возрастом даже без обращения за помощью к специалисту.

## ***КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ***

*Исаков М.У., Муминов Р.К., Рахимов А.А.*

*Кафедра психиатрии, наркологии,*

*медицинской психологии и психотерапии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Психосоматические расстройства (ПСР) представляют собой группу заболеваний, в этиологии и патогенезе которых ведущую роль играют психологические и эмоциональные факторы. По данным ВОЗ, до 60%

пациентов, обращающихся к врачам общей практики, имеют проявления психосоматики. В условиях амбулаторной службы именно врачи первичного звена чаще всего сталкиваются с такими пациентами, при этом диагностика и лечение ПСР осложнены из-за многообразия клинических масок и стереотипа «телесного» мышления у пациентов.

**Цель исследования.** Определить основные принципы комплексного подхода к лечению психосоматических расстройств в амбулаторной практике, оценить эффективность сочетания медикаментозной, психотерапевтической и профилактической помощи.

**Материалы и методы исследования.** Настоящее исследование было направлено на изучение эффективности комплексного подхода к лечению психосоматических расстройств у взрослых пациентов в условиях амбулаторной медицинской практики. Оно носило **проспективный сравнительный характер** и проводилось на базе городского амбулаторно-поликлинического учреждения в течение 6 месяцев.

В исследование были включены **96 пациентов** в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст —  $39,7 \pm 5,2$  года), обратившихся за медицинской помощью с жалобами, соответствующими клиническим критериям психосоматических расстройств. Из общего числа пациентов **62 (64,6%) были женщины, 34 (35,4%) — мужчины**. Отбор пациентов производился по принципу добровольного информированного согласия.

**Результаты исследования.** В исследовании участвовали 96 взрослых пациентов с различными психосоматическими расстройствами. Чаще всего встречались следующие заболевания: гипертония, язвенная болезнь, синдром раздражённого кишечника, кожные высыпания (экзема и псориаз), а также головные боли напряжения. Женщин было больше — около двух третей всех пациентов.

Большинство пациентов страдали от тревожности, подавленного настроения, хронической усталости и множества телесных жалоб, которые плохо поддавались обычному лечению у терапевта, гастроэнтеролога или невролога.

Все участники были разделены на две группы:

**Первая группа** получала полноценную помощь: не только лекарства, но и психотерапевтические беседы, дыхательные упражнения, обучающие занятия, где объясняли, как стресс влияет на здоровье.

**Вторая группа** лечилась только медикаментами, как это обычно бывает в поликлинике.

Через три месяца стало ясно, что у первой группы результаты были значительно лучше: У большинства значительно уменьшились боли и неприятные телесные ощущения; Уровень тревоги и стресса снизился в 2 раза.

Люди стали меньше обращаться к врачам и лучше себя чувствовали.

Более 80% пациентов из первой группы были довольны лечением и отметили улучшение сна, настроения и работоспособности.

Во второй группе, где применялись только лекарства, улучшения тоже были, но они были слабее. Многие пациенты продолжали жаловаться на боли и усталость.

Таким образом, исследование показало, что сочетание лекарств, психотерапии и обучающих методов помогает людям с психосоматическими расстройствами намного эффективнее, чем только медикаментозное лечение.

**Вывод.** Комплексный подход к лечению психосоматических расстройств в амбулаторных условиях требует интеграции психотерапевтических, фармакологических и превентивных вмешательств. Акцент на биопсихосоциальной модели позволяет повысить эффективность терапии, улучшить прогноз и сократить риск рецидивов.

## **ИНТЕГРАЦИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В МОДЕРНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Каримов А.Х., Мирзаев А.А., Мадаминов О.А.  
Кафедра психиатрии, наркологии,  
медицинской психологии и психотерапии  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Актуальность темы обусловлена необходимостью повышения качества подготовки медицинских кадров в условиях стремительно меняющихся реалий здравоохранения. Современная медицина требует от врача не только глубоких клинических знаний, но и способности мыслить системно, взаимодействовать с представителями других дисциплин, владеть цифровыми технологиями, понимать основы менеджмента и биоэтики. В условиях перехода к персонализированной и профилактически ориентированной медицине традиционное дисциплинарное обучение уже не отвечает требованиям времени. В этой связи внедрение междисциплинарного подхода становится важным направлением модернизации медицинского образования.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является изучение эффективности междисциплинарного подхода в медицинском образовании, выявление его преимуществ и трудностей реализации, а также определение перспектив его дальнейшего применения в учебных планах медицинских вузов.

**Материалы и методы исследования.** В качестве материалов и методов исследования использованы: обзор нормативных документов и образовательных стандартов (ВОЗ, WFME, национальные модели), анализ

существующих практик в ряде медицинских вузов (Узбекистан, Германия, Канада), анкетирование студентов старших курсов и преподавателей (n=78), а также экспертные интервью с организаторами учебного процесса. Методологическую основу составили элементы сравнительного анализа, контент-анализа и обобщения практического опыта.

**Результаты исследования.** По результатам исследования установлено, что большинство студентов положительно оценивают внедрение интегрированных курсов (73%), особенно в клинических дисциплинах, где комбинируются знания по физиологии, патологии, фармакологии и клинике. Преподаватели отмечают рост интереса студентов к предмету при использовании симуляционного и кейс-обучения, где задействуются смежные знания. Наиболее успешными оказались модули по неотложной медицине, биоэтике, медицинскому праву и цифровым технологиям в здравоохранении. Основные трудности связаны с отсутствием методических материалов, слабой координацией между кафедрами и недостаточной ИТ-инфраструктурой.

**Вывод.** Таким образом, интеграция междисциплинарного подхода доказала свою эффективность в формировании у студентов системного клинического мышления и навыков межпрофессионального взаимодействия. Для дальнейшего развития данного направления необходимо создание межкафедральных учебных платформ, обучение преподавателей новым методикам, а также внедрение модульных интегративных курсов, соответствующих международным образовательным требованиям.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ**

*Козимжонова И.Ф., Мирзаев А.А., Усманова М.Б.  
Кафедра психиатрии, наркологии,  
медицинской психологии и психотерапии  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Введение.** Пограничное расстройство личности (ПРЛ) — это серьёзное психическое расстройство, которое сопровождается нестабильностью настроения, импульсивностью, нарушениями в межличностных отношениях и частыми суицидальными мыслями или действиями. У людей с этим расстройством риск повторных (рецидивирующих) суицидальных попыток особенно высок. По статистике, от 60 до 80% пациентов с ПРЛ хотя бы раз в жизни совершают суицидальную попытку, а около 10% завершают жизнь самоубийством.

**Цель исследования.** Выявить особенности рецидивирующего суицидального поведения у взрослых с пограничным расстройством

личности и оценить эффективность комплексной профилактической программы, включающей психотерапевтические, медикаментозные и социальные вмешательства, в снижении частоты повторных суицидальных действий.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось с целью оценки эффективности комплексной профилактики повторных суицидальных действий у взрослых пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Исследование имело **наблюдательно-сравнительный и частично интервенционный характер**, с длительностью наблюдения 6 месяцев.

**Результаты исследования.** В исследовании участвовали 60 взрослых пациентов с диагнозом пограничного расстройства личности. Все они хотя бы один раз в прошлом совершали попытку суицида. Пациенты были разделены на две равные группы: первая — получала только стандартную помощь (в основном медикаменты и редкие консультации), вторая — проходила комплексную профилактическую программу, включающую регулярную психотерапию, обучение навыкам саморегуляции, помощь психолога и медикаментозную поддержку.

После 6 месяцев наблюдения были получены следующие результаты:

**В основной группе (с профилактикой) только 2 человека (6,7%)** совершили повторную суицидальную попытку.

**В контрольной группе (без профилактики) такие действия были у 9 человек (30%).**

Это означает, что в группе с комплексной профилактикой риск повторного суицида был почти в **5 раз ниже**.

Кроме того, у пациентов из основной группы: снизился уровень тревоги и депрессии; улучшился контроль над импульсивными поступками; повысилось общее настроение и уверенность в себе; многие начали лучше справляться с конфликтами и стрессами.

Более 80% участников из основной группы отметили, что впервые почувствовали реальную поддержку и поняли, как управлять своими эмоциями, чтобы не доходить до отчаяния.

В контрольной группе улучшения были слабее. Большинство пациентов продолжали испытывать чувство одиночества, раздражительности и эмоциональной нестабильности, а также часто прерывали медикаментозное лечение.

Предотвратить повторные суицидальные действия у людей с пограничным расстройством личности возможно. Для этого необходимо объединить усилия врачей, психологов, семьи и самого пациента. Комплексный подход, сочетающий психотерапию, медикаментозную поддержку и социальную помощь, позволяет не только сохранить жизнь, но и значительно улучшить её качество.

**Вывод.** Комплексная профилактика повторных суицидальных действий у людей с пограничным расстройством личности значительно эффективнее обычного лечения. Регулярная психотерапия, обучение навыкам самоконтроля, поддержка семьи и доступность помощи снижают риск рецидива, улучшают эмоциональное состояние и помогают пациенту выстраивать более устойчивую и безопасную жизнь.

## ***ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ***

*Махмутов Р.Х.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

**Актуальность.** Значимость проблемы психических нарушений при кожной патологии определяется утяжелением течения современных дерматозов с развитием хронических, часто рецидивирующих, диссеминированных клинических форм. Согласно многочисленным исследованиям около 20-40% всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения.

**Цель исследования.** Определить характер психических расстройств у больных с различными кожными заболеваниями.

**Материал и методы.** В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре дерматологии и венерологии МЗ РУз нами обследованы 120 больных, различными дерматологическими заболеваниями, из них 80 мужчин и 40 женщин в возрасте от 16 до 65 лет. В процессе исследования помимо клинико-психопатологического метода были использованы Торонтская алекситимическая шкала, Бехтеревская шкала оценки депрессии, а также шкала самооценки реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру-Ханину.

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования у 60% больных было выявлено наличие умеренной реактивной и высокой личностной тревожности. У 15% всех обследуемых отмечалась депрессия на субклиническом уровне. Обращает на себя внимание, что более чем у 1/3 пациентов обнаружена причинно-следственная связь манифеста и обострений кожных заболеваний с психотравмирующей ситуацией.

**Выводы.** Данные исследования свидетельствуют о наличии психических расстройств у большинства обследуемых, а также влияние психотравмирующих факторов на возникновение и прогноз кожной патологии. Таким образом, в комплекс лечебных мер необходимо включить как медикаментозную коррекцию психотропными препаратами, так и психотерапевтические мероприятия.

## **ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОРАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ РОДСТВЕННИКОВ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ**

*Муминов Р.К., Мирзаев А.А., Азимова Г.А.  
Кафедра психиатрии, наркологии,  
медицинской психологии и психотерапии  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Близкородственные (инбридные) браки увеличивают риск рождения детей с врождёнными генетическими и нейропсихическими нарушениями. При кровнородственном родстве первого порядка (например, брак между двоюродными братом и сестрой) существенно возрастает вероятность аутосомно-рецессивной передачи заболеваний. Наряду с соматическими и неврологическими патологиями, у этих детей чаще наблюдаются задержки речевого, когнитивного и эмоционального развития, а также более высокий риск аутистических спектров и интеллектуальной недостаточности.

В условиях нарастания социально-генетических рисков, особенно в регионах с высокой частотой инбридных браков, крайне важна ранняя диагностика и коррекционная помощь детям с отягощённой наследственностью.

**Цель работы.** Изучить особенности раннего психического развития у детей, рождённых от близких родственников, и определить оптимальные стратегии их диагностики и коррекции.

**Материалы и методы исследования.** В рамках исследования были обследованы **50 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет**, рождённых в семьях, где родители являются близкими родственниками (двоюродные брат и сестра, дядя и племянница и т.д.). Основная цель — выявить, как часто у таких детей встречаются отклонения в психическом развитии и насколько эффективно можно помочь им с помощью ранней коррекции.

Все дети наблюдались в условиях **детского психоневрологического центра и дошкольных учреждений с коррекционными группами**. Обследование проводилось в течение **одного года**.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 50 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, рождённых в семьях, где родители являются близкими родственниками. После обследования были получены следующие результаты:

### **1. Нарушения психоразвития встречались часто**

У 34 детей (68%) были выявлены различные формы отставания в развитии: У 20 детей (40%) наблюдалась **задержка речевого развития** — ребёнок говорил мало или совсем не говорил в возрасте, когда уже должен был использовать фразы; У 15 детей (30%) выявлена **задержка моторного**

**развития** — поздно начали сидеть, ходить, двигались неуверенно; У 18 детей (36%) были **трудности с вниманием, эмоциональной реакцией и взаимодействием с другими** — такие дети часто избегали контакта, капризничали, плохо адаптировались к группе.

Некоторые дети имели сразу несколько видов нарушений.

## **2. Генетические риски подтверждались**

У 11 детей (22%) после консультации генетика были предположены или подтверждены редкие генетические синдромы, передающиеся по наследству (например, синдромы с умственной отсталостью, микроцефалией и др.).

## **3. Ранняя коррекция дала положительный эффект**

Из 20 детей, которые проходили регулярные коррекционные занятия в течение 6 месяцев: У 13 детей (65%) было отмечено **заметное улучшение**: дети стали активнее, начали лучше говорить, интересоваться окружающими, легче выполнять задания; У 5 детей (25%) наблюдалось **умеренное улучшение** — изменения были, но сохранялись трудности с поведением и речью; Только у 2 детей (10%) **улучшения были минимальными** — требовалось более длительное и углублённое вмешательство.

## **4. Родители стали лучше понимать своих детей**

После занятий и участия в обучающих беседах, большинство родителей начали активнее помогать ребёнку дома — играли, читали, разговаривали. Это также способствовало лучшим результатам в развитии.

**Вывод.** Дети, рождённые в близкородственных браках, действительно имеют более высокий риск задержек психического развития. Однако при своевременном выявлении проблем и раннем вмешательстве (коррекционные занятия, поддержка семьи) — можно добиться значительного прогресса. Чем раньше начата помощь, тем выше шансы на нормализацию развития и адаптацию ребёнка к жизни и обществу.

## **МИГРЕНОЗНЫЙ ИНСУЛЬТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

*Мурадимова А.Р., Абдулхафизов А.А.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

*Ферганский филиал республиканского центра экстренной  
медицинской помощи*

**Актуальность.** Мигренозный инсульт – это редкое сочетание часто встречающихся заболеваний, в отечественной литературе описаны лишь единичные наблюдения. Сложность дифференциальной диагностики связана с тем, что на этапе начальных проявлений эти два состояния могут имитировать друг друга. Лечебная тактика и дальнейшая профилактика при каждом из этих заболеваний различны, поэтому так важна своевременная и убедительная диагностика на ранних этапах.

**Цель исследования.** Определить характер расстройств у больных с мигренью приводящих к инсульту.

**Материал и методы.** В Ферганском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз нами обследованы 10 больных с различными проявлениями мигрени, из них 6 мужчин и 4 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. В процессе исследования применены МРТ головного мозга, КТ-ангиография сосудов головы и шеи, ультразвуковое исследование сердца и другие.

**Результаты и обсуждение.** Обследованные пациенты — люди разного возраста, длительно страдающие частыми приступами мигрени; инфаркт мозга развился в бассейне задней циркуляции (на территории задней мозговой артерии). Тщательное обследование позволило исключить наличие кардиоваскулярных факторов риска и других причин ишемического инсульта. Особенностью описанных нами случаев является то, что у пациентов инсульт со стойкой неврологической симптоматикой развился во время типичной мигренозной атаки без ауры, и тщательный опрос пациентов не выявил наличия приступов мигрени с аурой в анамнезе. У пациентов сохранялся резидуальный неврологический дефицит. В целом, по литературным данным, функциональный исход после мигренозного инсульта благоприятный, за исключением одного случая фатального исхода. Ретроспективное исследование показало полное восстановление у 47,9 % и уменьшение неврологического дефицита в 18,5 % случаев, хотя дефект поля зрения сохранялся при тяжелых инфарктах в затылочной доле.

**Выводы.** Диагноз «мигренозный инсульт» является трудным диагнозом для клинициста, так как требует исключения многих патологических состояний, которые потенциально могут быть причиной инсульта, особенно у молодых пациентов: различные гиперкоагуляционные состояния, дефект овального окна, аутоиммунные состояния, расслоение артерий и др. Взаимосвязь мигрени, головной боли и инсульта является сложной. Мигрень — очень частое заболевание, и пациент, страдающий мигренью, может иметь и другие причины развития инсульта. Головная боль может быть и следствием инсульта, и простым совпадением с инсультом, но диагноз мигренозного инсульта может быть установлен только когда у пациента с мигренью в анамнезе инфаркт мозга развивается во время типичной мигренозной атаки. Важной задачей является выявление факторов, увеличивающих риск мигренозного инсульта. Одним из таких факторов может быть высокая частота и интенсивность атак. Важно отметить, что купирование атак с применением триптанов и препаратов эрготамина у таких пациентов не рекомендовано. Также молодым женщинам следует избегать приема гормональных контрацептивов. Будущие исследования покажут, будет ли эффективный контроль частоты приступов способствовать снижению риска мигренозного инсульта.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ МИГРЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА

*Мурадинова А.Р., Абдулхафизов А.А.*

*Ферганский медицинский институт общественного здоровья  
Свободный соискатель Ферганский медицинский институт общественного  
здоровья, врач-невролог Ферганского филиала Республиканского центра  
экстренной медицинской помощи*

Мигрень представляет собой одно из наиболее распространённых и социально значимых заболеваний, привлекающее всё большее внимание не только неврологов, но и терапевтов, кардиологов, семейных врачей и специалистов других медицинских направлений. По данным эпидемиологических исследований, мигрень встречается с большей частотой, чем некоторые тяжёлые хронические патологии, такие как сахарный диабет и бронхиальная астма. В среднем, около 12 % мирового населения страдают от мигрени.

Мигрень классифицируется как первичная эпизодическая форма головной боли, характеризующаяся интенсивными, преимущественно односторонними приступами, сопровождающимися разнообразными неврологическими, гастроинтестинальными и вегетативными симптомами. Это комплексное заболевание с гетерогенной клинической картиной, которое остаётся труднодиагностируемым и сложно поддаётся терапии во всех странах мира. Мигрень оказывает значительное негативное влияние на качество жизни пациентов, социальные и семейные отношения, а также приводит к существенным прямым и косвенным экономическим потерям.

Распространённость мигрени в Европе и США варьирует у женщин от 11 до 25 %, у мужчин — от 4 до 10 %. При этом 92 % женщин и 89 % мужчин, страдающих мигренью, испытывают значительные трудности в повседневной деятельности, при этом около половины пациентов вынуждены соблюдать постельный режим в периоды тяжёлых приступов. Среди лиц с мигренью 78 % отмечают снижение продуктивности в профессиональной деятельности, 67 % — ограничение участия в семейных делах, а у 59 % существенно нарушается качество досуга. В 2000 году мигрень была включена в перечень заболеваний глобального значения, оказывающих значительное бремя на здоровье населения (Global Burden of Disease, 2000), что обусловлено как высокой распространённостью, так и выраженным воздействием на качество жизни больных. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мигрень входит в двадцатку ведущих причин, вызывающих значительные нарушения социальной адаптации пациентов.

Глобальный обзор бремени заболеваний 2015 года показал, что мигрень занимает шестое место среди специфических причин нетрудоспособности и первое место среди неврологических заболеваний. По

последним данным Глобального обзора 2016 года, численность пациентов с мигренью составляет около одного миллиарда человек во всём мире.

Клиническая картина мигрени характеризуется вариабельностью частоты, длительности и интенсивности приступов, широким спектром ведущих симптомов, а также индивидуальными провоцирующими факторами. У женщин одним из ключевых триггеров является менструация. Гормональные изменения, связанные с менархе, беременностью, лактацией и менопаузой, сопровождаются изменениями паттернов и частоты мигренозных приступов. Женские половые гормоны играют важную роль, обуславливая тесную корреляцию между частотой головной боли и фазами менструального цикла.

Мигренозная головная боль впервые возникает в возрасте от 7 до 20 лет. Известно, что до пубертата мигрень больше распространена среди мальчиков, чем среди девочек. Начало мигренозных атак с менархе имеет место у одной шестой части девушек. Распространенность мигрени у девочек растет быстрее, в конце второго десятилетия жизни частота мигрени у девушек превышает таковую среди юношей и остается значительно более высокой у женщин, чем у мужчин, даже после 50 лет. В возрасте 35–45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигают максимума, после 55–60 лет у большинства пациентов мигрень прекращается. В то же время у некоторых пациентов типичные приступы сохраняются и после 50 лет.

Наибольшие различия распространенности мигрени среди мужчин и женщин достигаются в репродуктивном возрасте. Это касается и различной представленности двух основных форм мигрени у мужчин и женщин: так, при общем доминировании мигрени без ауры у женщин она встречается у 11 % в популяции (мигрень с аурой — в 5 %), в мужской популяции, напротив, несколько доминирует мигрень с аурой (3 %), а мигрень без ауры встречается с частотой 2 %. Около 60 % менструирующих женщин с мигренью испытывают четкую связь между мигренью и началом менструации. Установлено, что резкое падение уровня эстрогенов, предшествующее менструации, является ключевым фактором инициации приступов мигрени. Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что высокие уровни эстрогенов коррелируют с более высокой болевой толерантностью.

Получены данные снижения болевых порогов во время пременструальной и менструальной фазы цикла. Перименструальное снижение болевых порогов отмечается и у женщин, использующих оральные контрацептивы. В недавно завершеном исследовании особенностей течения мигрени у пациентов старшей группы показано, что с возрастом происходит изменение типичного клинического паттерна в виде урежения приступов, появления эпизодов мигренозной ауры без головной боли, снижения частоты продромальных признаков, односторонней локализации, пульсирующего

характера боли и рвоты в приступе, увеличения частоты сопровождающих приступ вегетативных симптомов и тяжести состояния. В то же время у некоторых пациентов мигрень после 50 лет не только не прекращается, но и может приобретать более агрессивное течение.

Одним из предикторов персистенции мигрени в старшем возрасте являются частые приступы в начальном периоде заболевания. Сравнительное исследование лиц молодого и старшего возраста с использованием метода зрительных вызванных потенциалов позволило предположить, что возможной предпосылкой сохранения и персистирования мигрени в старшем возрасте является сохраняющаяся повышенная возбудимость коры головного мозга, которая характерна для пациентов с мигренью. Напротив, нормализация нейрофизиологических показателей при полном регрессе мигрени говорит о том, что корковая возбудимость мозга служит основой для прекращения мигрени. Следовательно, наступление климакса (возрастная стабилизация гормонального фона) нельзя рассматривать как основной фактор, определяющий прекращение мигрени в старшем возрасте.

Долгое время симптомы мигрени связывали исключительно с изменением тонуса сосудов: ауру — с сужением внутримозговых артерий, боль — с расширением артерий твердой мозговой оболочки. В настоящее время известно, что важнейшим механизмом, запускающим приступ мигрени, обуславливающим развитие и сохранение боли, является активация тригеминоvascularной системы (ТВС), которая рассматривается как ключевая система реализации болевой фазы приступа. Другие компоненты патофизиологии боли при мигрени включают нейрогенное воспаление с вазодилатацией интракраниальных сосудов, в первую очередь сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО), а также экстравазацию — выделение болевых нейропептидов (кальцитонин-ген-родственного пептида — КГРП, оксида азота, гистамина). Механизм активации ТВС связывают с повышенной возбудимостью коры головного мозга у пациентов с мигренью.

Многочисленные клинические наблюдения и электрофизиологические исследования подтверждают концепцию центральной гипервозбудимости как базового патофизиологического феномена, предполагающего наличие определенного мигренозного порога. Этот порог может быть преодолен под воздействием целого комплекса эндогенных и экзогенных провоцирующих факторов, мигренозные триггеры являются лишь одним из них что у пациентов с частыми приступами (более трех в месяц) и длительно болеющих развивается избыточная чувствительность тригеминоvascularных волокон и других болевых структур. Феномен центральной сенситизации, клинически проявляющийся симптомами кожной аллодинии и тесно связанный с повышенной нейрональной возбудимостью, лежит в основе хронизации мигрени. В инициации приступа мигрени важную роль играет активация серотонинергических нейронов ядер шва. Она, возможно, инициирует волну функциональной инактивации нейронов коры, которая

предположительно является базой ауры. Эта волна корковой депрессии движется от затылочной коры кпереди и сопровождается вторичным снижением кровотока. Таким образом, приступ мигрени сопровождается расширением сосудов твердой мозговой оболочки, в иннервации которых участвуют волокна тройничного нерва (ВТН). Вазодилатация и ощущение боли во время приступа мигрени обусловлены выделением из окончаний ВТН болевых нейропептидов-вазодилататоров, важнейшим из которых является пептид, связанный с геном кальцитонина. По данным последних исследований, механизм такой активации связан с тем, что у пациентов имеется повышенная чувствительность ВТН, с одной стороны, и повышенная возбудимость коры головного мозга — с другой. Патологические механизмы мигрени связаны с развитием асептического нейрогенного воспаления, высвобождением простагландина E<sub>2</sub> (ПГЕ<sub>2</sub>) и оксида азота, которые оказывают непосредственное влияние на периваскулярные ноцицепторы.

В настоящее время продолжается изучение патогенеза мигрени. Так, в 2010 году две независимые группы ученых идентифицировали различные генетические аномалии, связанные с часто встречающимися формами мигрени. Каждое из этих генетических нарушений приводит к изменению клеточной возбудимости в нервной системе. Это является подтверждением того, что мигрень — заболевание, обусловленное нарушением возбудимости мозга. Генетическая предрасположенность к мигрени известна более 200 лет. Это заболевание, при котором часто прослеживаются генетически обусловленные нарушения в нервной, сосудистой и эндокринной системах. Строго наследственными считаются только редкие формы семейной гемиплегической мигрени, для которых выявлены специфические генные мутации.

Таким образом, мигрень — это широко распространённое и социально значимое заболевание, характеризующееся высокой заболеваемостью и существенным влиянием на качество жизни пациентов. Она проявляется интенсивными, часто односторонними приступами головной боли, сопровождающимися неврологическими и вегетативными симптомами, и чаще встречается у женщин, особенно в репродуктивном возрасте. Заболевание отличается гетерогенной клинической картиной, трудностями диагностики и терапии, а также значительными социально-экономическими последствиями. Патогенез мигрени связан с нарушениями возбудимости мозга, активацией тригеминоваскулярной системы и генетической предрасположенностью. Несмотря на прогресс в понимании механизмов мигрени, она остаётся одной из ведущих причин нетрудоспособности и требует дальнейших исследований для повышения эффективности диагностики и лечения.

## ДЕФЕКТЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПРАВСТОРОННЕМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

*Мурадилова А.Р., Маджидова Ё.Н.  
свободный соискатель (DSc),  
PhD, доцент, заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ  
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Детской неврологии,  
неврологии и медицинской психологии  
Ташкентского медицинского педиатрического института*

Ишемический инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения, при котором происходит повреждение ткани мозга вследствие недостаточного поступления крови к определённой области, что приводит к гибели нейронов и нарушению функций мозга. Основными причинами являются тромбозы, эмболии или выраженное сужение сосудов, питающих мозг.

Ишемический инсульт является самой распространённой формой инсульта, составляя до 80% всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения. В период с 1990 по 2021 год число людей, перенесших инсульт, увеличилось на 70%, а смертность от инсульта выросла на 44%. В 2021 году инсульт стал третьей по значимости причиной смертности в мире после ишемической болезни сердца и COVID-19. Рост числа случаев связан со старением населения и увеличением факторов риска, таких как гипертония, сахарный диабет и атеросклероз.

В Узбекистане ежегодно регистрируется более 60 тысяч случаев инсульта, при этом большая часть приходится на ишемическую форму. Инвалидность после инсульта достигает 83,8%, а госпитальная летальность — 17,3%. Проблемой остаётся поздняя диагностика и низкая информированность населения о рисках инсульта.

Клиническая картина и исходы во многом определяются латерализацией поражения: левополушарные инсульты чаще сопровождаются речевыми и когнитивными нарушениями, а правополушарные — пространственными, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Это требует индивидуального подхода к диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Правосторонний ишемический инсульт вызывает выраженные нарушения психоэмоциональной сферы, что связано с особенностями функциональной специализации правого полушария мозга, отвечающего за эмоциональную регуляцию, восприятие и обработку невербальной информации.

### **Основные проявления психоэмоциональных дефектов**

- **Эмоциональная лабильность и апатия:** Пациенты часто демонстрируют эмоциональную неустойчивость, чередование апатии и

вспышек раздражительности, а также снижение инициативности и мотивации к реабилитации.

- **Эйфория и недооценка своего состояния:** При поражении правой лобной доли характерны эйфорические реакции, отсутствие критики к собственным нарушениям (анозогнозия), что затрудняет процесс восстановления.
- **Импульсивность и утрата эмоционального контроля:** Возможны вспышки гнева, немотивированные эмоциональные реакции, трудности с распознаванием и выражением эмоций, включая патологический смех или плач.
- **Депрессия и тревожные расстройства:** До 30–50% пациентов сталкиваются с депрессивными и тревожными состояниями, что усугубляет когнитивные и моторные нарушения, снижает качество жизни и препятствует эффективной реабилитации.
- **Сужение диапазона эмоциональных реакций:** Отмечается ограниченность спектра эмоций, преобладание положительных или неадекватно позитивных оценок собственного состояния, снижение эмпатии и способности к дифференциации эмоциональных переживаний.
- **Психотические расстройства:** В ряде случаев возможны бредовые идеи, галлюцинации, психомоторное возбуждение, особенно при обширном поражении височных и лобных долей.

#### **Клинические и патогенетические особенности**

- Нарушения эмоциональной сферы при правостороннем инсульте проявляются чаще и выраженнее, чем при левосторонних поражениях, что связано с латерализацией функций эмоциональной регуляции.
- Пациенты могут утрачивать способность к критической самооценке, игнорировать левую половину пространства и тела, что сопровождается снижением социальной адаптации и мотивации к восстановлению.
- Эмоциональные нарушения часто сочетаются с когнитивными дефицитами, нарушением сна, суицидальными мыслями и снижением жизненной активности.

**Заключение.** Психоэмоциональные дефекты при правостороннем ишемическом инсульте имеют комплексный характер, включают эмоциональную лабильность, апатию, эйфорию, депрессию, снижение эмпатии и критичности к своему состоянию. Эти нарушения существенно осложняют реабилитацию, требуют междисциплинарного подхода и ранней психологической коррекции для повышения эффективности восстановления и качества жизни пациентов.

## РАЗЛИЧИЯ В ИСХОДАХ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННИХ И ПРАВОСТОРОННИХ ИНСУЛЬТАХ

*Мурадилова А.Р., Маджидова Ё.Н.  
свободный соискатель (DSc),  
PhD, доцент, заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ  
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Детской неврологии,  
неврологии и медицинской психологии  
Ташкентского медицинского педиатрического института*

Ишемический инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к ишемии и некрозу нервной ткани.

Ишемический инсульт представляет собой наиболее часто встречающуюся разновидность инсульта, составляя примерно 80% всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения. С 1990 по 2021 год количество пациентов, перенёсших инсульт, выросло на 70%, при этом смертность от этого заболевания увеличилась на 44%. В 2021 году инсульт занял третье место среди ведущих причин смертности в мире, уступая только ишемической болезни сердца и COVID-19. Увеличение числа случаев инсульта связано с демографическим старением населения и ростом распространённости факторов риска, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет и атеросклероз.

В Узбекистане ежегодно регистрируется свыше 60 тысяч новых случаев инсульта, при этом преобладает ишемическая форма заболевания. Уровень инвалидизации после инсульта достигает 83,8%, а госпитальная смертность составляет 17,3%. Одной из основных проблем остаётся поздняя постановка диагноза и недостаточная осведомлённость населения о факторах риска и симптомах инсульта.

Клинические проявления, исходы и эффективность реабилитации существенно зависят от латерализации поражения, то есть от того, какое полушарие мозга поражено — левое или правое. Эти различия обусловлены функциональной специализацией полушарий и особенностями нейропсихологических и моторных нарушений.

### **Клинические особенности левостороннего инсульта**

Левое полушарие мозга отвечает за речевые функции, логическое мышление и аналитическую обработку информации. При левостороннем инсульте часто наблюдаются:

- Речевые нарушения (афазия) — затруднения в понимании и формировании речи, которые встречаются у 30–40% пациентов. Это существенно снижает коммуникационные возможности и качество жизни.
- Паралич или парез правой стороны тела, что ограничивает двигательную активность.

- Когнитивные дефициты — ухудшение памяти, внимания, способности к планированию и решению задач.

- Высокий уровень осознания болезни — пациенты обычно критично оценивают своё состояние, что способствует более активному участию в реабилитации.

- Эмоциональные расстройства — депрессия и тревожность, связанные с утратой функций и социальной изоляцией.

Исходы при левостороннем инсульте часто осложняются тяжёлыми речевыми и когнитивными нарушениями, что требует длительной и комплексной терапии, включая логопедическую и психологическую помощь.

### **Клинические особенности правостороннего инсульта**

Правое полушарие отвечает за пространственное восприятие, невербальную коммуникацию, эмоциональную регуляцию и интеграцию сенсорной информации. При правостороннем инсульте характерны:

- Левосторонний гемипарез и гемигипестезия — слабость и снижение чувствительности левой половины тела.

- Пространственные нарушения и геминеглект — игнорирование левой половины пространства и тела, что проявляется в неспособности замечать объекты слева, неиспользовании левой руки, а в тяжёлых случаях — отрицании принадлежности левых конечностей (соматопарагнозия).

- Эмоциональные и поведенческие нарушения — эйфория, апатия, импульсивность, анозогнозия (отсутствие осознания своих дефектов), нарушение распознавания эмоций и невербальной информации.

- Нарушения кинетики и планирования движений — даже при сохранной мышечной силе движения левой руки становятся неловкими, страдает координация.

- Сложности в диагностике и реабилитации — пациенты часто не осознают тяжесть своего состояния, что снижает мотивацию к лечению и затрудняет восстановление.

Эти особенности делают правосторонний инсульт более коварным с точки зрения социальной адаптации и требуют специализированного нейропсихологического вмешательства.

### **Различия в исходах**

- **Левосторонний инсульт** чаще приводит к выраженным речевым и когнитивным нарушениям, что существенно снижает качество жизни, но при этом пациенты обычно более мотивированы к реабилитации.

- **Правосторонний инсульт** сопровождается серьёзными нарушениями пространственного восприятия и эмоциональной сферы, что снижает осознание болезни и затрудняет восстановление, увеличивая риск осложнений и социальной дезадаптации.

- Смертность и тяжесть исходов зависят не только от локализации, но и от объёма поражения, сопутствующих заболеваний и своевременности медицинской помощи.

### **Особенности реабилитации**

• При **левостороннем инсульте** реабилитация включает интенсивную логопедическую терапию, когнитивную реабилитацию, физиотерапию и психологическую поддержку. Важна работа над восстановлением речи, памяти и исполнительных функций.

• При **правостороннем инсульте** акцент делается на нейропсихологическую коррекцию пространственных и эмоциональных нарушений, обучение компенсации геминеглекта, восстановление моторики и эмоциональной регуляции. Требуется более длительный и комплексный подход с участием психологов и эрготерапевтов.

### **Заключение**

Различия в исходах и реабилитации при левосторонних и правосторонних инсультах обусловлены функциональной специализацией полушарий мозга и характером возникающих нарушений. Для оптимизации исходов необходим индивидуализированный междисциплинарный подход, учитывающий особенности латерализации поражения и комплексно воздействующий на все уровни нарушений.

## **ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА**

*Мурадинова А.Р., Умарова М.П.*

*PhD, доцент, заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

*Свободный соискатель PhD, старший преподаватель кафедры Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) представляет собой прогрессирующее нарушение мозгового кровообращения, обусловленное длительным дефицитом кислорода и питательных веществ в тканях мозга вследствие нарушения проходимости сосудов. Это состояние сопровождается постепенным развитием когнитивных, эмоциональных и двигательных расстройств и является важным фактором риска развития ишемического инсульта и деменции.

### **Возрастные особенности факторов риска**

Возраст является одним из ключевых некорректируемых факторов риска ХИМ. Заболевание значительно чаще встречается у лиц старше 60 лет, что связано с возрастными изменениями сосудистой системы и накоплением сопутствующих патологий. С возрастом увеличивается вероятность атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и шеи, гипертонической болезни, сахарного диабета, а также возрастных форм амилоидной ангиопатии, которая вызывает повреждение мелких сосудов

мозга и способствует развитию как ишемических, так и геморрагических осложнений.

У пожилых пациентов наблюдается более выраженное нарушение микроциркуляции, связанное с церебральной микроангиопатией, что усугубляет ишемический процесс. Кроме того, возрастные изменения в системе свертывания крови, повышение вязкости и склонность к гиперкоагуляции увеличивают риск тромботических осложнений.

С другой стороны, в последние десятилетия отмечается тенденция «омоложения» хронической ишемии мозга — заболевание всё чаще диагностируется у лиц 35-40 лет, что связано с ростом факторов риска в молодом возрасте: гиподинамией, ожирением, злоупотреблением алкоголем, стрессами, а также с ранним развитием артериальной гипертензии и метаболических нарушений.

### **Гендерные различия факторов риска**

Гендерные особенности играют важную роль в патогенезе и клиническом течении ХИМ. Мужчины и женщины отличаются по частоте и выраженности ряда факторов риска, а также по реакции сосудистой системы на повреждающие факторы.

**У мужчин** чаще встречаются такие факторы, как курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия и метаболический синдром, что способствует более раннему развитию атеросклероза и гипертонической болезни. Мужской пол также ассоциирован с более высокой частотой нарушений сердечного ритма, что повышает риск эмболических осложнений.

**У женщин** в репродуктивном возрасте защитное действие оказывают женские половые гормоны, особенно эстрогены, которые способствуют сохранению эластичности сосудов и улучшают липидный обмен. Однако с наступлением менопаузы и снижением уровня эстрогенов риск развития ХИМ резко возрастает, что связано с усилением атеросклеротических процессов и ухудшением сосудистой функции.

Кроме того, у женщин чаще наблюдаются нарушения микроциркуляции, связанные с гормональными колебаниями, а также повышенная склонность к развитию гипертонической болезни и диабета, что усугубляет ишемический процесс.

Факторы риска ХИМ можно разделить на корригируемые и некорригируемые. К некорригируемым относятся возраст, пол и наследственная предрасположенность. Корригируемые факторы включают: Артериальная гипертензия — ведущий фактор риска, приводящий к церебральной микроангиопатии и повреждению сосудистой стенки; Атеросклероз магистральных артерий головы и шеи — вызывает сужение сосудистого просвета и снижает кровоток; Сахарный диабет — способствует ускоренному развитию атеросклероза и микроангиопатии; Нарушения свертываемости крови, гиперкоагуляция, повышение вязкости — увеличивают риск тромбозов; Сердечные заболевания, включая хроническую

сердечную недостаточность и аритмии, приводящие к снижению системной гемодинамики и эмболическим осложнениям; Воспалительные заболевания сосудов (васкулиты), наследственные ангиопатии, церебральный амилоидоз — дополнительные причины, особенно у пожилых пациентов; Факторы образа жизни: курение, алкоголь, гиподинамия, стрессы, ожирение — усугубляют течение заболевания и ускоряют прогрессирование.

Возрастные изменения сосудистой системы и гендерные особенности влияют не только на риск развития ХИМ, но и на выраженность когнитивных, эмоциональных и двигательных нарушений. У пожилых пациентов чаще наблюдаются смешанные формы энцефалопатии с выраженными нарушениями памяти, внимания, эмоциональной сферы (депрессия, апатия), что ухудшает качество жизни и повышает риск деменции.

У женщин после менопаузы прогрессирование сосудистых изменений происходит быстрее, что требует особого внимания к профилактике и лечению. У молодых пациентов с ранним развитием факторов риска наблюдается более агрессивное течение заболевания, что требует своевременной диагностики и коррекции.

### **Заключение**

Возрастные и гендерные различия существенно влияют на факторы риска, патогенез и клиническое течение хронической ишемии мозга. Пожилой возраст и мужской пол ассоциированы с более высокой распространённостью атеросклероза, гипертонии и сердечных заболеваний, тогда как у женщин значительную роль играют гормональные изменения, особенно в постменопаузе. Для эффективной профилактики и лечения ХИМ необходим комплексный подход с учётом этих особенностей, направленный на коррекцию корригируемых факторов риска и раннее выявление сосудистых нарушений у различных групп населения.

## **ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА**

*Мурадинова А.Р., Умарова М.П.*

*PhD, доцент, заведующая кафедрой Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

*Свободный соискатель PhD, старший преподаватель кафедры Неврологии и психиатрии ФМИОЗ*

### **Введение**

Хроническая ишемия мозга (ХИМ) — распространённое заболевание, связанное с длительным нарушением мозгового кровообращения, приводящим к повреждению нервной ткани, снижению когнитивных

функций и развитию нейродегенеративных процессов. Современные методы диагностики требуют поиска биомаркеров, отражающих степень и характер повреждения мозга. Нейротрофические факторы, определяемые в сыворотке крови, представляют собой перспективные маркеры для оценки состояния центральной нервной системы (ЦНС) при ХИМ.

**Обсуждение.** Нейротрофические факторы (например, BDNF — мозговой нейротрофический фактор, S-100 белок, основной белок миелина — ОБМ) играют ключевую роль в нейрогенезе, регенерации и нейропластичности мозга. При хронической ишемии мозга наблюдается снижение уровня BDNF, что коррелирует с ухудшением когнитивных функций пациентов. Повышение уровня белка S-100 и аутоантител к нему в сыворотке крови свидетельствует о повреждении нервной ткани и активации микроглии, что может служить маркером нейродегенерации.

Исследования показывают, что уровень аутоантител к белкам S-100 и ОБМ в сыворотке крови значительно повышается у пациентов с ХИМ, особенно при гипертоническом генезе заболевания, что отражает степень повреждения миелиновых оболочек и нервной ткани. Уровень нейротрофических факторов в крови позволяет не только диагностировать ХИМ, но и оценивать динамику заболевания и эффективность терапии.

Кроме того, выявление антител к NR-2 пептиду (NR2-At) в крови служит маркером перенесённой ишемии мозга и помогает выявлять бессимптомные эпизоды церебральной ишемии, что важно для раннего вмешательства и профилактики осложнений.

Определение нейротрофических факторов в сыворотке крови расширяет диагностические возможности, позволяя выявлять ранние стадии ХИМ, оценивать тяжесть поражения и прогнозировать развитие когнитивных и эмоциональных нарушений. В совокупности с другими биохимическими маркерами (например, нейронспецифической енолазой — NSE) исследование нейротрофинов способствует комплексной оценке состояния ЦНС при хронических нарушениях мозгового кровообращения.

**Заключение.** Исследование нейротрофических факторов в сыворотке крови является важным и перспективным направлением в диагностике хронической ишемии мозга. Эти биомаркеры отражают процессы нейродегенерации и компенсаторные механизмы в ЦНС, способствуют раннему выявлению заболевания, мониторингу его прогрессирования и оценке эффективности терапии. Особенно значимы изменения уровней нейротрофинов при гипертоническом и атеросклеротическом генезе ХИМ, что позволяет использовать данные показатели для дифференциальной диагностики и прогноза заболевания.

Таким образом, нейротрофические факторы сыворотки крови представляют собой ценный инструмент для диагностики и мониторинга хронической ишемии мозга, способствуя улучшению клинических исходов пациентов.

# **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С КОМОРБИДНЫМ СТРЕССОВЫМ КОМПОНЕНТОМ**

*Рогов А.В.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Узбекистан*

**Ведение.** В литературе недостаточно исследованы факторы, способствующие развитию параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации. Большинство авторов придают главное значение наследственной предрасположенности, наличию астенических черт характера, неблагоприятному типу воспитания, настоящему личностному и социальному статусу, событиям, угрожающим жизни, здоровью больных, а также касающихся их социальных и семейных связей. Определение основных биологических и социально-психологических характеристик играет важную роль в установлении предрасполагающих факторов развития данного заболевания в условиях эмоционального стресса.

Цель исследования – изучить особенности аффективных расстройств у больных параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации..

**Материал и методы исследования.** Клинико-психопатологическим методом обследовано 44 пациента в возрасте 18-30 лет, перенесших дебют параноидной шизофрении в условиях воздействия психической травмы.

**Результаты исследования.** В результате исследования удалось выявить, что в возникновении дебюта параноидной шизофрении под влиянием психической травмы имели значение тимопатические колебания настроения. Самым частым (97,3%) сюжетом психотравмирующего воздействия служили ситуации эмоционального лишения, под которыми мы понимали угрозу жизни и здоровью родственника, его смерть, разрыв желанных отношений, разлуку с близким человеком, лишение свободы родственника. 79,8% больных перед началом психоза перенесли психотравмирующие ситуации угрозы личностному благополучию. У больных под влиянием травмирующих ситуаций наблюдались различные аффективные расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 66,2% больных в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 39,2% депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня.

**Заключение.** Таким образом, аффективные расстройства при параноидной шизофрении, возникающей на фоне психогенных ситуаций, проявлялись депрессиями невротического и психотического уровня или остро возникающими психотическими расстройствами.

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СОСУДИСТОГО ДЕЛИРИЯ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД**

*Рогов А.В., Ирмухамедов Т.Б. Юсупова З.Ш.*

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент*

**Актуальность.** Острые психопродуктивные расстройства, в частности, делириозное расстройство сознания, в позднем постинсультном восстановительном периоде, являются одной из основных причин частых госпитализаций больных в психиатрическую больницу. На фоне когнитивных расстройств, которые наблюдаются у значительной части больных, развитие сосудистого делирия является крайне нежелательным последствием перенесенного инсульта. Несмотря на огромное число работ, посвященных данной тематике, вопрос о предикторах развития сосудистого делирия по настоящее время остается открытым.

**Цель исследования.** Выявить наиболее значимые предикторы развития сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Материалы и методы.** В условиях клинического стационара нами было обследовано 63 больных с диагнозом «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F 05)». Критерием отбора больных являлся установленный в анамнезе диагноз острого нарушения мозгового кровообращения с давностью от 1 года до 3 лет. Всем больным были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования с оценкой психиатрического, неврологического и соматического статуса, в том числе, исследования психопатологической картины больных по шкале PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale).

**Результаты исследования.** В исследовании были охвачены 63 больных, в том числе 53 (84,1 %) мужского пола и 10 (15,9 %) женского пола. Возрастная группа варьировала в пределах от 40 до 80 лет. Анализ распределения пациентов по возрастному цензу показал преобладание лиц, перенесших сосудистый делирий, в возрастных пределах от 55 до 65 лет. Представители этой группы составили 66,6 % (42 пациента). Преобладали легкая и умеренная степень выраженности сосудистого делирия (с психомоторным возбуждением) – 54 человек (85,7 %).

Далее мы провели анализ спектра сопутствующих заболеваний в соматическом статусе у обследованных пациентов, которые рассматривались нами в качестве факторов риска возникновения заболевания. В ходе исследования нами выявлено, что у 22 (34,9 %) пациентов был диагностирован сахарный диабет I и II типов, причем 13 из них были «инсулинзависимыми», что сказывалось на более выраженных клинических

проявлениях психоза. У 60 (95,2 %) пациентов выявлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести. При этом у 16 пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 9 (14,3 %) пациентов общей группы страдало вирусным гепатитом С. Также нами выявлено, что 46 (73,0 %) пациентов имели зависимость от табачной продукции и его суррогатов. Необходимо отметить, что установленные нами предикторы в большинстве случаев были комбинированы между собой.

**Выводы.** Наиболее значимыми факторами развития сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в позднем восстановительном периоде, явились мужской пол, возраст от 55 до 65 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и табакокурение, сочетание которых было связано с неблагоприятным исходом. Выявление и учет значимости этих предикторов позволяет своевременно, в т. ч. профилактически, применять различные стратегии для защиты ЦНС.

### ***КОМОРБИДНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ***

*Рогов А.В., Утеулиева П.Г.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии,  
ТашПМИ*

**Актуальность.** Аффективные расстройства в клинике больных параноидной шизофренией встречаются достаточно часто. Однако, их диагностика и адекватное медикаментозное сопровождение остаётся малоизученным. Своевременное определение характера аффективных нарушений необходима для реализации программы по ресоциализации больных и принятию мер противорецидивного характера.

**Цель:** изучить характеристики аффективных нарушений и определить частоту встречаемости депрессивных расстройств у больных параноидной шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 47 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в ГКПБ с верифицированным диагнозом (F-20. XX), в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Выраженность уровня депрессии оценивалась по шкале Калгари, анкетирование больных проводилось после выхода из психоза.

**Результаты:** из 47 обследованных больных средний возраст составил  $21,4 \pm 5$  лет (мужчин –  $19,8 \pm 6$  лет, женщин –  $20,9 \pm 2,5$  лет). Исследуемая выборка была представлена 48% мужчины и 52% женщины. Распределение по типу течения эндогенного процесса было следующим: 54% – непрерывный тип, 3,6% – эпизодический тип с нарастающим

дефектом, 23,4% – период наблюдения менее года. В результате исследования было установлено что, уровень депрессии у лиц мужского пола в среднем составил  $11,4 \pm 4,9$  балла, у женщин  $8,2 \pm 4,5$  балла, различия в данных подгруппах статистически значимы ( $p < 0,05$ ). В результате проведенного анкетирования у 25,4% пациентов не выявлено депрессивных нарушений (по шкале Калгари балл менее 6). По результатам корреляционного анализа Спирмена выявлена слабая прямая связь (0,007) между длительностью заболевания и уровнем депрессии. Так, например, у больных с выраженными депрессивными нарушениями (балл по шкале Калгари 15 и выше), длительность эндогенного процесса от начала манифестных проявлений составила 12 и более лет. Чаще встречались депрессивные нарушения у больных с параноидной формой и непрерывным типом течения (балл по шкале 10 и выше).

**Выводы.** Частота распространения депрессивных нарушений у больных параноидной шизофренией, не конгруэнтных со структурой текущего психотического эпизода, составила 56,2%. У лиц мужского пола риск развития депрессии выше по сравнению с женщинами. Продолжительность шизофренического процесса может рассматриваться как предиктор развития аффективных нарушений в постпсихотическом периоде.

### ***СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ***

*Рогов А.В., Холмуродовой М. Б.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии,  
ТашПМИ*

**Актуальность.** Концепция выбора, является одной из составляющей нейрокогнитивного пула, который претерпевает значительные нарушения при шизофреническом процессе. Сопутствующие заболевания, такие как хронические вирусные гепатиты, безусловно, влияют на нейрокогнитивный профиль, усугубляя когнитивные расстройства, тем самым влияя на социальную адаптацию этой группы больных.

**Цель исследования** – изучить особенности проблемно-решающего поведения у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 47 пациентов с диагнозом F 20.0 «параноидная шизофрения» с сопутствующими вирусными гепатитами В и С. Контрольная группа состояла из 26 пациентов с диагнозом F 20.0 «параноидная шизофрения». Экспериментально-психологическая часть представлена тестом на

проблемно-решающее поведение - «башня Лондона», учитывалось время выполнения и количество ходов.

**Результаты.** В результате исследования удалось выяснить, что выбор стратегии в решении поставленной задачи, у пациентов из исследуемой группы значительно отличался от группы сравнения. В начале проведения эксперимента 23(48,9%) пациента исследуемой группы, скептически, с подозрением отнеслись к проведению тестирования. В процессе эксперимента в исследуемой группе у 34(72%) пациентов было увеличено время на построение тактики исполнения задания, в среднем оно составляло 10-14 сек., в контрольной группе этот показатель был 6-8сек. Средний показатель количества «ходов» также отличался от показателей контрольной группы и составлял 32-34 хода, тогда как в контрольной группы он был 27-29 хода. . В группе сравнения только 3(14,28%) отказались от выполнения теста после нескольких ошибок, 12(57,1%) больных учитывали предыдущие ошибки и их не совершали, 6 (28,5%) по несколько раз совершали аналогичные ошибки. Из вышеуказанного следует, что больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами значимо хуже воспринимают получаемую новую информацию, им намного сложнее провести анализ своих ошибок и использовать полученный опыт в решении поставленной задачи, возможно это косвенно свидетельствует о более глубокой дезинтеграции когнитивных функций, вызванных сопутствующими патологиями.

**Выводы.** Таким образом, в ходе эксперимента удалось выяснить, что в исследуемой группе основные показатели проблемно-решающего поведения в значительной степени отличались от группы сравнения, увеличивались затраченное время на построение тактики выполнения задания и количество ошибок исполнения.

## ***РОЛЬ ПРЕДИСПОНИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ТРАЕКТОРИЯХ ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ***

*Рогов А.В., Юсупова Г.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Узбекистан*

**Введение.** Типичная для юношеского возраста нестойкость и ундулирование симптомокомплексов побуждают исследователей пересматривать сложившиеся стереотипы и искать возможные причины специфических патоморфозов в характеристиках преморбидного фона.

**Цель исследования.** Изучить роль predisponирующих факторов в неблагоприятном течении манифестного периода параноидной шизофрении в подростковом возрасте.

**Материал и методы.** Обследовано 48 пациентов в возрасте от 15 до 18 лет, с впервые выставленным верифицированным диагнозом параноидная шизофрения (F-20.0), F23.1 «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». критерием отбора служило продолжительность психического расстройства не более 3 лет.

**Результаты.** В ходе обследования определено, что наиболее значимыми преморбидными факторами в развитии неблагоприятного течения манифестационного периода параноидной шизофрении являются конституциональные –наследственная отягощенность по параноидной шизофрении встречалась у 25%, а по употреблению психоактивных веществ у 27,8% респондентов исследуемой группы. У 43,75% респондентов исследуемой группы имели патологию первых лет жизни. Разумеется, патология беременности и родов, как и показатели наследственной отягощенности непосредственного влияния на психогенную уязвимость эндогенных больных не оказывали. Их действие было опосредованным. Прямым следствием этих генетических и биологических факторов явились специфические нарушения психического развития, которые в итоге привели как к когнитивным расстройствам, так и к особенностям личности, обусловленным асинхрониями развития. Серьезной медико-социальной проблемой были не гармоничные внутрисемейные взаимоотношения такие факторы как «не полная семья» и «асоциальная семья» были наиболее значимыми в развитии неблагоприятного течения манифестационного периода параноидной шизофрении.

**Заключение.** Было установлено что, комплекс социальных, биологических и личностно-психологических факторов, формируют личностную предрасположенность, определяющую уровень и тяжесть изменений течения эндогенного процесса.

### ***ПРОЯВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ В РАМКАХ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ***

*Рогов А.В., Юсупова З.Ш.*

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и психотерапии, ТашПМИ*

**Актуальность:** феномен социо-эмоциональной дисфункции у больных параноидной шизофрении является одним из ведущих детерминантов ранней инвалидизации больных с эндогенным процессом. Нарушения социального функционирования больных этой группы приводит как к негативным клиническим последствиям, так и к значительному снижению качества жизни пациентов. Отсутствие возможности

эффективного взаимодействия на макро и микросоциальном уровне, социо-эмоциональный дефицит необходимый для прогнозирования ситуационно коммуникативных сценариев является важной проблемой в процессе ресоциализации больных, и значительно снижает эффективность комплекса реабилитационных мероприятий. Знание типологии социо-эмоциональной дисфункции открывает возможности для формирования новых концепций реабилитации больных с параноидной шизофренией.

**Цель исследования**-установить типологические особенности социальной ангедонии у больных параноидной шизофренией и определить их клиническое значение.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 81 больной, с верифицированным диагнозом в соответствии с МКБ-10 параноидная шизофрения (F-20. xx). Представленная выборка больных была сопоставима по возрасту, течению, длительности заболевания. Исследования включали клинико-психопатологический и экспериментально-психологические (Шкала оценки негативной симптоматики (SANS), «Социальный интеллект» (J.P. Guilford, M.O. Sullivan, адаптирован Е.С. Михайловой), «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я. Гурович, А.Б Шмуклер).

**Результаты и их обсуждения.** В результате исследования были установлены типологические особенности социо-эмоциональной дисфункции у больных параноидной шизофренией, среднестатистические показатели домена «ангедония-асоциальность», структурированной в шкале SANS, были следующими: активность свободного времени- $3,12 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ), сексуальные интересы- $2,02 \pm 0,1$  ( $p < 0,01$ ), способность чувствовать «тепло человека»  $4,04 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), отношения с родными и коллегами (аутизм)  $4,40 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), субъективное осознание ангедонии-асоциальности  $2,04 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ). Способность чувствовать «тепло человека» и отношение к родным, в приведённой выборке пациентов были наиболее искажены и в клинической картине проявлялись выраженным снижением мотивационного и эмоционального компонента. У пациентов параноидной шизофренией установлены значительные нарушения импрессивного компонента эмоционального интеллекта, представленные затруднениями в распознавании эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям.

**Выводы.** Выявленные изменения социо-эмоциональной дисфункции и эмоционального интеллекта, отражаются на функциональном потенциале больных к адаптации в социальных группах. Установленные типологические особенности предполагают использование в комплексе реабилитационных мероприятий не только медикаментозное сопровождение, но и психотерапевтические методики.

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОЛИНАРКОМАНИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИАТОВ И КАННАБИНОИДОВ

*Рустамова Ж.Т.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Актуальность.** В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к полинаркомании -комбинированному потреблению нескольких психоактивных веществ, что значительно осложняет клиническое течение зависимости и снижает эффективность традиционного лечения. Особенно сложной является реабилитация больных, злоупотребляющих одновременно опиатами и гашишем, в связи с чем необходим пересмотр и оптимизация подходов к лечебно-восстановительным мероприятиям.

Цель исследования: повышение эффективности реабилитационного процесса у лиц с зависимостью от сочетанного употребления опиоидов и каннабиноидов путём внедрения комплексных и индивидуализированных программ.

Материалы и методы. Проанализированы катamnестические данные 40 пациентов с опиоидно-гашишной зависимостью, находившихся под наблюдением в течение 3 месяцев – 2 лет после завершения стационарного этапа лечения. Все участники прошли индивидуализированную реабилитационную программу, включающую медикаментозную и психосоциальную поддержку. Из них 26 пациентов ограничились первым этапом (детоксикация и фармакотерапия), а 14 завершили второй и третий этапы комплексной реабилитации.

Результаты. Средний возраст обследованных составил  $32,3 \pm 6,8$  лет, средний стаж употребления ПАВ -  $16,1 \pm 8,6$  лет. Среди пациентов, получивших только медикаментозное лечение, 42,3 % возобновили потребление гашиша в ближайшее время после выписки, а у 46,2 % длительность ремиссии не превышала 1–3 месяцев. Только у 11,5 % ремиссия сохранялась в течение 4–6 месяцев. В группе пациентов, завершивших все этапы реабилитационной программы, рецидивов в раннем катamnезе не наблюдалось ( $p < 0,001$ ), а длительность ремиссий варьировала от 3 месяцев до более 1 года.

Обсуждение. Данные указывают на важность поэтапного и системного подхода к реабилитации больных с полинаркоманией. Монотерапия оказывается недостаточной, тогда как многоуровневые программы, включающие психотерапевтические и социальные компоненты, существенно повышают устойчивость ремиссии.

Выводы. Успешная реабилитация при опиоидно-гашишной зависимости требует комплексного, индивидуализированного подхода, охватывающего биологические, психологические и социальные аспекты

функционирования личности. Программа должна включать фармакологическую терапию, психотерапию, обучение навыкам эмоциональной регуляции, а также мероприятия по социальной реадaptации с целью устойчивой ремиссии и интеграции пациента в общество.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ**

*Салиев М.М., Рахимов А.А., Мадаминов О.А.  
Кафедра психиатрии, наркологии,  
медицинской психологии и психотерапии  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из наиболее тяжёлых психических состояний, возникающих вследствие перенесённой психологической травмы — военных действий, катастроф, насилия, несчастных случаев. Согласно данным ВОЗ, от ПТСР страдает около 3,6% взрослого населения в мире, а среди переживших тяжёлые травматические события — более 20%. Нарушения, связанные с ПТСР, существенно снижают качество жизни, способствуют инвалидизации и требуют длительной и комплексной коррекции.

**Цель исследования.** Изучить и проанализировать эффективность различных психотерапевтических подходов в лечении ПТСР у взрослых, а также выявить наиболее результативные методы в зависимости от характера травмы и индивидуальных особенностей пациента.

Основные психотерапевтические подходы

### **1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**

КПТ является золотым стандартом в лечении ПТСР. Основной акцент делается на выявлении и реструктуризации дисфункциональных мыслей, связанных с травматическим событием, а также на постепенной экспозиции к травматическим воспоминаниям. КПТ позволяет уменьшить симптомы тревоги, избегания и навязчивых воспоминаний [3, 7].

*Методы:*

когнитивная реструктуризация;

экспозиционная терапия (in vivo и воображаемая);

десенсибилизация.

### **2. ЭМДР – десенсибилизация и переработка движением глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Метод ЭМДР набирает всё большую популярность в лечении ПТСР. Он основан на стимуляции двухполушарной активности с помощью направленных движений глаз при воспроизведении травматических

воспоминаний. ЭМДР способствует более быстрой переработке травматических образов и снижению их эмоциональной нагрузки [6, 9].

### **3. Психодинамическая психотерапия**

Данный подход акцентирует внимание на бессознательных процессах, защитных механизмах и прошлых отношениях, повлиявших на развитие травматической реакции. Психодинамическая терапия эффективна при хронических формах ПТСР и коморбидной депрессии [2, 8].

### **4. Травмафокусированная терапия**

Этот подход объединяет техники КПТ, ЭМДР и психообучение. Цель — помочь пациенту осознанно переработать опыт травмы и интегрировать его в личную историю без разрушительных эмоций.

### **5. Групповая и семейная терапия**

Групповая работа помогает справляться с чувством изоляции, а семейная терапия важна для восстановления поддерживающих отношений, особенно при домашнем насилии или утрате. Исследования подтверждают, что включение близких в терапевтический процесс повышает эффективность лечения [4].

### **6. Телетерапия и онлайн-интервенции**

В условиях пандемии и удалённых регионов онлайн-методы терапии (видео-консультации, мобильные приложения) становятся важным дополнением к традиционным подходам. Программы на основе КПТ доказали свою эффективность в цифровом формате.

Индивидуализация терапии

Коррекция ПТСР требует учёта множества факторов:

тяжесть травмы;

время, прошедшее с момента события;

наличие сопутствующих расстройств (депрессии, тревоги, зависимости);

уровень социальной поддержки.

Комплексная программа должна включать психообразование, психотерапию, иногда — фармакотерапию (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — СИОЗС).

**Вывод.** Психотерапевтические методы играют ключевую роль в коррекции ПТСР у взрослых. Наибольшую эффективность демонстрируют КПТ, ЭМДР и травмафокусированная терапия. Индивидуальный подход, сочетание методов и активное участие пациента в терапии — главные условия успешной реабилитации.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПОДРОСТКОВ С СД I ТИПА**

*Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

**Введение.** Психотерапевтическое вмешательство у пациентов с сомато-психической патологией является на сегодняшний день одной из важнейших задач практического здравоохранения.

**Цель исследования:** изучить инновационные методы психотерапевтического вмешательства для редукции эмоциональных нарушений у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа.

**Материалы и методы исследования:** было отобрано в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии 110 подростков в возрасте 10-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для оптимизации медико-психологической помощи проводились групповые сеансы арт-терапии в течении трёх месяцев с постоянным контролем уровня тревожности и депрессии до и после психотерапевтического вмешательства.

**Результаты:** в рамках психокоррекции медицинскими психологами и психотерапевтами были проведены групповые сеансы арт-терапии с использованием трафаретов раскрасок различного тематического содержания. Во время сеансов также практиковалось проведение рациональной психотерапии с разъяснением необходимости соблюдать диету, режим дня, вовремя принимать лекарственные препараты и выполнять врачебные рекомендации. Применялась в основном техника раскрашивания с помощью акварельных красок, как наиболее доступной и удобной в применении у детей школьного возраста. Подростки с удовольствием выполняли инструкции психотерапевта, при раскрашивании использовали различные гаммы красок, на фоне проводимой арт терапии улучшались коммуникационные способности пациентов, эмоциональный настрой изменялся в положительную сторону. Практически у всех подростков (98,8%) отмечалась положительная динамика в виде снижения уровня тревожности и степени тяжести депрессии. Пациенты во время сеансов арт-терапии учились строить межличностные взаимоотношения с участниками групповых занятий, тем самым улучшали навыки коммуникационного общения, умения строить диалог и налаживать дружеские связи со сверстниками. Творческий подход к занятиям с подростками проявлялся и в методах комбинированной арт терапии, когда подросткам предлагалось усложнить задания, украшая раскрашенные

трафареты аппликациями из зёрен маша, фасоли, чечевицы, гречки и риса. С помощью клея они в виде мозаики украшали свои рисунки, тем самым развивая у себя функции тонкой локомоторики и пространственного воображения. Повторное тестирование по психометрическим шкалам достоверно установило статистически значимые снижения уровня тревожности и депрессии у подростков в результате сеансов арт-терапии. По наблюдениям родителей, после сеансов арт-терапии у подростков отмечались улучшения в межличностных взаимоотношениях, повышалась самооценка и адаптация в социуме.

**Вывод:** таким образом, применение инновационных методов арт-терапии у подростков с сахарным диабетом I типа свидетельствует о значительном улучшении психоэмоционального статуса пациентов, быстрой редукции тревожно-депрессивных расстройств и оптимизации коммуникативных и адаптационных возможностях обследуемого контингента.

### ***КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА***

*Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.*

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

**Введение.** Исследование психоэмоциональных нарушений у детей и подростков с сахарным диабетом на сегодняшний день одной из важнейших задач практического здравоохранения.

**Цель исследования:** изучить особенности эмоциональных нарушений у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа.

**Материалы и методы исследования:** было отобрано в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии 110 подростков в возрасте 10-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа.

**Результаты:** с помощью восьми цветового теста Люшера были исследованы изменения в психоэмоциональной сфере обследуемых пациентов, которые определили, что у 96,6% обследованных подростков регистрируются признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени клинических проявлений. У подростков на фоне гипергликемии развивались дисфорические состояния, достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%),

появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной, выявлено наличие тревожных расстройств, различной степени выраженности у подростков, среди них было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67,8%), у 20,7% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 11,5% подростков – констатировалась выраженная тревога, повышалась самооценка и адаптация в социуме. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. Тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокой тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%).

**Вывод:** таким образом, выявлено влияние сахарного диабета I типа на формирование психоэмоциональных нарушений у детей старшего школьного возраста, в большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, а в меньшей степени у пациентов регистрируется фобическая и дисфорическая симптоматика.

## ***ПРОФИЛАКТИКА АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА У БОРЦОВ***

*PhD доцент Тохтиев Жахонгирбек Бахтиберович  
Андижанский государственный медицинский институт*

Артроз коленного сустава (гонартроз) — это заболевание, характеризующееся дегенеративно-дистрофическими изменениями в хрящевой ткани сустава, что ведет к болям, ограничению движений и нарушению функции сустава.

## **1. Причины и механизмы развития артроза коленного сустава у борцов**

Коленный сустав является одним из самых подверженных травмам среди спортсменов, занимающихся контактными видами спорта, такими как борьба. В процессе тренировок и соревнований борцы подвергаются резким и многократным нагрузкам на коленный сустав, включая падения, скручивания, перегибы и различные манипуляции, связанные с применением силы. Механизмы развития артроза включают несколько факторов:

**1.Механическая перегрузка:** Частые и интенсивные нагрузки на коленный сустав, особенно при неправильной технике выполнения движений, могут привести к повреждению суставного хряща и развитию дегенеративных процессов .

**2.Повторяющиеся травмы:** В борьбе часто происходят падения и удары по коленному суставу, что может вызвать разрывы связок, повреждения менисков или хрящевых структур, которые со временем приводят к остеоартриту .

**3.Нарушение биомеханики:** Неправильное распределение нагрузки на сустав из-за слабости мышц или неправильной осанки также может способствовать развитию артроза .

### **Факторы риска артроза коленного сустава у борцов**

К основным факторам риска артроза коленного сустава у борцов можно отнести: возраст, генетическая предрасположенность, частота и интенсивность травм, проблемы с техникой выполнения движений.

### **Профилактика артроза коленного сустава у борцов.**

Профилактика артроза коленного сустава у борцов должна включать несколько направлений: правильное физическое развитие, техника выполнения движений, восстановление после тренировок, правильное питание и использование вспомогательных средств.

#### **Правильная физическая подготовка и укрепление мышц**

Одним из важнейших методов профилактики артроза является укрепление мышц, поддерживающих коленный сустав, а также улучшение общей физической подготовки.

**Упражнения для укрепления квадрицепсов и подколенных сухожилий:** Одними из самых эффективных упражнений являются приседания, выпады, упражнения на тренажерах, а также специальные упражнения для растяжки и гибкости .

**Растяжка и упражнения на гибкость:** Растяжка мышц бедра, икроножных и подколенных мышц помогает повысить гибкость и снизить напряжение в коленном суставе .

**Программы силовых тренировок:** Развитие общей силы и выносливости тела, а также укрепление мышц корпуса, способствует улучшению координации и снижению нагрузок на суставы

**Правильная техника выполнения движений** Обучение правильной технике выполнения всех маневров в борьбе поможет снизить риск травм и дегенеративных заболеваний суставов. Важно обучать спортсменов безопасным методам падения, а также правильной технике захватов и бросков.

### **Восстановление и физиотерапия**

После интенсивных тренировок и соревнований борцам необходимо обеспечивать должное восстановление для предотвращения повреждений суставов. Важными восстановительными методами являются:

**Массаж и растяжка:** Это помогает расслабить мышцы и улучшить кровообращение в коленном суставе, что способствует ускоренному восстановлению.

**Холодовая и тепловая терапия:** Использование холода и тепла помогает снять воспаление, уменьшить отеки и улучшить циркуляцию в суставе .

**Физиотерапевтические процедуры:** Электрофорез, ультразвуковая терапия и другие методы физиотерапии могут способствовать уменьшению болевых ощущений и ускорению восстановительного процесса .

### **Правильное питание и добавки для здоровья суставов**

Здоровье суставов во многом зависит от питания. Для профилактики артроза необходимо обеспечивать организм достаточным количеством питательных веществ, которые поддерживают здоровье хрящей и суставов:

**Кальций и витамин D:** Эти вещества необходимы для поддержания здоровья костной ткани и предотвращения остеопороза, который может усугубить развитие артроза.

**Хондропротекторы:** Препараты, содержащие глюкозамин и хондроитин, способствуют восстановлению хрящевой ткани и предотвращению ее разрушения.

**Омега-3 жирные кислоты:** Обладая противовоспалительными свойствами, они помогают снизить воспаление в суставах и предотвращают дегенеративные процессы

### **Использование ортопедических средств**

В некоторых случаях, для дополнительной защиты коленных суставов, могут быть использованы ортопедические средства, такие как защитные наколенники или бандажи, которые снижают нагрузку на суставы и помогают предотвратить травмы. Однако такие средства должны использоваться в сочетании с другими методами профилактики и не заменять правильную физическую подготовку.

### **Заключение**

Профилактика артроза коленного сустава у борцов является важной составляющей их общей физической подготовки и здоровья. Включение в

тренировочный процесс упражнений для укрепления мышц, обучение правильной технике движений, восстановительные процедуры и соблюдение сбалансированного питания помогут существенно снизить риск развития артроза и других дегенеративных заболеваний суставов. Комплексный подход к профилактике артроза способствует не только улучшению спортивных результатов, но и продлению карьеры спортсмена.

## **СВЯЗКИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ ТРАВМЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ**

*PhD доцент Тохтиев Жахонгирбек Бахтиберович  
Андижанский государственный медицинский институт*

Голеностопный сустав является одним из наиболее подверженных травмам среди футболистов. Он выполняет ключевую роль в поддержании стабильности и мобильности нижней конечности при выполнении таких движений, как ускорения, резкие повороты, прыжки и замедления. Травмы связок голеностопного сустава (ГСС) часто ограничивают спортивную деятельность игроков, что требует комплексного подхода к профилактике и реабилитации. В данной статье рассматриваются основные травмы связок голеностопного сустава у футболистов, их механизмы возникновения, а также методы профилактики и восстановления.

### **Анатомия и функции связок голеностопного сустава**

Голеностопный сустав — это сложная структура, включающая несколько костей (большеберцовая и малоберцовая кости, таранная кость и другие), а также несколько связок, обеспечивающих стабильность сустава. Связки играют критическую роль в поддержке сустава и предотвращении его ненормальных движений.

Основные связки голеностопного сустава:

**Передняя талокальканеальная связка (ATFL):** Наиболее уязвимая для травмирования при растяжении или разрыве, особенно при повреждениях, возникающих при боковых наклонах или чрезмерном вращении стопы.

**Задняя талокальканеальная связка (PTFL):** Обеспечивает стабильность сустава с задней стороны.

**Кальканеофибулярная связка (CFL):** Она стабилизирует голеностоп с внешней стороны.

**Медиальная (дельтовидная) связка:** Стабилизирует сустав с внутренней стороны.

Проблемы с этими связками могут приводить к нестабильности сустава и различным травмам.

## **Травмы связок голеностопа у футболистов**

Травмы связок голеностопного сустава занимают одно из первых мест среди спортивных травм у футболистов. В большинстве случаев это растяжения или разрывы связок, которые могут варьироваться по степени тяжести от легких растяжений до полных разрывов.

**Растяжение связок:** Это наиболее легкая форма травмы, которая обычно происходит при переворачивании стопы или резких боковых движениях. В этом случае повреждаются отдельные волокна связок, что сопровождается болезненностью и отеком.

**Частичный разрыв связок:** При этом типе травмы повреждаются несколько волокон связки, что приводит к ограничению движений и боли.

**Полный разрыв связки:** Это более серьезная травма, которая требует длительного восстановительного периода или хирургического вмешательства. Полный разрыв может привести к значительной потере стабильности сустава.

### **Механизмы травм**

Травмы голеностопа у футболистов могут быть вызваны различными факторами:

**Резкие изменения направления движения:** В футболе часто происходят резкие ускорения и повороты, что повышает нагрузку на голеностопный сустав и его связки.

**Неправильная техника игры:** Ошибки в технике выполнения прыжков, поворотов и падений увеличивают риск повреждения связок.

**Нагрузки и усталость:** Частые тренировки и соревнования без достаточного восстановления могут привести к усталости мышц и связок, что повышает вероятность травм.

### **Профилактика травм связок голеностопа у футболистов**

Для предотвращения травм связок голеностопного сустава у футболистов необходимо комплексное применение профилактических методов, которые включают укрепление мышц, улучшение техники движения, правильное использование обуви и защитных средств, а также восстановительные процедуры.

#### **Укрепление мышц и связок**

Укрепление мышц, стабилизирующих голеностопный сустав, является важным элементом профилактики травм. Мышцы, особенно мышцы голени и стопы, помогают распределять нагрузку, снижая риски растяжений и повреждений связок.

**Упражнения на укрепление мышц:** Включение в тренировочную программу упражнений на укрепление мышц голени, бедра и стопы значительно снижает риск травм. Примеры таких упражнений включают катание мяча стопой, подъемы на носки, балансирование на одной ноге, а также прыжки на скакалке.

**Растяжка и гибкость:** Растяжка способствует улучшению эластичности связок и сухожилий, что помогает предотвратить их травмы. Рекомендуется выполнять растяжку до и после тренировки.

**Балансировка и proprioception (ощущение положения сустава):** Упражнения на улучшение чувства положения тела в пространстве (например, стояние на балансировочной платформе или вестибулярные тренировки) помогают укрепить связки и предотвратить травмы.

#### **Правильная техника игры**

Одним из ключевых факторов профилактики травм является правильная техника игры. Футболисты должны быть обучены безопасным методам выполнения движений, таких как:

**Техника прыжков и падений:** Игроки должны развивать навыки безопасных падений, чтобы минимизировать нагрузку на суставы.

**Техника поворотов и ускорений:** Изучение правильной техники поворотов и ускорений снижает вероятность травмирования связок.

#### **Использование специальной обуви и защитных средств**

Правильная обувь — это один из важнейших элементов профилактики травм голеностопа. Спортивная обувь должна обеспечивать хорошую амортизацию, поддержку свода стопы и предотвращать излишнее движение в суставе. Также рекомендуется использовать бандажи или фиксаторы для обеспечения дополнительной стабильности сустава, особенно при интенсивных нагрузках.

#### **Восстановление и реабилитация**

Своевременное восстановление после тренировки и соревнований также является важным элементом профилактики травм. Это включает:

**Массаж и физиотерапию:** Для ускорения восстановления после тренировок и уменьшения воспаления.

**Использование льда:** Применение льда на поврежденную область помогает снизить отек и воспаление.

**Реабилитационные упражнения:** Специальные упражнения помогают восстановить подвижность и силу после травм.

#### **Заключение**

Травмы связок голеностопного сустава — это одна из наиболее частых проблем, с которыми сталкиваются футболисты. Однако, соблюдая комплексный подход к профилактике, который включает укрепление мышц, правильную технику игры, использование качественной обуви и своевременное восстановление, можно значительно снизить риск этих травм. Важно также активно заниматься реабилитацией, чтобы как можно быстрее вернуться в игру и избежать повторных повреждений.

# **КОГНИТИВНО-АФФЕКТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

*Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К*

*Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

## **Введение**

Постковидный синдром (ПКС) у молодых людей сопровождается не только соматическими, но и нейропсихологическими симптомами, включая когнитивные нарушения, тревожность и депрессию. Шкала Монреальской когнитивной оценки (MoCA) широко используется для выявления легких когнитивных нарушений. Однако влияние тревожности и депрессии на результаты MoCA у молодых пациентов с ПКС остается недостаточно изученным. Цель данного исследования — оценить связь между когнитивными функциями, тревожностью и депрессией у молодых людей с ПКС.

## **Методы**

Проведено исследование в дизайне «случай–контроль», включающее 60 молодых пациентов (возраст 18–35 лет) с диагнозом ПКС и 60 здоровых добровольцев, сопоставленных по возрасту и полу. Оценка когнитивных функций проводилась с использованием шкалы MoCA. Уровень тревожности и депрессии оценивался с помощью шкал ВАИ и ВДИ соответственно. Для анализа использовались t-тесты и корреляционный анализ Спирмена.

## **Результаты и их обсуждение**

**Когнитивные функции:** Пациенты с ПКС показали значительно более низкие средние баллы по шкале MoCA по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ).

**Аффективные симптомы:** Уровни тревожности и депрессии были значительно выше в группе ПКС по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ).

**Корреляционный анализ:** Обнаружена значимая отрицательная корреляция между баллами MoCA и уровнями тревожности ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,01$ ) и депрессии ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,01$ ).

Результаты исследования свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений у молодых пациентов с ПКС, сопровождающихся повышенными уровнями тревожности и депрессии. Отрицательная корреляция между когнитивными функциями и уровнем аффективных симптомов подчеркивает необходимость комплексного подхода в диагностике и лечении ПКС у молодых людей. Раннее выявление и коррекция когнитивных и эмоциональных нарушений могут способствовать улучшению общего состояния и качества жизни данной группы пациентов.

**Выводы.** Молодые пациенты с постковидным синдромом демонстрируют значимые когнитивные нарушения, особенно в сферах внимания, памяти и исполнительных функций.

Повышенные уровни тревожности и депрессии тесно связаны с ухудшением когнитивных способностей, что подтверждается отрицательной корреляцией между показателями MoCA и уровнями аффективных симптомов. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению ПКС у молодых людей, включающий регулярную оценку когнитивного состояния и психоэмоционального благополучия.

## **ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ**

*Туйчиев Ш.Т., Абдуллаева В.К.  
Ташкентский Педиатрический медицинский институт*

### **Введение**

Постковидный синдром (ПКС) у молодых людей (18–35 лет) характеризуется не только соматическими, но и выраженными психоэмоциональными последствиями, включая тревожные и депрессивные расстройства. Актуальность проблемы обусловлена тем, что даже при лёгком течении COVID-19 пациенты молодого возраста могут сталкиваться с устойчивыми нарушениями эмоциональной регуляции.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) считается эффективным методом лечения тревоги и депрессии, однако её роль в реабилитации после COVID-19 у молодёжи изучена недостаточно. Целью данного исследования было оценить эффективность КПТ в снижении уровня тревожности и депрессии у молодых пациентов с постковидным синдромом на основе валидизированных психометрических шкал.

### **Методы. Дизайн:**

Исследование выполнено в формате «случай–контроль» с включением 80 молодых пациентов (возраст 18–35 лет), проходивших амбулаторную реабилитацию после COVID-19.

- **Экспериментальная группа** (n = 40): получала стандартную медицинскую поддержку и индивидуальные КПТ-сессии (1 раз в неделю, 60 минут, в течение 6 недель).

- **Контрольная группа** (n = 40): получала только стандартную медицинскую поддержку без психологического вмешательства.

- Тревожность оценивалась по шкале Спилбергера–Ханина (ситуативная и личностная тревожность).

- Депрессия — по шкале Бека (BDI-II).

- Оценка проводилась до начала вмешательства и через 6 недель.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

В экспериментальной группе наблюдалось статистически значимое снижение как ситуативной тревожности (в среднем с  $51,2 \pm 6,1$  до  $38,6 \pm 5,3$ ; p

< 0,001), так и личностной тревожности (с  $49,3 \pm 5,8$  до  $40,1 \pm 4,9$ ;  $p < 0,001$ ). В контрольной группе изменений не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Баллы по шкале Бека снизились в экспериментальной группе с  $21,4 \pm 6,2$  (умеренная депрессия) до  $12,3 \pm 5,0$  (лёгкая депрессия);  $p < 0,001$ . В контрольной группе уровень депрессии остался на прежнем уровне ( $20,8 \pm 5,9$  до  $19,7 \pm 6,4$ ;  $p > 0,05$ ).

У 72,5 % пациентов в экспериментальной группе отмечено уменьшение выраженности тревожно-депрессивных симптомов до субклинического уровня, в контрольной — только у 17,5 %.

Полученные данные демонстрируют высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии в снижении как тревожных, так и депрессивных симптомов у молодых пациентов с постковидным синдромом. Это согласуется с предыдущими метаанализами, подтверждающими роль КПТ как метода первой линии при эмоциональных расстройствах.

Важно подчеркнуть, что КПТ не только снижает субъективные переживания, но и способствует восстановлению повседневного функционирования. Учитывая сохраняющуюся распространённость ПКС, включение КПТ в стандартную модель реабилитации молодых пациентов представляется обоснованным и перспективным.

#### **Выводы**

1. Когнитивно-поведенческая терапия эффективна в коррекции тревожно-депрессивных состояний у молодых пациентов с постковидным синдромом.

2. Психотерапевтическое вмешательство значительно улучшает показатели по шкале Спилбергера–Ханина и шкале депрессии Бека.

3. Рекомендуется включение КПТ в протоколы комплексной реабилитации после COVID-19, особенно для лиц молодого возраста с эмоциональными нарушениями.

### ***ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ***

*Умарова Малика Полатовна  
Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Хирургические вмешательства на сердце с применением искусственного кровообращения (ИК) позволяют значительно продлить жизнь пациентам с тяжёлыми кардиологическими патологиями. Однако наряду с этим нередко наблюдаются послеоперационные осложнения со стороны центральной нервной системы, особенно когнитивные расстройства — нарушения памяти, внимания, мышления и других высших психических функций.

Согласно клиническим данным, у 30–60% пациентов после операций на открытом сердце развиваются те или иные формы когнитивной дисфункции, что отрицательно сказывается на процессе реабилитации и качестве жизни. Причины данного явления комплексны и включают в себя как особенности хирургического вмешательства, так и индивидуальные характеристики пациента. Актуальность работы заключается в необходимости уточнения ведущих факторов риска и механизмов развития когнитивных нарушений для последующего внедрения эффективных профилактических и коррекционных мер.

#### **Цель исследования**

Определить основные причины и факторы риска развития когнитивных нарушений у пациентов, перенёсших кардиохирургические операции с использованием искусственного кровообращения.

#### **Материалы и методы**

В исследование включены 60 пациентов (40 мужчин и 20 женщин, средний возраст —  $62 \pm 8$  лет), которым было проведено аортокоронарное шунтирование или протезирование клапанов сердца с применением ИК. Оценка когнитивного статуса проводилась на трёх этапах:

- до операции (исходный уровень),
- на 7-е сутки после вмешательства,
- через 1 месяц после выписки.

Применялись стандартные нейропсихологические тесты: шкала MMSE, тест Монреальской когнитивной оценки (MoCA), тест Трейл-мейкинг (ТМТ-А и В). Дополнительно фиксировались следующие параметры:

- продолжительность ИК и аортальной окклюзии,
- периоперационная температура тела,
- эпизоды гипотензии или гипоксии,
- наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая ишемия мозга),
- уровень образования

#### **Результаты исследования**

Уже на 7-е сутки после операции у 43% пациентов выявлены когнитивные нарушения различной степени тяжести. Наиболее часто наблюдались: снижение кратковременной и рабочей памяти, ухудшение концентрации внимания, замедление психомоторной скорости, трудности при переключении внимания. Установлены следующие факторы, ассоциированные с повышенным риском когнитивных расстройств:

- продолжительность ИК более 90 минут;
- периоперационные эпизоды гипотензии (АД <60 мм рт. ст.);
- снижение сатурации (<92%) во время операции;
- возраст старше 65 лет;
- наличие сопутствующего сахарного диабета;

○ ранее перенесённые нарушения мозгового кровообращения или признаки хронической ишемии мозга на МРТ.

Через месяц после вмешательства у большинства пациентов наблюдалась положительная динамика и частичное восстановление когнитивных функций. Однако у 17% пациентов когнитивные нарушения сохранялись, что требует дальнейшего наблюдения и коррекции.

### **Выводы**

Когнитивные расстройства являются частым осложнением после операций с ИК. Их развитие связано с сочетанием хирургических факторов (длительность ИК, гипоксия) и индивидуальных особенностей пациента (возраст, сопутствующая патология). Ранняя диагностика и профилактика таких нарушений должны стать неотъемлемой частью комплексной кардиохирургической помощи.



*Сборник тезисов*

**«МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД  
В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ: НАУКА  
И ПРАКТИКА»**

**Июнь 05.06.2025 г.**