

**РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

МАХАМАТЖАНОВА НОДИРА МАХАМАДАМИН ҚИЗИ

**ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАДА ХАВОТИР-ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР
ВА УНДА ТИББИЙ-ПСИХОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

19.00.04 – Тиббий психология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)

Махаматжанова Нодира Махаматамин қизи

Тизимли қизил бўричада хавотир-депрессив бузилишлар ва унда тиббий-психологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш 3

Махаматжанова Нодира Махаматаминовна

Тревожно-депрессивные расстройства при системной красной волчанке и оптимизация медико-психологической помощи..... 23

Makhamatjanova Nodira Makhamadamin qizi

Anxiety-depressive disorders in systemic lupus erythematosus and optimization of medical and psychological care..... 41

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 45

**РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

МАХАМАТЖАНОВА НОДИРА МАХАМАДАМИН ҚИЗИ

**ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАДА ХАВОТИР-ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР
ВА УНДА ТИББИЙ-ПСИХОЛОГИК ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

19.00.04 – Тиббий психология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2019.2.PhD/Tib1033 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифаси (www.medsport.uz) манзилига ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим порталининг www.ziyo.net манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: **Ибодуллаев Зарифбой Ражабович**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: **Абдуллаева Васида Каримовна**
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Алиахунова Мавжуда Юсуповна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: Тошкент Давлат Стоматология Институди

Диссертация ҳимояси Республика спорт тиббиёти илмий-амалий маркази ҳузуридаги илмий даражалар берувчи PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «___» _____ кuni соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100027, Тошкент шаҳри, Олмазор кўчаси, 6-уй. Тел.: (+99871) 241-38-03; факс: (+99871) 241-30-93; e-mail: medsport@gmail.com).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси, 2 уй. Тел./факс: (+99871)150-78-25), e-mail.: tta2005@mail.ru).

Диссертация автореферати 2023 йил «___» _____ кuni тарқатилди.

(2023 йил «___» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А.А. Садиков

Бир марталик илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.Б. Солиев

Бир марталик илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, биология фанлари доктори, к.и.х.

А.А. Хаджиметов

Бир марталик илмий даражалар берувчи илмий кенгаш ҳузуридаги илмий семинар раиси, биология фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳонда тизимли қизил бўрича (ТҚБ) касаллигининг тарқалиши ҳаётий органларнинг шикастланишига олиб келганлиги сабабли қисқа муддатларда беморларнинг ўлимига сабаб бўлмоқда. Расмий маълумотларга кўра, «...tizimli қизил бўрича ревматологик касалликлар орасида кенг тарқалган бўлиб, аёлларда эркакларга нисбатан 10 баробар кўпроқ учрайди ва бошланиш даври кўпинча 14-40 ёшлар оралиғига тўғри келади...»¹. ТҚБ психоэмоционал бузилишларнинг учраши бўйича етакчи ўринларни эгаллаши ҳамда ижтимоий-тиббий ва иқтисодий зарар етказувчи, ногиронлик даражаси юқори бўлган тиббий муаммолардан бири сифатида эътироф этилиши сабаб мазкур касалликда тиббий-психологик ёрдам кўрсатишнинг янги мазмундаги амалий имкониятларини тадқиқ этиш масалалари долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда ТҚБда хавотирли-депрессив бузилишларни эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олишни такомиллаштиришда юқори самарадорликка эришишга йўналтирилган қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бунда, психоэмоционал бузилишларнинг базис даво билан ўзаро патогенетик боғлиқ жиҳатларини аниқлаш, тизимли қизил бўрича аниқланган беморларда нишон аъзолари зарарланиши билан биргаликда психоэмоционал бузилишларни ҳам ривожланиши ва мослашиш жараёнида хавотирли-депрессив бузилишлар беморлар ҳаёт сифатига таъсири кўрсаткичларини баҳолаш, ТҚБдаги хавотирли-депрессив бузилишларнинг эрта диагностикаси ва асоратларининг ривожланиб кетишини прогнозлашнинг асосий мезонларини ишлаб чиқиш масалалари бўйича илмий тадқиқотларни устувор даражада амалга ошириш зарурати кузатилмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини сифат жиҳатдан ривожлантириш, аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини ошириш борасида, жумладан ТҚБда хавотирли-депрессив бузилишларни эрта ташхислаш ва самарали даволаш даражасини янги поғонага кўтариш бўйича қатор илмий изланишлар амалга оширилмоқда. Аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини янада яхшилашни таъминлаш мақсадида 2017-2021 йиллар давомида амалга оширилиши режалаштирилган Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида “аҳолига тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш тизимини янада ривожлантириш ва такомиллаштириш”² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, ТҚБ касаллигини самарали даволашда психоэмоционал бузилишларни ҳам аниқлаб, уларга замонавий психофармакотерапия ва психотерапия усулларида фойдаланишни кенгайтириш асосида ихтисослаштирилган тиббий-психологик ёрдамни такомиллаштириш, шунингдек, ўз вақтида кўрсатилган тиббий-психологик

¹ Гадаев А.- Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами – 2010 й. 669 б.

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли Фармони.

ёрдам беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичларини ижобий томонга ўзгартиришда муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилиш тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йилнинг 7 декабридаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 19 декабрдаги ПҚ-4067-сон «Ўзбекистон Республикасининг 2019 йилга мўлжалланган инвестиция дастурини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги илғор чет эл тажрибаси ва инновацион ғояларини тадбиқ қилишга доир қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологияни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бугунги кунда замонавий ревматология амалиётида эрта диагностика қилишнинг юқори самарадор усуллари ишлаб чиқиш билан бир қаторда коморбид бузилишли муаммоларни ҳал қилишдаги ёндашувларни ҳам қайта ишлаб чиқишга эътибор берилмоқда. Россиялик тадқиқотчилар Лисицына Т.Л., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Марченко А.С. ва бошқа мутахассислар томонидан (2008) ТҚБ аниқланган беморларнинг 66% руҳий бузилишлар, жумладан, депрессив эпизод, адаптация бузилишлари, тарқалган ҳавотир бузилишлари ва дистимия кузатилган. Вознесенская Т.Г. (2008)нинг тадқиқотлари сурункали стресс ревматик касаллик (РК)ларнинг дебюти ёки РКнинг қайта хуруж қилишига ва ҳавотирли-депрессив бузилиш (ХДБ)нинг бошланишига сабаб бўлганлигини кўрсатса, Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Зелтинь А.Е. (2010)лар тадқиқотларида адаптация муаммолари, касалликнинг натижасига ишончсизлик оқибатидаги сурункали стресслар беморлардаги ҳавотир ва кайфият бузилишларини яна ҳам ошириши аниқланган.

Аутоиммун касалликлар учун психотерапия самарадорлигини баҳолайдиган бир нечта тадқиқотлар мавжуд бўлиб, нуфузли хорижий университетлар мутахассислари, жумладан, Miller A.H., Maletic V., Raison Ch.L. (2008), Navarrete N. (2010)лар томонидан ТҚБ билан касалланган беморларда психотерапия ва психологик қўллаб-қувватлаш орқали ҳаёт сифатини яхшилаш, ўзаро муносабатлардаги ижобий ўзгаришларга, бемор ўзини-ўзи қадрлашига ва умумий саломатлиги яхшиланишига олиб келишини кўрсатадиган тадқиқотлар олиб борилган. Céu T. M. S., Navarrete N, Peralta-Ramírez M.I., Sabio-Sánchez J.M. (2019) томонидан ўтказилган тадқиқотларда ТҚБдаги психоэмоционал бузилишларни коррекция қилишда

психоанализга асосланган психотерапия, когнитив-бихевиорал психотерапия усулларидан фойдаланилган. Бунда беморларда хис-туйғуларни ифода этиш ва улар билан курашиш қийинлиги аниқланган.

Бугунги кунда касалликларни даволашда тиббий психологик усулларни қўлланилиши, соматик касаллик ривожланишида, даволаш жараёнида беморнинг шахсияти ва ижтимоий-психологик омилларнинг ролини тобора кўпроқ англаш орқали шахснинг касалликка мослашиш механизмларини ўрганиш психологик диагностика соҳасининг устувор вазифалари доирасига кириши лозимлигини кўрсатмоқда.

Ўзбекистонда кейинги ўн йилликда тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишлар ривожланишини эрта босқичларида аниқлаш, бу ҳолатни беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири, унда тиббий-психологик ёрдам тамоиллари, жумладан Гештальт-терапия самарадорлиги ўрганилмаган. Бу ўз навбатида мазкур муаммолар бўйича чуқур ва кенг қамровли тадқиқотлар ўтказиш заруриятини келтириб чиқарган. Шунга кўра, ҳозирги вақтда бу борада олинган намуналар ҳажмининг кичиклиги, тасодифийликнинг йўқлиги ва фақат бир нечта соҳалардагина ижобий натижаларнинг камлик қилиши сабабли келгусида бу соҳада амалга ошириладиган тадқиқотлар долзарб ва илмий-амалий аҳамият касб этади. Мазкур диссертация иши ушбу муаммоларни ҳал этишга қаратилган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот ишлари режасининг 01.110.0158 «Неврология ва тиббий психологиядаги бузилишларнинг клиник-ижтимоий тадқиқотлари» (2015-2019 йй.), 01.15.00156 «Бош миянинг ўткир ва сурункали касалликларининг клиник-неврологик, нейроиммунологик, генетик, патобиокимёвий, невровизуал хусусиятларини ўрганиш» мавзуларидаги амалий лойиҳалар доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишларни аниқлаш ва уларда тиббий-психологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишларнинг клиник структурасини психодиагностик усуллар орқали ўрганиб баҳолаш;

тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишларни коррекция қилишда Гештальт-терапия самарадорлигини аниқлаш.

хавотирли-депрессив бузилишлар билан намоён бўлувчи тизимли қизил бўричада беморларнинг ҳаёт сифатини динамикада таҳлил қилиш;

тизимли қизил бўрича аниқланган беморларга тиббий-психологик ёрдам алгоритмининг Гештальт-терапия усули ёрдамида ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ қилиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2017-2019 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ревматология бўлимида тизимли қизил бўрича ташхиси билан стационар даволанган 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган 80 нафар бемор жалб қилинган.

Тадқиқотнинг предметини беморларнинг клиник ҳолати, психоэмоционал ҳолат кўрсаткичлари, бемор ҳаёт сифатини объектив ва субъектив баҳолаш кўрсаткичлари ташкил этади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда умумклиник, тиббий-психологик текширув, тиббий-психологик анкета (З.Р.Ибодуллаев 2018 й, патент №001031) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) “Хавотир ва депрессиянинг госпитал шкаласи”, “SF-36 сўровномаси (SF-36 Health Status Survey)”, психотерапевтик коррекция усули сифатида Гештальт-терапия ва маълумотларни қайта ишлаш учун статистик таҳлил методларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор тизимли қизил бўрича касаллигидаги психоэмоционал бузилишлар бемор турмуш тарзига бўлган нигоҳини ва ички салоҳиятини ишга тушишини ўзгартиришга олиб келиши туфайли касаллик клиник кечувини авжланиши ва унинг давосига йўналтирилган стандарт даво самарасига салбий таъсирини тиббий-психологик ва махсус тестларни қўллаш орқали аниқлаш имконияти исботланган;

психоэмоционал ўзгаришлар структурасида кўрқув, хавотир, ваҳима ва депрессия каби бузилишлар устувор учраб, касалликнинг дастлабки даврларида аниқланганлиги, ҳамда шахс моделининг мотивацион, коммуникатив, интеллектуал ва бошқа компонентларини ҳам бузилиши туфайли бемор ҳаёт сифатига таъсир этувчи асосий психологик омил эканлиги ва комплекс психотерапевтик коррекцияни тақозо этиши аниқланган;

хавотирли-депрессив бузилишларни дастлабки намоён бўлиш даврларида бемор онгини кенгайтириш, англаш қобилиятини ошириш, ҳиссий муаммоларни енгиб ўтиш кўникмаларини шакллантиришга қаратилган Гештальт-терапия усули ёрдамида коррекция қилиш орқали тизимли қизил бўрича даво чора-тадбирлари самарадорлигини яхшилаш имконияти аниқланган;

тизимли қизил бўрича касаллиги стандарт давосида Гештальт терапия усули ҳамда психофармакотерапия усулини қўллаш орқали касаллик кечуви ва унинг давосида ижобий натижаларга эришилганлиги ҳамда бу бемор ҳаёт сифатидаги рухий компонентнинг сезиларли даражада оширилганлигига асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

тиббий амалиётда тизимли қизил бўричада кузатиладиган хавотирли-депрессив бузилишларни аниқлаб, уларни Гештальт-терапия ва психофармакотерапия усуллари қўллаш бўйича ишлаб чиқилган алгоритм орқали коррекция қилиш беморлар ҳаёт сифатини ижобий тарафга ўзгартиришда юқори самарага эга эканлиги аниқланган;

тадқиқот натижалари тиббий психологлар ва психотерапевтларга тизимли қизил бўрича касаллигидаги хавотирли-депрессив бузилишларни коррекция қилишда психологик ёрдамнинг дифференциал индивидуал усуллари ишлаб чиқишга имкон бериши исботланган;

тиббий-психологик ёрдамни ташкил қилиш бўйича ишлаб чиқилган ёндашувлар тизимли қизил бўричадаги психоэмоционал бузилишларни бартараф этишда психолог, психотерапевт, ревматолог ва умумий амалиёт шифокорларини ўзаро ҳамкорликларини оптималлаштириши мумкинлиги аниқланган;

тадқиқот материаллари шифокорлар ва тиббий психологларни тайёрлаш учун асосий ўқув дастурларига, ревматолог ва умумий амалиёт шифокорларининг қўшимча таълим дастурларига киритилиши мумкинлиги исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ўтказилган тадқиқотлар замонавий усул ва ёндошувлар асосида олиб борилганлиги, назарий маълумотлардан олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарлилиги, умумиклиник, инструментал, функционал ва статистик текширув усулларига асосланганлиги, барча рақамли маълумотлар замонавий компьютер технологияларни қўллаб ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган маълумотлар тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишларни эрта аниқлаш ва уларни коррекция қилишда психофармакотерапия билан биргаликда Гештальт-терапия усулини ҳам стандарт давога қўшиш тавсия этилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти тизимли қизил бўрича билан касалланган беморларда психоэмоционал бузилишлар камайтирилганлиги, даволаниш харажатларини камайтирилганлиги, бемор ҳаёт сифатини яхшилашга имкон берувчи, тадқиқот натижалари асосида шаклланган амалий тавсияномаларнинг амалиётга тадбиқ этилганлиги билан белгиланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишлар ва унда тиббий-психологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

тизимли қизил бўричада кузатиладиган хавотирли-депрессив бузилишларни аниқлаш, уларни Гештальт-терапия ва психофармакотерапия усулларини қўллаш орқали коррекция қилишдан олинган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган “Тизимли қизил бўрича касаллигидаги психоэмоционал бузилишларни коррекция қилиш алгоритми” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 30 ноябрдаги 8н-р/512-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома тизимли қизил бўрича касаллигида хавотирли-депрессив бузилишларни эрта аниқлаш, уларни Гештальт-терапия усули бўйича коррекция қилиш имконини берган;

тизимли қизил бўричада базис терапия, психотерапия ва психофармакотерапиянинг биргаликда ўтказилиши асосида психоэмоционал бузилишларни самарали коррекция қилиш ва беморлар ҳаёти сифатини сезиларли даражада ошириш бўйича олинган илмий

натижалар асосида ишлаб чиқилган “Тизимли қизил бўрича касаллигининг тиббий-психологик диагностика алгоритми” номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 21 январдаги 8н-р/85-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ТҚБ билан оғриган беморларнинг клиник-психологик кўрсаткичлари, суицидал фикрлар ва ҳаёт сифати кўрсаткичларини аниқлаш имконини берган;

тизимли қизил бўрича касаллиги билан оғриган беморларда психоэмоционал бузилишларни коррекция қилишдан олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент шаҳар 3-сон шаҳар клиник шифохонаси ва Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 30 ноябрдаги 8н-р/512-сон маълумотномаси). Натижада хавотирли-депрессив бузилишлар билан намоён бўлувчи тизимли қизил бўричада беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш имконияти кенгайтирилган;

тизимли қизил бўрича касаллигини тиббий-психологик диагностика қилиш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент шаҳар 3-сон клиник шифохонаси ва Бухоро вилояти 4-сон оилавий поликлиника амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 29 январдаги 8н-р/85-сон маълумотномаси). Натижада тизимли қизил бўричадаги психоэмоционал бузилишларни, беморларнинг ҳаёт сифатини эрта тиббий-психологик диагностика қилиш ва уларда хавотирли-депрессив бузилишларни психокоррекция қилишда Гештальт-терапия усулини қўллаш орқали беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

тизимли қизил бўричада кузатиладиган хавотирли-депрессив бузилишларни аниқлаш, уларни Гештальт-терапия ва психофармакотерапия усуллари кўллаш орқали коррекция қилишдан олинган илмий натижалар асосида “Тизимли қизил бўрича касаллигидаги психоэмоционал бузилишларни коррекция қилиш алгоритми” номли рационализаторлик таклифи ишлаб чиқилган (№941 03.09.2022).

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари жами 3 та, жумладан, 1 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокама қилинган.

Натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 9 та илмий иш, жумладан, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш қисми, тўртта боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 137 бетдан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация иши мавзусининг долзарблиги ва ушбу ишга талаб асослаб берилган, тадқиқот мақсади, вазифалари, тадқиқотнинг объекти ва предмети тавсифланган, мазкур тадқиқотнинг Ўзбекистон республикаси фан ва

технологияларининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий текшириш натижалари, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга тадбиқ этилиши, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Ревматология амалиётида хавотирли-депрессив бузилишларнинг психологик структураси ва психотерапевтик ёрдамнинг замонавий ҳолати (адабиётлар таҳлили)”** деб номланган биринчи боби беш қисмдан иборат бўлиб, унда хавотирли-депрессив бузилишларни ревматология амалиётида тарқалиш даражаси, ТҚБда хавотирли-депрессив бузилишларнинг патофизиологияси ва клиник кўриниши, ревматология амалиётида психодиагностика, психотерапия ва психофармакотерапия муаммолари баён қилинган. Хулоса қисмида келтирилган маълумотларга яқун ясаб, касалликнинг нозологик мансублигидан қатъи назар, касаллик шароитида психологик жавоб беришнинг умумий кўринишлари мавжудлиги билан бир қаторда айрим соматик патологияларда ушбу жавобларнинг ўзига хос хусусиятлари борлиги таъкидланган. Шундан келиб чиққан ҳолда, соматик касалликларда психологик диагностика ва психотерапия вазифалари - касалликда беморнинг руҳий ҳолатини бузилишига олиб келадиган ўзгаришларни аниқлаш, шахснинг касалликка мослашиш механизмларини ўрганиш, ҳамда, аниқланган бузилишларни коррекция қилишдан иборатлиги таъкидланган.

Диссертациянинг **“Тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишларнинг эмпирик ўрганилиши”** деб номланган иккинчи бобида мақсадга эришиш ва қўйилган вазифалар ечимини таъминловчи тадқиқот объектининг тавсифи, тиббий-психологик текшириш усуллари ва услубий ёндашувлар баён қилинган.

Тадқиқот ишлари 2017-2019 йиллар мобайнида Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ревматология бўлимида ТҚБ билан даволанган 80 нафар беморда олиб борилди. Когортани 18-40 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилиб, уларнинг ўртача ёши – $28 \pm 9,2$ ва барчаси аёллар. Текширувлар ТҚБнинг ним ўткир (ўткир ости) кечишидаги беморларда ўтказилди.

Диссертациянинг мақсад ва вазифаларидан келиб чиқиб беморлар қуйидагича тақсимланди (1-расм.).

Қўлланилган психотерапия ва психофармакотерапия самарадорлигини солиштириб баҳолаш мақсадида Асосий гуруҳдаги 80 нафар беморларни 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди:

А) 40 нафар (50%) базис даво билан бирга Гештальт-терапия ва психофармакотерапия (ПФТ)-(антидепрессант ва анксиолитик) ўтказилган беморлар;

В) 40 нафар (50%) базис даво билан бирга рационал психотерапия ва ПФТ қўлланилган беморлар;

2) назорат гуруҳида 40 нафар (100%) текширилувчи – органик ва руҳий бузилишлар аниқланмаган шахслар (амалий соғлом).

Беморлар тақсимланиши



1-расм. Асосий гуруҳдаги беморлар тақсимланиши

Беморларнинг тиббий-психологик статуси тиббий-психологик анкета ёрдамида ўрганилди (З.Р. Ибодуллаев 2018 й., патент №001031). Клиник-психологик текширувлар хулосаларини объективлаштириш мақсадида психологик тестлардан фойдаланилди. Бу мақсадда HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), яъни “Хавотир ва депрессиянинг госпитал шкаласи” танлаб олинди. Беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичлари SF-36 сўровномаси (SF-36 Health Status Survey) ёрдамида ўрганилди. Психотерапия мақсадида А гуруҳга Гештальт-терапия усулидан, В гуруҳга эса рационал психотерапия усулидан фойдаланилди. Гештальт-терапия мақсади хусусий муаммоларни ечишдан кўламлироқ, аниқроғи мижознинг турмуш тарзини ўзгартириш, киши салоҳиятини – унинг кучлари ва имкониятларини интеграция қилиш ва ривожлантиришдан иборат.

Психоэмоционал бузилишларни коррекция қилиш мақсадида ҳар иккала гуруҳда ҳам психофармакотерапия қўлланилди. Психофармакотерапия ҳар иккала гуруҳга ҳам тиббий-психологик текширувнинг биринчи кунидан буюрилди. Бу мақсадда флувоксамин (феварин) 100 мг 3 ой мобайнида, афобазол 10 мг кунига 2 маҳалдан 1 ой мобайнида берилди.

Тадқиқот натижаларининг статистик текшируви «Excel-2012» стандарт дастури ёрдамида замонавий IBM типдаги ҳисобловчи тизимларни қўллаш орқали ўтказилди. Ўртача арифметик кўрсаткич (M), ўртача квадратик силжиш, ўртача стандарт хатолик (m), нисбий катталикларни (фоизларда частота) ҳисоблаган ҳолда вариацион параметрик ва нопараметрик статистика усуллари қўлланилди. Олинган кўрсаткичларнинг статистик аҳамияти (p) ўртача катталиклар таққосланиб, Стъудент критерийси (t) ёрдамида текширилади. Статистик аҳамиятли ўзгаришларга ҳақиқийлик даражаси $p < 0,05$ қабул қилинди.

Диссертациянинг “Тизимли қизил бўричада хавотирли-депрессив бузилишлар структураси ва динамикаси” деб номланган учинчи бобида клиник-психологик симптомлар дастлабки ҳолатидаги фарқлар баҳоланди.

Беморлардаги хавотирли ва депрессиянинг субъектив белгиларини ўрганишда тиббий-психологик анкетадан фойдаланилди. Шунга кўра, асосий гуруҳдаги А гуруҳда 38 та (95%) беморда доимий хавотирлик ҳисси, асабийлик 35 та (87,5%) беморда, 40 та (100%) беморда чарчоқ, толиқиш, 35 та (87,5%) беморда диққат бузилиши, 37 (92,5%) та беморда уйқу бузилиши, 34 та (85%) беморда ангедония, 32 та (80%) беморда турғун чарчоқ ҳисси, 36 нафар (90%) беморда эмоционал лабиллик, 39 та (97,5%) беморда кайфият ўзгарувчанлиги, 32 (80%) нафарида кўрқув ҳисси, 30 (75%) беморда эса “Ёмон” эмоциялар ҳақида фиксация аниқланди.

В гуруҳда эса 37 та (92,5%) беморда доимий хавотирлик ҳисси, асабийлик 35 та (87,5%) беморда, 40 та (100%) беморда чарчоқ, толиқиш, 34 та (85%) беморда диққат бузилиши, 38 та (95%) беморда уйқу бузилиши, 33 та (82,5%) беморда ангедония, турғун чарчоқ ҳисси 33 та (82,5%) беморда, 35 нафар (87,5%) беморда эмоционал лабиллик, 38 та (95%) беморда кайфият ўзгарувчанлиги, 30 нафарида (77,5%) кўрқув ҳисси, 29 (72,5%) беморда эса “Ёмон” эмоциялар ҳақида фиксация аниқланди.

ТҚБ ташхиси кўйилган беморларда хавотир ёки депрессиянинг борлиги ёки унинг клиник формаларининг яққоллик даражасини HADS шкаласи бўйича таҳлил қилинди. Хавотирнинг турлари (клиник, субклиник хавотир) кўрсаткичлари таҳлиliga кўра, “А” ва “В” гуруҳдаги беморларда (n=80) клиник хавотир 66,0%ни ташкил этган бўлса, субклиник хавотир 10,7% га тенг бўлди (1-жадвал).

1-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларда хавотирли кўрсаткичларнинг тақсимланиши (%)

Хавотирли	Асосий гуруҳ n=80		Назорат гуруҳи n=40	
	Абс	%	Абс	%
Клиник ифодаланган хавотир	52 (14±3,1)	66,0 4,9	-	-
Субклиник ифодаланган хавотир	9 (9±1,1)	10,7±12,6	-	-
Хавотир йўқ (норма)	19 (4±3,0)	23,1±8,0*	40(3±2,7)	100 *

HADS шкаласи бўйича асосий ва назорат гуруҳидаги депрессия кўрсаткичлари таҳлиliga кўра, асосий (А ва В) гуруҳда клиник депрессия назорат гуруҳиникига нисбатан юқори бўлиб, 41,0% ни ташкил этган бўлса, субклиник депрессия 35,7%га тенг бўлди (2-жадвал).

2-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларда депрессиянинг тақсимланиши (%)

Депрессия	Асосий гуруҳ n=80		Назорат гуруҳ n=40	
	Абс	%	Абс	%
Клиник ифодаланган депрессия	34 (14±3,1)	41,0±6,3	-	-
Субклиник ифодаланган депрессия	28 (9±1,1)	35,7±6,6	-	-
Депрессия йўқ (норма)	18 (4±2,4)	23,3±7,3*	40 (3±2,4)	100*

Юқоридаги умумий маълумотларга кўра А ва В гуруҳдаги беморлар куйидагича тақсимланди (HADS бўйича) (3-жадвал)

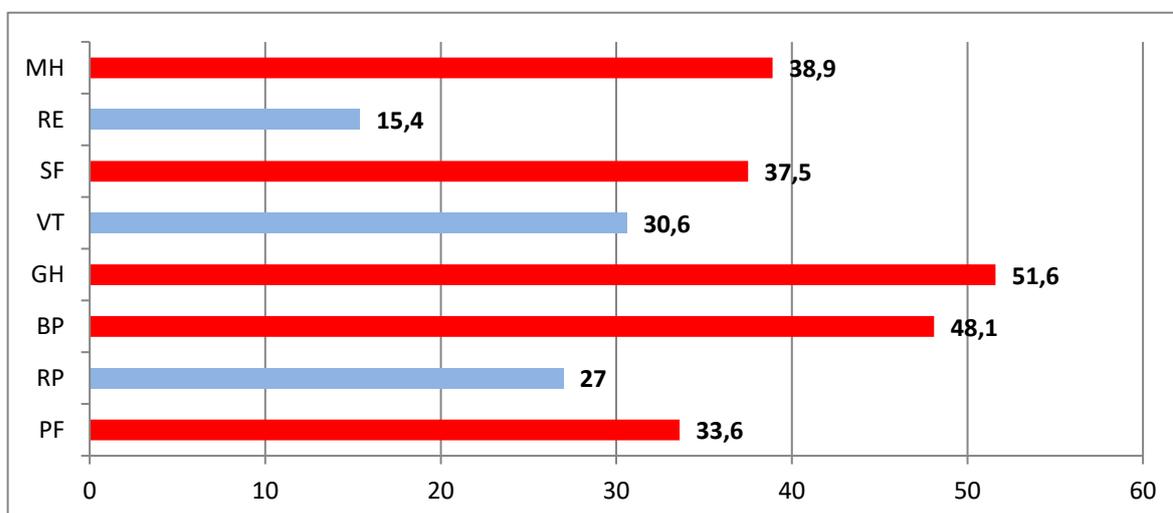
3-жадвал

Симптом	А-гуруҳ (n=40)	В-гуруҳ (n=40)
Клиник ифодаланган ХДБ	15 (37,5%)	15(37,5%)
Клиник Х Субклиник Д	9 (22,5%)	9(22,5%)
Клиник Х,	5 (12,5%)	4 (10%)
Клиник Д, Субклиник Х	2 (5%)	2 (5%)
Субклиник ХДБ	2 (5%)	2(5%)
Клиник Д	5 (12,5%)	5(12,5%)
Субклиник Х	1 (2,5%)	1(2,5%)
Субклиник Д	1 (2,5%)	2(5%)

Жадвалда келтирилган маълумотлар бўйича психоэмоционал кўрсаткичлар тенг тақсимланиб тадқиқот гуруҳлари шакллантирилди.

Ушбу тадқиқот натижаларига кўра, ТҚБ ташхисланган беморлар корреляция қилинганда клиник ифодаланган хавотирли-депрессив синдромлар субклиник хавотир ва депрессив синдромларга қараганда устунлик қилди.

ТҚБ ташхисланган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича 8 та кўрсаткични ҳар бир беморда таҳлил қилиш натижаларига кўра, беморларда энг юқори кўрсаткич $55 \pm 5,3$ ни ташкил этди, яъни касаллик беморларнинг ҳаёт сифатига яққол ўз таъсирини ўтказганлигини кўрсатди. Бундан, кўрсаткич қанча юқори бўлса, ҳаёт сифати шунча яхши бўлиши келиб чиқади (2-расм).

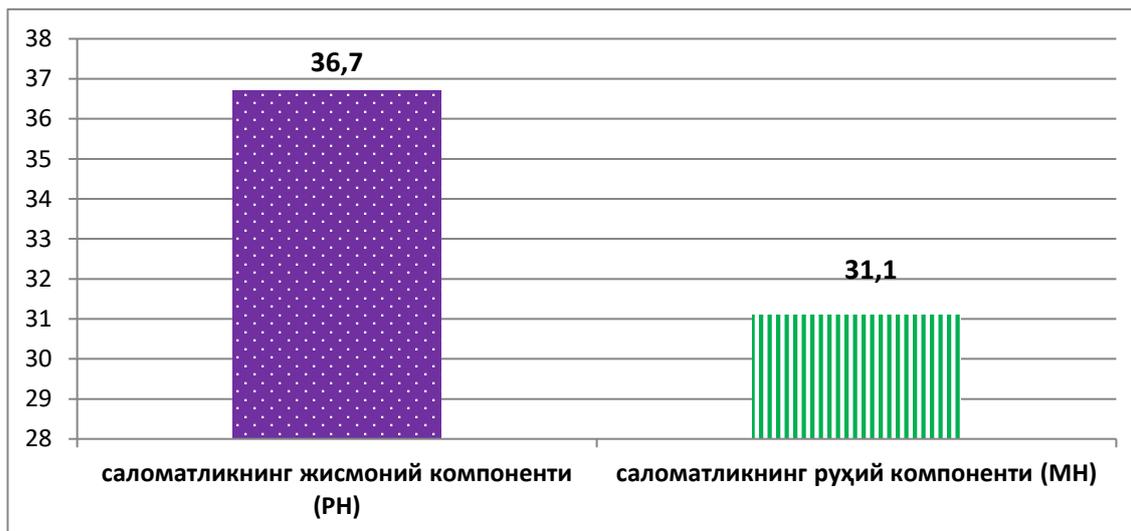


2-расм. ТҚБ ташхисланган беморларни SF-36 мезонлари бўйича баҳолаш натижалари

ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда ҳаёт фаолияти чекланишида жисмоний муаммолар ($RP=27,0 \pm 7,3$), ҳаёт фаолиятининг чегараланишида рухий эмоционал муаммолар ($RE=15,4 \pm 8,5$), ҳаёт қобиляти (тетиклик) ($VT=30,6 \pm 7,5$) каби мезонлар бўйича паст кўрсаткичлар қайд этилган бўлса, умумий саломатлик ҳолати ($GH=51,6 \pm 5,3$) ва оғриқнинг интенсивлиги ($BP=48,1 \pm 5,6$) мезони бўйича бироз юқори кўрсаткичлар қайд этилган. Бироқ

бу беморлар умумий саломатлиги яхши эканлиги ёки оғриқнинг интенсивлиги пастлигидан далолат бермайди, шунингдек, олинган кўрсаткичлар соғлом шахсларга нисбатан жуда паст эканлигини кўрсатади.

Биз ўз тадқиқотларимизда ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда саломатликнинг жисмоний ва руҳий компонентлари бўйича ҳам баҳоладик. Олинган натижаларимизга кўра, беморларда жисмоний компонент ($PH=36,7\pm 6,3$) руҳий компонентга ($MH=31,1\pm 6,7$) нисбатан устунлик қилди. Бу эса беморларнинг тетиклик тонуси, ижтимоий фаоллиги, руҳий эмоционал фаолиятига ва руҳий саломатлигига салбий таъсир кўрсатишини тасдиқлади (3-расм).



3-расм. ТҚБ ташхисланган беморларда саломатликнинг жисмоний ва руҳий компонентларини баҳолаш натижалари (n=80)

Юқоридаги диаграммадан кўриниб турибдики, ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда саломатликнинг жисмоний ва руҳий компонентларини баҳолаш натижаларига кўра жисмоний компонент ($PH=36,7\pm 6,3$) руҳий компонентга ($MH=31,1\pm 6,7$) нисбатан устунлик қилди. Ҳаёт сифатининг руҳий компоненти эса беморларнинг тетиклик тонуси, ижтимоий фаоллиги, руҳий эмоционал ҳолати ва руҳий саломатлиги сабабли паст кўрсаткичга эга бўлди.

ТҚБ аниқланган беморларда даволашнинг дастлабки босқичларида ҳаёт сифатини ўрганиб баҳолаш муҳим аҳамиятга эга. Бу эса психореабилитациянинг кейинги босқичларида қўлланилган психотерапиянинг самарасини белгиловчи омил сифатида тадқиқотда фойдаланилади.

Диссертациянинг “**Тизимли қизил бўричада тиббий-психологик ёрдам самарадорлиги**” деб номланган тўртинчи бобида ўтказилган психотерапевтик коррекциядан кейин беморларнинг психоэмоционал ҳолатида кузатилган ўзгаришлар келтирилган. Ўтказилган тадқиқотимизга асосан базис даво, ПФТ ва психокоррекция қўлланилгандан сўнг “А” ва “В” гуруҳлардаги беморларда хавотир ва депрессиянинг субъектив белгиларини қайта текширилиб баҳоланди. Шунга кўра Гештальт-терапия қўлланилган А гуруҳдаги 5 нафар (12,5%) беморда асабийлашиш, 5 та (12,5%) беморда доимий хавотирлик ҳисси, 8 та (20%) беморда чарчоқ, толиқиш, 6 нафар (15%) да диққат

бузилиши, 8 (20%) та беморда уйқу бузилиши, 4та (10%) беморда ангедония, 3 нафарда турғун чарчоқ ҳисси, 7 та (17,5%) беморда кайфият ўзгарувчанлиги, 3 нафар (7,5%) беморда эса “Ёмон” ҳиссиётлар ҳақида фиксация, 6 (15%) нафарида кўрқув ҳисси, 4 нафар (10%) беморда эмоционал лабиллик аниқланди.

В гуруҳда эса 23 та (57,5%) беморда асабийлашиш, 20 та (50%) беморда доимий хавотирлик ҳисси, 29 та (72,5%) беморда чарчоқ, толиқиш, 23 нафар (57,5%)да диққат бузилиши, 17 та (42,5%) беморда уйқу бузилиши, 18 та (45%) беморда ангедония, 20 нафар (50%)да турғун чарчоқ ҳисси, 25 та (62,5%) беморда кайфият ўзгарувчанлиги, 20 (50%) беморда эса “Ёмон” ҳиссиётлар ҳақида фиксация, 17 нафарида (42,5%) кўрқув ҳисси, 28 нафар (70%) беморда эмоционал лабиллик аниқланди.

Юқоридаги натижалардан маълум бўлдики, ПФТ ва ГТ қўлланилган “А” гуруҳдаги психоэмоционал кўрсаткичлар “В” гуруҳга қараганда статистик ишонарли даражада ($p < 0,001$) ижобий динамика кузатилди.

Беморларнинг психоэмоционал ҳолати HADS шкаласи бўйича психокоррекциядан 1 ой ва 3 ой ўтиб баҳоланган. Олинган натижалар таҳлил қилинганда, хавотирли клиник белгиларининг камайиши “А”, яъни базис даво, ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилган гуруҳда яққол намоён бўлди. Жумладан, клиник хавотирли “А” гуруҳда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилишидан аввал 66,1% ни ташкил қилган бўлса, ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилгандан 1 ойдан сўнг 20,0%га, 3 ойдан сўнг 7,4%га тенг бўлди. Бундан кўришиб турибдики, “А” гуруҳ беморларида қўлланилган психокоррекция усулларида сўнг клиник хавотирли кўрсаткичи 88,8%га камайган. “В” гуруҳдаги текширилувчиларда эса клиник хавотир даражаси 1 ойдан сўнг текширилганда мос равишда 66,1% дан 51,0% га камайганлиги, 3 ойдан сўнг қайта текширилганда эса 41,0% га тенг бўлганлиги қайд этилди, яъни, клиник хавотирли кўрсаткичлари 37,8%га камайганлиги маълум бўлди (4-жадвал).

4-жадвал

Психофармакотерапия ва психотерапия қўлланилгандан 1 ва 3 ойдан сўнг HADS шкаласи бўйича хавотир кўрсаткичларининг таҳлили (%)

Гуруҳлар	Норма		Субклиник хавотир		Клиник хавотир	
	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг
“А” гуруҳ (n=40)	50,0±6,9	68,5±5,8	30,0±8,4	24,1±9,8	20,0±10,0	7,4±11,2
“В” гуруҳ (n=40)	20,0±10,0	26,0±9,2**	29,0±9,1	33,0±8,4	51,0±6,9*	41,0±7,2**

Изоҳ: А ва В гуруҳлар орасидаги фарқ ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

HADS шкаласи бўйича депрессия кўрсаткичлари текширилиб таҳлил қилинганда клиник депрессия “А” гуруҳдаги беморларга психокоррекциядан аввал 41,0%ни ташкил қилган бўлса, ПФТ ва Гештальт-терапия

қўлланилгандан 1 ойдан сўнг 20,0% га, 3 ойдан 1,8%га тенг бўлди, яъни кўрсаткич 88,8%га камайган. “В” гуруҳдаги беморлардаги депрессия кўрсаткичлари таҳлил қилинганда эса клиник депрессия мос равишда дастлаб 41,0%ни ташкил қилган бўлса, психофармакотерапия ва рационал психотерапия қўлланилгандан 1 ойдан сўнг 38,0% га, 3 ойдан сўнг 12,0%га тенг бўлди, яъни, депрессия кўрсаткичи 29,2%га камайганлиги қайд этилди (5-жадвал).

5-жадвал

Психофармакотерапия ва психотерапия қўлланилгандан 1 ва 3 ойдан сўнг HADS шкаласи бўйича депрессия кўрсаткичларининг таҳлили (%)

Гуруҳлар	Норма		Субклиник депрессия		Клиник депрессия	
	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг	1 ойдан сўнг	3 ойдан сўнг
“А” гуруҳ (n=40)	51,5±6,9	77,7±5,5	29,5±8,9	20,3±9,6	20,0±9,7	1,8±13,4
“В” гуруҳ (n=40)	42,7±7,3	65,0±5,6	19,3±9,8	23,0±9,3	38,0±7,7	12,0±9,3*

Изоҳ: А ва В гуруҳлар орасидаги фарқ * $p < 0,001$;

Юқоридаги жадвалда А гуруҳдаги беморларда клиник хавотир ва депрессия даражаси камайиб нормал кўрсаткичларга эга бўлганлиги ифодаланди.

HADS шкаласи бўйича асосий гуруҳдаги респондентларда хавотир ва депрессияни аниқлаш таҳлиliga кўра, қўлланилган психотерапевтик даво муолажалардан сўнг беморлардаги хавотир ва депрессия клиник белгиларининг сезиларли камайганлигини айнан психотерапевтик даво усуллари, яъни ПФТ ва Гештальт психотерапиясининг биргаликда қўлланилиши юқори самарага эга эканлиги кузатилди.

Ҳаёт сифати кўрсаткичлари натижаларига кўра “А” гуруҳдаги ТҚБ ташхиси кўйилган беморларга ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилгандан сўнг 1 ойдан кейин жисмоний фаоллик (PF) қайта текширилганда кўрсаткичлар 33,6±6,7 дан 45,2±7,3 га, 3 ойдан сўнг қайта текширилганда кўрсаткичлар 53,8±6,6 га ошганлиги қайд этилди, яъни (PF) 37,5%га ортган. “В” гуруҳда эса жисмоний фаоллик (PF) 1 ойдан сўнг қайта текширилганда мос равишда 35,2±7,7 га; 3 ойдан сўнг эса 39,1±6,9 га тенг бўлди. Яъни (PF) қайта текширилганда кўрсаткич 16,3% га ортди.

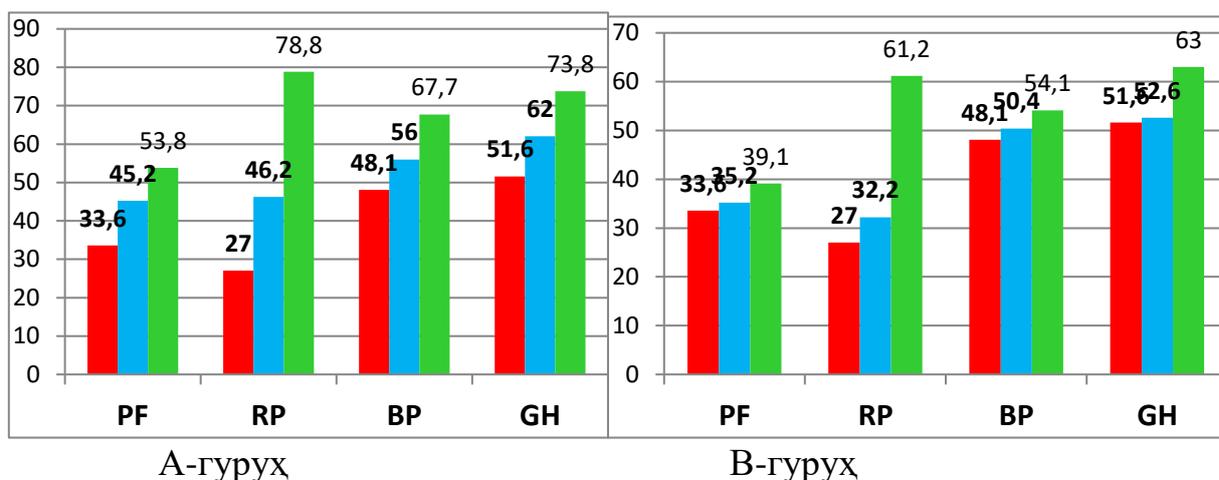
Ҳаёт фаолияти чекланишида жисмоний муаммолар (RP) натижалари таҳлил қилинганда “А” гуруҳда 1 ойдан кейин кўрсаткичлар 27,0±7,3 дан 46,2±7,3 га, 3 ойдан кейин қайта текширилганда кўрсаткич 78,8 га ошганлиги қайд этилди. Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, “А” гуруҳдаги беморларда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилишигача бўлган даврга қараганда 3 ойдан сўнг RP кўрсаткич қарийб 2,5 мартаба юқори бўлган. “В”

гуруҳда эса натижалар мос равишда 1 ойдан сўнг $32,2 \pm 7,7$ га, 3 ойдан сўнг $61,2 \pm 5,8$ га тенг бўлди. Яъни RP кўрсаткичи дастлабки ҳолатга нисбатан 1,0 мартага ортганлиги қайд этилди.

SF-36 сўровномасининг оғриқ ёки унинг интенсивлиги (BP) мезони бўйича “А” ва “В” гуруҳдаги беморлар кўрсаткичлари таҳлил қилинганда гуруҳлар орасида сезиларли фарқ борлиги статистик жиҳатдан тасдиқланди ($P < 0,01$). Жумладан, “А” гуруҳдаги беморларда 1 ойдан кейин кўрсаткичлар $48,1 \pm 6,3$ дан $56,0 \pm 6,6$ га, 3 ойдан кейин $67,7 \pm 5,8$ ($28,9\%$)га ошганлиги қайд қилинди. “В” гуруҳда эса BP кўрсаткичи 1 ойдан сўнг қайта текширилганда кўрсаткич мос равишда $50,4 \pm 6,9$ га; 3 ойдан сўнг эса $54,1 \pm 6,3$ га тенг бўлди. BP кўрсаткичи $20,0\%$ га ортган.

Беморларнинг умумий саломатлигига (GH) баҳо бериши ҳаёт сифати мезонларидан энг асосийсидир. Умумий саломатлик кўрсаткичлари қанчалик паст бўлса беморнинг умумий аҳволи шунчалик оғир бўлади.

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, “А” гуруҳда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилишидан 1 ойдан кейин кўрсаткичлар $51,6 \pm 5,3$ дан $62,0 \pm 6,0$ га, 3 ойдан кейин $73,8 \pm 7,0$ ($28,1\%$)га ортди. “В” гуруҳда эса психокоррекциядан 1 ойдан сўнг мос равишда $51,0 \pm 6,6$ га, 3 ойдан сўнг $63,0 \pm 6,0$ га тенг бўлган бўлди, яъни, GH кўрсаткичи $18,0\%$ га ортганлиги қайд этилди (4-расм).



- - психокоррекциядан олдин
- - психокоррекциядан 1 ойдан кейин
- - психокоррекциядан 3 ойдан сўнг

4-расм. “А” ва “В” гуруҳнинг ҳаёт сифати мезонлари бўйича беморларни психокоррекциядан олдин ва кейинги кўрсаткичларининг динамик таҳлили

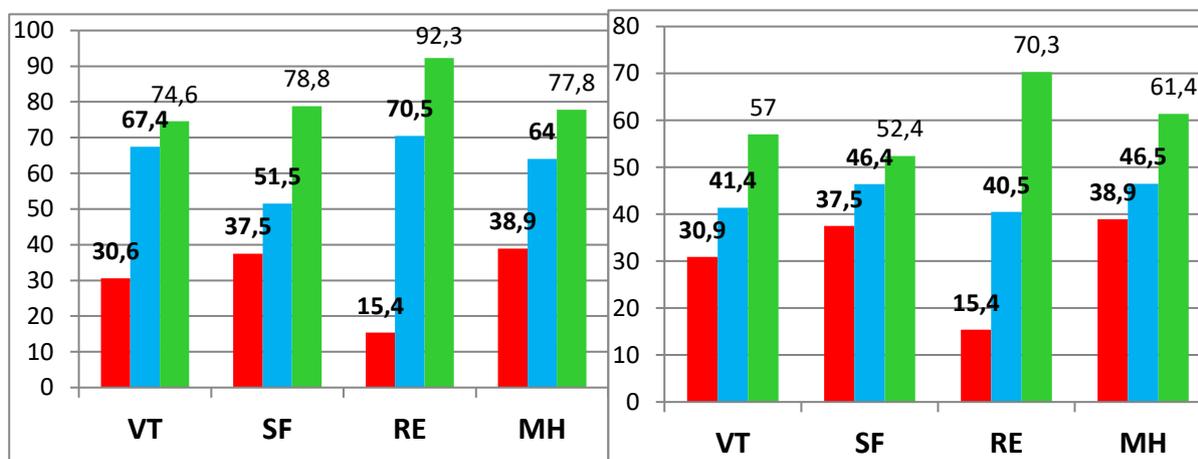
Беморларнинг SF-36 сўровномаси бўйича охириги 4 ҳафта ичида ҳаёт қобилияти яъни тетиклик тонусига (VT) берган баҳосига кўра баҳоланганда, “А” гуруҳдаги беморларда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилгандан 1 ойдан кейин кўрсаткич $30,9 \pm 6,3$ дан $67,4 \pm 5,8$ га, 3 ойдан кейин $74,5 \pm 5,6$ ($2,5$ баробар)га ошганлиги қайд қилинди. “В” гуруҳдаги беморларда эса VT кўрсаткичи мос равишда кўрсатилган тиббий-психологик коррекциядан 1 ойдан сўнг $41,4 \pm 6,3$ га, 3 ойдан кейин эса $57,0 \pm 5,8$ га тенг бўлди. Яъни, кўрсаткич $1,5$ баробарга ортди.

SF-36 сўровномасидаги ижтимоий фаоллик (SF), яъни беморнинг яқинлари, қариндошлари, дўстлари билан муносабат даражаси ҳам ўрганилди. Унга кўра “А” гуруҳда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилгандан 1 ойдан кейин натижа $37,5 \pm 6,3$ дан $51,5 \pm 6,6$ га, 3 ойдан кейин $78,8 \pm 5,4$ га тенг бўлди. Кўрсаткич қарийб 2,5 баробарга ортди. “В” гуруҳда эса SF кўрсаткичи 1 ойдан сўнг $46,4 \pm 6,9$ га, 3 ойдан сўнг $52,4 \pm 6,0$ тенг бўлди. Ижтимоий фаоллик кўрсаткичи 0,8 баробарга ортганлиги қайд этилди.

SF-36 сўровномаси бўйича ҳаёт фаолиятининг чекланишида руҳий эмоционал муаммолар (RE) роли таҳлил қилинганда, “А” гуруҳда психокоррекция қўлланилгандан 1 ойдан кейин кўрсаткичлар $15,4 \pm 8,7$ дан $70,5 \pm 5,4$ га (6,5 марта), 3 ойдан кейин натижа $92,3 \pm 5,0$ (8,0 баробарга) ошди. “В” гуруҳда RE кўрсаткичи психокоррекциядан 1 ойдан сўнг $28,5 \pm 7,7$ га, 3 ойдан сўнг $36,3 \pm 5,6$ (6,0 баробарга) ошди.

Ҳаёт фаолияти чекланишида руҳий эмоционал муаммолар (RE) А гуруҳ беморларида психотерапевтик муолажалардан сўнг ҳаёт сифати кўрсаткичларининг энг юқори даражасини (92,3) ташкил қилди ($p < 0,001$) Беморларнинг охириги 4 ҳафта ичида руҳий кайфияти ҳар қандай касалликлар билан курашишда муҳим омиллардан бири ҳисобланади.

SF-36 сўровномасидаги руҳий саломатлик (MH) компонентини таҳлил қилганимизда “А” гуруҳдаги беморларда психокоррекция қўлланилгандан 1 ойдан кейин натижа $38,9 \pm 6,3$ дан $64,0 \pm 6,0$ га (50%) га, 3 ойдан кейин $77,8 \pm 5,5$ (75,0%) га ортганлиги қайд қилинди. “В” гуруҳда эса натижалар мос равишда психокоррекциядан 1 ойдан сўнг $46,5 \pm 6,9$ га тенг бўлган бўлса, 3 ойдан сўнг $61,4 \pm 7,7$ тенг бўлди. Яъни, кўрсаткичлар 50% га ортди $p < 0,005$ (5-расм).



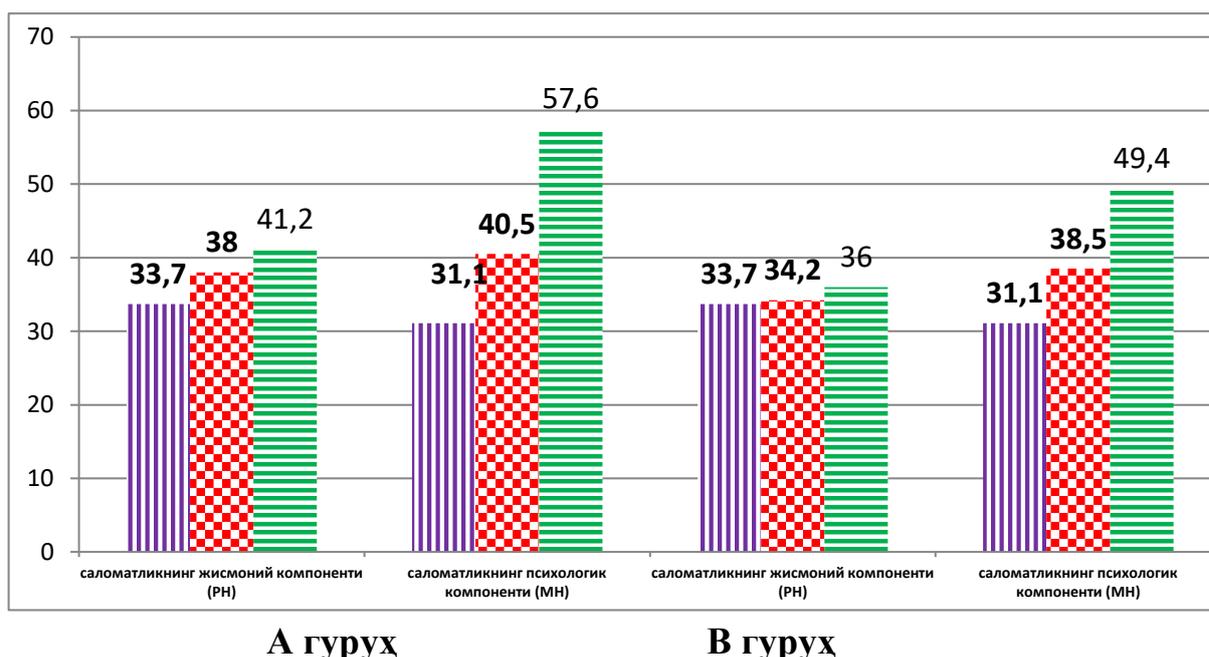
- - психокоррекциядан олдин ● - психокоррекциядан 1 ойдан кейин
 ● - психокоррекциядан 3 ойдан сўнг

Расм №5. “А” ва “В” гуруҳнинг ҳаёт сифати мезонлари бўйича беморларни психокоррекциядан олдин ва кейинги кўрсаткичларининг динамик таҳлили

ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда SF-36 сўровномаси бўйича саломатликнинг жисмоний компонентини баҳолаш натижаларига кўра, “А” гуруҳда Гештальт-терапия қўлланилгандан 1 ойдан кейин кўрсаткичлар $33,7 \pm 6,3$ дан $38,0 \pm 7,7$ га ўзгарган бўлса, 3 ойдан кейин $41,2 \pm 7,3$ га, яъни

18,2%га ортганлиги қайд этилди. “В” гуруҳда эса психофармакотерапия ва рационал психотерапия қўлланилгандан 1 ойдан сўнг кўрсаткичлар мос равишда $34,2 \pm 8,2$ га, 3 ойдан сўнг эса кўрсаткич $36,0 \pm 7,7$ га тенг бўлганлиги, яъни, кўрсаткичларни 6,7% га ортганлиги қайд этилди.

ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда SF-36 сўровномаси бўйича саломатликнинг психологик компонентини баҳолаш натижаларига кўра, “А” гуруҳда ПФТ ва Гештальт-терапия қўлланилгандан 1 ойдан кейин кўрсаткичлар $31,0 \pm 6,7$ дан $40,5 \pm 7,7$ га, 3 ойдан кейин $57,6 \pm 6,3$ га, яъни кўрсаткич 41,1%га ортганлиги қайд этилди. “В” гуруҳда эса кўрсаткичлар мос равишда $36,5 \pm 7,7$; $47,4 \pm 6,9$ га тенг бўлиб, 20,0%га ортганлиги қайд этилди (6-расм).



6-расм. Психокоррекциядан аввал ва кейинги “А” ва “В” гуруҳ беморларда саломатликнинг жисмоний ва психологик компонентини динамикада баҳолаш

Айнан саломатликнинг психологик компонентининг юқори баҳоланишини А гуруҳ беморларида ўтказилган Гештальт психотерапевтик муолажаларининг ижобий натижаси сифати билан боғлаш мумкин. Жумладан, беморларнинг охириги 4 hafta ичида тетиклик тонуси, ижтимоий фаоллиги (дўстлари, қариндошлари, ҳамкасблари билан муносабат даражаси), рухий кайфияти (хурсандчилик, тинчлик, хотиржамлик) яхшиланиб, ҳаёт фаолиятининг чегараланишида эмоционал муаммолар ролининг камайиб борганлиги қайд этилди.

Юқоридаги фактларни инобатга олган ҳолда, биз ушбу тадқиқот ишимизда беморлардаги психоэмоционал сфера бузилишларни тўғри психокоррекция қилиш орқали қай даражада иқтисодий самарадорликка эришиш мумкинлигини ўрганиб баҳоладик.

Иқтисодий самарадорлик Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2013 йил 31 июлдаги 254-сонли "Даволаш нарҳини

пасайтиришдан олинадиган иқтисодий самарани ҳисоблаш" буйруғининг 2-иловасига мувофиқ баҳоланди.

Ҳисоблаш қуйидаги формула бўйича амалга оширилади:
$$\text{Э вр} = [(M1-M2) + (C1-C2) + (B + E) \times 0.6] \times H - 0.15 \times K = [((113000 \times 2 \times 6 - 113000 \times 2 \times 3 + 66000 \times 3 - 66000) - 0) + (3 \times 2000000 - 2 \times 2000000) + (0 + 0) \times 0.6] \times 40 - 0.15 \times 3\,600\,000 = 111\,860\,000 \text{т сум.}$$

Шунга кўра Гештальт психотерапия усулидан фойдаланганда 40 та беморни даволаш харажатлари 111860000 сўм ёки 1та бемор учун 2796500 сўмга камайди.

Хулоса қилиб айтганда, тизимли қизил бўричанинг иқтисодий таъсири сезиларли бўлиши мумкин, аммо касалликни тўғри бошқариш, даволаш ва психологик қўллаб-қувватлаш билан беморлар молиявий муаммоларни минималлаштириши ва ҳаёт сифатини яхшилашга эътибор қаратишлари мумкин.

ХУЛОСА

“Тизимли қизил бўричада хавотир-депрессив бузилишлар ва унда тиббий-психологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш” мавзусидаги тиббиёт фанлари фалсафа доктори диссертацияси (PhD) бўйича олиб борилган тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Тизимли қизил бўрича ташҳиси қўйилган беморларни психоэмоционал ҳолати тиббий-психологик анкета ёрдамида субъектив текширилганда уларнинг барчасида психоэмоционал сфера бузилишлари (дистимик ҳолатлар, ангедония, апатик ҳолатлар, диссомния, демотивацион синдромлар, психовегетатив бузилишлар, хавотир, депрессив бузилишлар); HADS шкаласини қўллаш орқали текширилганларнинг барчасида турли даражада клиник, субклиник хавотир ва депрессия аниқланди ва таҳлил қилинди.

2. Тадқиқот натижаларига кўра, ТҚБ ташҳиси қўйилган беморлардаги психоэмоционал бузилишларни комплекс даволашда психотерапия (Гештальт-терапия) ва психофармакотерапияни қўллаш орқали субъектив симптомлар самарали коррекция қилинди. HADS мезони бўйича хавотир, депрессия таҳлилига кўра, А гуруҳ беморлари орасида клиник хавотир ва депрессия 88,8%га, В гуруҳда эса 29,2 га камайганлиги қайд этилди.

3. Тизимли қизил бўричада беморларнинг ҳаёт сифати SF-36 сўровномаси бўйича таҳлил қилинганда Гештальт-терапия қўлланилган гуруҳда барча кўрсаткичлар, айниқса, саломатликнинг руҳий компоненти кўрсаткичлари ишонарли яхшиланганлиги қайд этилди (41,1%га ортди) ва ушбу натижаларни А гуруҳ беморларида ўтказилган Гештальт-терапиянинг ижобий самараси билан боғлаш мумкин.

4. Тизимли қизил бўрича ташҳиси қўйилган беморларга психотерапевтик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш мақсадида улардаги психоэмоционал сфера ҳолатини аниқловчи тиббий психологик анкета ва хавотир ҳамда депрессия даражаларини аниқловчи шкала, психоэмоционал фонни коррекция қилиш мақсадида Гештальт-терапияси асос қилиб олинган алгоритм ишлаб

чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди. Тадқиқот натижасида ишлаб чиқилган алгоритмни қўллаш орқали уларнинг психоэмоционал ҳолати ишонарли яхшиланиши натижасида ҳаёт сифати динамикада ижобий тарафга ўзгарганлиги қайд қилинди. Жумладан, беморларнинг охириги 4 ҳафта ичида тетиклик тонуси, ижтимоий фаоллиги (дўстлари, қариндошлари, ҳамкасблари билан муносабат даражаси), руҳий кайфияти (хурсандчилик, тинчлик, хотиржамлик) яхшиланиб, ҳаёт фаолиятининг чегараланишида эмоционал муаммолар ролининг камайиб борганлиги қайд этилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

МАХАМАТЖАНОВА НОДИРА МАХАМАДАМИНОВНА

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИСТЕМНОЙ
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

19.00.04– Медицинская психология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан под номером **B2019.2.PhD/Tib1033**

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках узбекский, русский, английский. (резюме размещен на веб-странице Научного совета «www.medsport.uz» и информационно-образовательного портала «[Ziynet](http://Ziynet.uz)» по адресу: www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Ибодуллаев Зарифбой Ражабович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Абдуллаева Василя Каримовна
доктор медицинских наук, профессор

Алиахунова Мавжуда Юсуповна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Защита состоится « _____ » _____ 2023 г. в _____ часов на заседании Научного совета PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 при Республиканском научно-практическом центре спортивной медицины (Адрес: 100027, г. Ташкент, Шайхонтохурский район, ул. Олмазор дом 6, тел/факс: (+99871) 241-38-03; факс: (+99871) 241-30-93; e-mail: medsport@gmail.com).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за № _____). Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, у. Фароби, дом 2. Тел/факс (71) 150-78-25. e-mail: tta2005@mail.ru

Автореферат диссертации разослан « _____ » _____ 2023 года.

(реестр протокола рассылки № _____ от _____ 2023 года).

А.А. Садиков

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.Б. Солиев

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор биологических наук, с.н.с.

А.А. Хаджиметов

Председатель разового научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор биологических наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Во всем мире системная красная волчанка (СКВ) является одной из ведущих причин смерти пациентов с повреждением жизненно важных органов в краткосрочной перспективе. По официальным данным, «...системная красная волчанка является наиболее распространенным ревматическим заболеванием, встречающимся в 10 раз чаще у женщин, чем у мужчин, и периодом начала обычно в возрасте от 14 до 40 лет...»¹. В связи с тем, что СКВ также является лидером по частоте психоэмоциональных расстройств и признана одной из медицинских проблем с высоким социально-медицинским и экономическим вредом, инвалидность остается одной из наиболее актуальных проблем, требующих углубленного изучения.

Во всем мире в СКВ проводится ряд исследований, направленных на достижение высокой эффективности в улучшении ранней диагностики, лечения и профилактики тревожно-депрессивных расстройств. Определить патогенетическую связь психоэмоциональных расстройств с базисным лечением, оценить влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни больных системной красной волчанкой, развитие и развитие психоэмоциональных нарушений у больных системной красной волчанкой, раннюю диагностику и Осложнение тревожно-депрессивных расстройств. Одной из важных задач является разработка основных критериев прогнозирования развития.

В нашей стране проводится ряд научных исследований по качественному развитию медицинской сферы, повышению качества медицинских услуг, оказываемых населению, в том числе раннему выявлению тревожно-депрессивных расстройств в СКВ и повышению уровня эффективного лечения до нового уровня. В целях дальнейшего повышения качества медицинских услуг, оказываемых населению, в Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены такие задачи, как «дальнейшее развитие и совершенствование медико-социальной помощи»². Реализация этих задач, в том числе выявление психоэмоциональных нарушений при эффективном лечении СКВ, совершенствование специализированной медико-психологической помощи на основе расширения применения современных методов психофармакотерапии и психотерапии, а также своевременное оказание медико-психологической помощи имеет важное значение в оздоровлении больных.

Указ Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 г. № ПФ-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи», 7 декабря 2018 г. № ПФ-5590 «О комплексных мерах по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения». Республики Узбекистан «Постановления № ПП-3071 от 20 июня 2017 года» О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 годах», № ПП-4067 от

¹ Гадаев А.- Умумий амалиёт врачлари учун маърузалар тўплами – 2010 й. 669 б.

² Стратегии действий по развитию Республики Узбекистан в 2017–2021 годы по пяти направлениям.

декабря 19, 2018 «Реализация инвестиционной программы Республики Узбекистан на 2019 год» Данное диссертационное исследование в определенной степени послужит реализации решений по внедрению передового зарубежного опыта и инновационных идей «О мерах по совершенствованию реализации задачи, изложенные в других нормативных актах, принятых в этой области ».

Соответствие исследования с приоритетным направлениями развития науки и технологий республики. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлениями развития науки и технологии Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. На сегодняшний день в современной ревматологической практике уделяется внимание разработке высокоэффективных методов ранней диагностики, а также переработке подходов к решению проблем с коморбидными заболеваниями. Российские исследователи Лисицына Т.Л., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Марченко А.С. и др. (2008) сообщили, что 66% пациентов с диагнозом СКВ имели психические расстройства, включая депрессивные эпизоды, расстройства адаптации, генерализованное тревожное расстройство и дистимию. Вознесенская Т.Г. (2008) показали, что хронический стресс является причиной возникновения ревматических заболеваний (РЗ) или рецидива РЗ и возникновения тревожно-депрессивное расстройство (ТДР), тогда как в исследованиях Вельтищева Д.Ю., Лисицыной Т.А., Зелтына А.Е. (2010) установлено, что хронический стресс увеличивает тревогу и расстройства настроения у пациентов.

Есть несколько исследований, оценивающих эффективность психотерапии при аутоиммунных заболеваниях, специалисты престижных зарубежных университетов, в том числе Miller A.H., Maletic V., Raison Ch.L. (2008), Navarrete N. (2010) провели исследования, показывающие, что психотерапия и психологическая поддержка у пациентов СКВ приводят к улучшению качества жизни, положительным изменениям во взаимоотношениях, самооценке пациентов и общему состоянию здоровья. Céu T.M.C., Navarrete N, Peralta-Ramirez M.I., Sabio-Sánchez J.M. (2019) использовали психотерапию, основанную на психоанализе и методах когнитивно-поведенческой психотерапии, для коррекции психоэмоциональных расстройств при СКВ. Было обнаружено, что пациенты испытывают трудности с выражением эмоций и совладением с ними.

На сегодняшний день применение медико-психологических методов в лечении заболеваний, развитие соматических заболеваний, роль личности больного и социально-психологических факторов в лечебном процессе, показывает, что изучение механизмов адаптации личности к заболеванию должно быть включено в число приоритетных задач области психологической диагностики.

В Узбекистане в ближайшее десятилетие раннее выявление развития тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке, влияние этого состояния на показатели качества жизни больных, принципы медико-психологического сопровождения, в том числе эффективность гештальт-терапии, не изучались. Это, в свою очередь, создало потребность в

глубоких и всесторонних исследованиях этих проблем. Соответственно, в связи с малым объемом взятых в связи с этим выборок, отсутствием случайности и отсутствием положительных результатов лишь по некоторым направлениям дальнейшие исследования в этой области будут иметь актуальное и научно-практическое значение. Данная диссертация направлена на решение этих проблем.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего учебного заведения, в котором выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ кафедры неврологии с медицинской психологией ТМА №01.110.0158 «Клинико-социальные исследования нарушений в неврологии и медицинской психологии» в (2015-2019 гг.), №01.15.00156 «Изучение клинико-неврологических, нейроиммунологических, генетических, патобиохимических, нейровизуальных особенностей острых и хронических заболеваний мозга».

Цель исследования: Изучить тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке и улучшение оказания медицинской и психологической помощи при них.

Задачи исследования:

анализ клинической структуры тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке;

определить эффективность гештальт-терапии в коррекции тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке.

определить качество жизни больных системной красной волчанкой, проявляющейся тревожно-депрессивными расстройствами;

разработка и внедрение алгоритма медико-психологической помощи больным с диагнозом системная красная волчанка с использованием метода гештальт-терапии.

Объект исследования. Объектом исследования явились 80 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет, находившихся на лечении системной красной волчанки в отделении ревматологии Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2017-2019 годах.

Предмет исследования получены показатели клинического состояния пациентов, показатели психоэмоционального состояния, объективная и субъективная оценка качества жизни пациентов.

Методы исследования. В исследовании проведено общеклиническое, медико-психологическое обследование, медико-психологический опросник (Ибодуллаев З.Р. 2018, патент № 001031) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey)», использовали гештальт-терапию как метод психотерапевтической коррекции и методы статистического анализа обработки данных.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые появляется возможность с помощью медико-психологических и специальных тестов определить психоэмоциональные расстройства при системной красной волчанке, которые вызывают изменение взглядов больного на все жизненные аспекты и дезактивацию его внутреннего

потенциала, что приводит к обострению клинического течения основного заболевания, с отрицательным влиянием на базисное лечение;

впервые выявлено, что в структуре психоэмоциональных изменений приоритетными являются такие расстройства, как страх, тревога, паника и депрессия, которые выявляются как на ранних стадиях заболевания, так и в связи с нарушением мотивационного, коммуникативного, интеллектуального и других компонентов модели личности, а также установлено, что данные симптомы являются основными психологическими факторами, влияющими на качество жизни больного, и требует комплексной психотерапевтической коррекции;

определена высокая эффективность метода гештальт-терапии в лечебных мероприятиях системной красной волчанки по средствам коррекции тревожно-депрессивных расстройств, которая направлена на расширение сознания больного, повышение способности к пониманию собственно заболевания, формирование навыков преодоления эмоциональных проблем;

на основании достигнутых положительных результатов применения метода гештальт-терапии совместно с психофармакотерапией в стандартном лечении системной красной волчанки достигнуто улучшение общего состояния пациента и стойкое повышение психического компонента качества жизни.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

Выявление высокая эффективность тревожно-депрессивных расстройств, наблюдаемых при СКВ и их коррекция по алгоритму, разработанному с использованием методов гештальт-терапии и психофармакотерапии, в изменении качества жизни пациентов в лучшую сторону.

Результаты исследования позволили медицинским психологам и психотерапевтам разработать дифференцированные индивидуальные методики психологической помощи при коррекции тревожно-депрессивных расстройств при СКВ.

Выявлено, что разработанные подходы к организации медико-психологической помощи способны оптимизировать взаимодействие психологов, психотерапевтов, ревматологов и врачей общей практики в ведении психоэмоциональных расстройств при СКВ.

было доказано, что материалы исследований включены в основные учебные программы для подготовки врачей и медицинских психологов, а также в дополнительные учебные программы для ревматологов и врачей общей практики.

Достоверность результатов исследования. В исследовании используются современные методы и подходы, соответствие теоретических данных полученным результатам, методологическая точность обследований, адекватность количества пациентов, основаны на общеклинических, инструментальных, функциональных и статистических методах, все данные обрабатываются в цифровом виде с использованием современных компьютерных технологий. на основании того факта, что результаты исследования сравниваются с международными и отечественными

исследованиями, сделанные выводы и полученные результаты подтверждаются компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования объясняется тем, что помимо психофармакотерапии при раннем выявлении и коррекции тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке рекомендуется добавить гештальт-терапию к стандартному лечению системной красной волчанки.

Практическая значимость результатов исследования объясняется тем, что у пациентов с системной красной волчанкой уменьшаются психоэмоциональные расстройства, снижаются затраты на лечение, применяются практические рекомендации по результатам исследования, что позволяет улучшить качество жизни лечения пациента.

Внедрение результатов исследований. На основании полученных научных результатов по совершенствованию медико-психологической помощи при системной красной волчанке, тревоге и депрессии:

утверждена методическая рекомендация «Алгоритм коррекции психоэмоциональных расстройств при системной красной волчанке» (Заключение Минздрава 8н-р/512 30.11.2020). Это методическая рекомендация позволило на ранней стадии выявить тревожно-депрессивные расстройства при системной красной волчанке и исправить их с помощью гештальт-терапии;

утверждена методическая рекомендация «Алгоритм медико-психологической диагностики системной красной волчанки» (Заключение Минздрава 8н-р / 85 от 29.01.2021). Это методическая рекомендация позволило определить клинико-психологические показатели, суицидальные мысли и качество жизни пациентов с системной красной волчанкой;

Полученные научные результаты по коррекции психоэмоциональных расстройств при системной красной волчанке были применены в практике Ташкентской городской клинической больницы №3 и Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (справка № 8н-р / 512 от 30 ноября 2020 г. Министерство здравоохранения).

Полученные научные результаты по медико-психологической диагностике системной красной волчанки были применены в практике Ташкентской городской клинической больницы №3 и Семейной поликлиники № 4 Бухарской области. (Справка Минздрава от 29 января 2021 г. № 8н-р / 85). Внедрение результатов исследования в клинической практике позволило улучшить качество жизни пациентов за счет применения гештальт-терапии при психоэмоциональных расстройствах системной красной волчанки, ранней медико-психологической диагностики качества жизни пациентов и психокоррекции тревожно-депрессивных расстройств.

На основании научных результатов выявления тревожно-депрессивных расстройств, наблюдаемых при системной красной волчанке, и их коррекции методами гештальт-терапии и психофармакотерапии разработано рационализаторское предложение под названием «Алгоритм коррекции психоэмоциональных расстройств при системной красной волчанке» (№941 03.09.2022).

Утверждение результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе на 1 международных и 2 республиканских конференциях.

Публикация результатов исследований. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ из них 5 статей в местных журналах и 1 статьи в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложения. Объем диссертации составляет 137 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении описывается актуальность исследования, цель, задачи, объект и предмет исследования, демонстрируется актуальность данного исследования для приоритетных направлений науки и техники Республики Узбекистан, раскрываются научная и практическая значимость результатов, данные о внедрении результатов исследований, приведены сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

Первая глава диссертации, озаглавленная **«Психологическая структура тревожно-депрессивных расстройств в практике ревматолога и современное состояние психотерапевтической помощи (обзор литературы)»**, состоит из пять частей, которые включают в себя распространенность тревожно-депрессивных расстройств в ревматологии, патофизиологию и клинические проявления тревожно-депрессивных расстройств в СКВ, психодиагностику и др. психотерапия и психофармакология в ревматологии. Обобщая данные, представленные в заключительном разделе, следует отметить, что помимо наличия общих проявлений психологической реакции в болезненных состояниях, независимо от нозологической принадлежности заболевания, при некоторых соматических патологиях эти реакции имеют специфические особенности. Поэтому было подчеркнуто, что задачами психологической диагностики и психотерапии при соматических заболеваниях является выявление изменений в заболевании, приводящих к психическим расстройствам пациента, изучение механизмов адаптации человека к заболеванию и коррекция выявленных нарушений.

Вторая глава диссертации **«Эмпирическое исследование тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке»**, описывает объект исследования, методы медико-психологического обследования и методические подходы к достижению цели и решению поставленных задач. Исследование проводилось в 2017-2019 годах на 80 больных СКВ, лечившихся в отделении ревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В когорту вошли пациенты в возрасте 18–40 лет, средний возраст $28 \pm 9,2$ года, все женщины. Обследования проводились у пациентов с подострым течением СКВ. Исходя из целей и задач диссертации, пациенты были классифицированы следующим образом

(рис. №1). Основная группа: А) 40 (50%) пациентов, проходящих психотерапию (гештальт-терапию) и психофармакотерапию (ПФТ) - (антидепрессанты и анксиолитики) с базовым лечением; В) 40 (50%) пациентов, которые использовали рациональную психотерапию и ПФТ в сочетании с базовым лечением; 2) 40 (100%) человек контрольной группы - лица без органических и психических расстройств (практически здоровые).

Распределение пациентов



Рис.-№1. Распределение больных в основной группе

Всем пациентам в день поступления в стационар проведено объективное ревмато-параclinical обследование. Медико-психологический статус больных изучали с помощью медико-психологического опросника (Ибодуллаев З.Р., патент № 001031, 2018 г.). В основе этого метода лежит идентификация психологических разговоров, сбор психологического анамнеза и когнитивных процессов с использованием клинических испытаний. В этой анкете содержится общая информация о пациенте: ФИШ, возраст, пол, национальность, семейное положение, род занятий и продолжительность лечения. Кроме того, приводились основные жалобы пациента, анамнез болезни и жизни, психологический анамнез. Психологический статус определяет наличие у испытуемого темперамента, личностных качеств, сферы восприятия и познания, поведения, патологии внимания и памяти. В эту анкету также включены определение результатов психометрических тестов, курсы психофармакотерапии и психодиагностики. Психологические тесты использовались для объективной оценки динамики выявленных психоэмоциональных расстройств. Для этого в качестве «Госпитальной шкалы тревожности и депрессии» была выбрана широко используемая в клинической практике HADS (Госпитальная шкала тревожности и депрессии) (Приложение №2). Эта шкала, разработанная Зигмунд, Шнайтом (1983), адаптирована для пациентов, проходящих лечение в условиях больницы, и предпочтительна из-за простоты ее применения и вывода. Шкала заполняется пациентом. На его заполнение уходит 10-15 минут. При формулировке вопросов шкалы HADS авторы исключили соматические симптомы депрессии. Это позволяет пациенту четко

идентифицировать и оценивать симптомы чистой депрессии и тревоги. Обследование состояния здоровья SF-36 использовалось для определения качества жизни пациентов.

Психофармакотерапия использовалась у пациентов обеих групп А и В в дополнение к базовому лечению для коррекции психоэмоциональных расстройств. Психофармакотерапия была назначена обеим группам с первого дня медико-психологического обследования. Для психофармакотерапии назначали флувоксамин (феварин) 100 мг в течение 3 месяцев и афобазол 10 мг в течение 1 месяца по 2 таблетки. Для психотерапии использовалась гештальт-терапия для группы А, а рациональная психотерапия использовалась для группы В. Методика психотерапии проводилась с первого дня медико-психологического обследования. Цель гештальт-терапии - изменить образ жизни клиента, интегрировать и развить потенциал человека - его сильные стороны и возможности - а не решать конкретные проблемы. Курс гештальт-терапии определялся индивидуальным подходом. Статистическая проверка результатов исследования проводилась с помощью стандартной программы «Excel-2012» с использованием современных компьютерных систем типа IBM. Для расчета среднего арифметического (M), стандартного отклонения (s), средней стандартной ошибки (m), относительной величины (частоты в процентах) использовались вариационные параметрические и непараметрические статистические методы. Проверялось с использованием критерия (t). Степень достоверности статистически значимых изменений принималась равной $p < 0,05$.

В третьей главе диссертации **«Структура и динамика тревожно-депрессивных расстройств при системной красной волчанке»** мы оценили разницу в исходном состоянии клинико-психологической симптоматики. Для изучения субъективных симптомов тревожности и депрессии у пациентов использовался медико-психологический опросник. Соответственно, в группе А в основной группе у 38 (95%) больных отмечалось постоянное чувство тревоги, нервозность у 35 (87,5%) больных, повышенная утомляемость, истощаемость у 40 (100%) больных, нарушения внимания у 35 (87,5%) больных, нарушение сна у 37 (92,5%) больных, ангедония у 34 (85%) больных, стойкая утомляемость у 32 (80%) больных, эмоциональная лабильность у 36 (90%) больных, перепады настроения у 39 (97,5%) больных, чувство страха у 32 (80%) больных, фиксация на «плохих» эмоциях у 30 (75%) больных.

В «В» группе у 37 (92,5%) больных отмечалось постоянное чувство тревоги, нервозность, у 35 (87,5%) больных, повышенная утомляемость, истощаемость у 40 (100%) больных, нарушение внимания у 34 (85%) больных, у 38 (95%) %) больных отмечались нарушения сна, у 33 (82,5%) больных - ангедония, стойкая утомляемость - у 33 (82,5%) больных, у 35 (87,5%) больных - эмоциональная лабильность, у 38 (95%) больных выявлены перепады настроения, чувство страха у 30 (77,5%) больных, фиксация на «плохих» эмоциях у 29 (72,5%) больных. Наличие тревоги или депрессии или степень выраженности ее клинических форм у больных с диагнозом ПТСР анализировали по шкале HADS. По данным анализа показателей видов тревожности (клиническая, субклиническая тревожность)

у больных групп «А» и «В» (n=80) клиническая тревожность составила 66,0%, субклиническая тревожность равнялась 10,7% (таблица №1).

Таблица №1

Распределение тревожности в основной и контрольной группах (%)

Тревожность	Основная группа n=80		Контрольная группа n=40	
	Абс	%	Абс	%
Клинически выраженная тревога	52 (14±3,1)	66,0±4,9	-	-
Субклинически выраженная тревога	9 (9±1,1)	10,7±12,6	-	-
Норма	19 (4±3,0)	23,1±8,0	40(3±2,7)	100

По данным анализа показателей депрессии в основной и контрольной группах по шкале HADS, в основной (А и В) группе клиническая депрессия была выше, чем в контрольной группе, которая составила 41,0%, а субклиническая депрессия - 35,7% (Таблица №2).

Таблица №2

Распределение депрессии в основной и контрольной группах (%)

Депрессия	Основная группа n=80		Контрольная группа n=40	
	абс	%	Абс	%
Клинически выраженная депрессия	34 (14±3,1)	41,0±6,3	-	-
Субклинически выраженная депрессия	28 (9±1,1)	35,7±6,6	-	-
Норма	18 (4±2,4)	23,3±7,3	40 (3±2,4)	100

На основании данных, представленных в таблице, были поровну распределены психоэмоциональные показатели и сформированы исследовательские группы (по HADS) (табл.№3).

Таблица №3

Симптом	Группа А (n=40)	Группа В (n=40)
клинически выраженная ТДР	15 (37,5%)	15(37,5%)
клинически Т, субклинически Д	9 (22,5%)	9(22,5%)
клинически Т	5 (12,5%)	4 (10%)
клинически Д, субклинически Т	2 (5%)	2 (5%)
клинически выраженная ТДР	2 (5%)	2(5%)
клинически Д	5 (12,5%)	5(12,5%)
субклинически Т	1 (2,5%)	1(2,5%)
субклинически Д	1 (2,5%)	2(5%)

По результатам настоящего исследования при корреляции пациентов с диагнозом СКВ клинически выраженные тревожно-депрессивные синдромы преобладали над субклиническими тревожно-депрессивными синдромами.

По результатам анализа 8 показателей качества жизни у больных с диагнозом ТКВ наивысший показатель у больных составил 55±5,3, что

означает, что заболевание явно повлияло на качество жизни больных, чем выше показатель, тем лучше качество жизни (рис. №2).

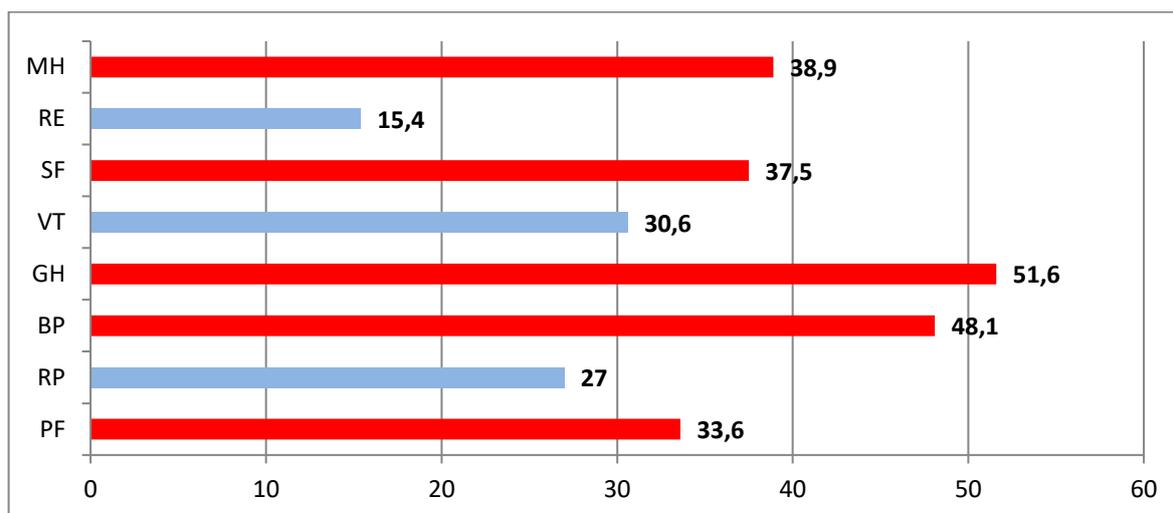


Рис.-№2. Результаты обследования пациентов с диагнозом СКВ по критериям SF-36

Физические проблемы с ограниченной жизнедеятельностью ($RP=27,0\pm7,3$), психические и эмоциональные проблемы с ограниченной жизнедеятельностью ($RE=15,4\pm8,5$), жизнеспособность (бдительность) ($VT=30,6\pm7,5$), в то время как общее состояние здоровья несколько выше ($GH=51,6\pm5,3$) и интенсивность боли ($BP=48,1\pm5,6$). Однако это не означает, что общее состояние здоровья пациентов хорошее или интенсивность боли низкая, а также не означает, что полученные результаты очень низкие по сравнению со здоровыми людьми.

В нашем исследовании мы также оценили физические и психические компоненты здоровья у пациентов с диагнозом СКВ. Согласно нашим результатам, у пациентов физический компонент ($PH=36,7\pm6,3$) преобладал над психическим компонентом ($MH=31,1\pm6,7$). Это подтвердило, что он отрицательно влияет на тонус, социальную активность, психоэмоциональную активность и психическое здоровье пациентов (рис.№3).

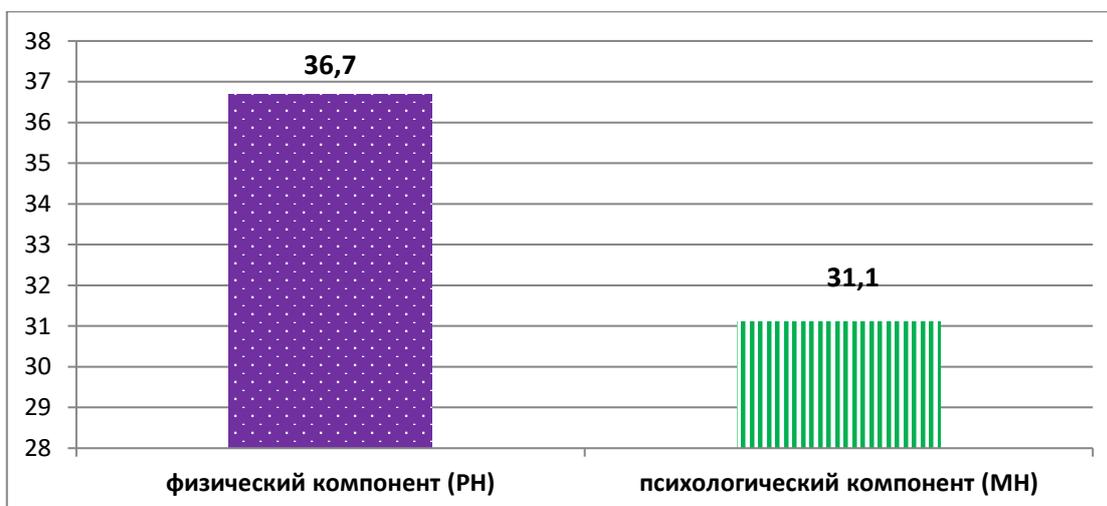


Рис. №3. Результаты оценки физического и психического компонентов здоровья у больных с диагнозом СКВ (n=80)

Как видно из диаграммы выше, физический компонент ($PH=36,7\pm 6,3$) преобладал над психическим компонентом ($MH=31,1\pm 6,7$) по результатам оценки физического и психического компонентов здоровья у пациентов с диагнозом СКВ. Психический компонент качества жизни имел низкий показатель за счет жизнестойкости, социальной активности, эмоционального состояния и психического здоровья пациентов.

Важно оценить качество жизни на ранних этапах лечения у пациентов с диагнозом СКВ. Это используется в исследованиях как фактор, определяющий эффективность психотерапии, применяемой на поздних этапах психореабилитации.

Четвертая глава диссертации **«Эффективность медико-психологической помощи при системной красной волчанке»** описывает наблюдаемые изменения психоэмоционального состояния пациентов после психотерапевтической коррекции. На основании нашего исследования повторно исследованы и оценены субъективные симптомы тревоги и депрессии у пациентов групп «А» и «В» после применения базисного лечения, ПФТ и психокоррекции. Соответственно у 5 (12,5 %) пациентов группы А, получавших гештальт-терапию, отмечалась нервозность, у 5 (12,5 %) пациентов — постоянное чувство тревоги, у 8 (20 %) — быстрая утомляемость, истощаемость, у 6 (15 %) — нарушение внимания, нарушение сна у 8 (20%) больных, ангедония у 4 (10%), стойкая утомляемость у 3 больных, перепады настроения у 7 (17,5%) больных, «плохая» у 3 (7,5%) больных фиксация на эмоциях, чувство страха у 6 (15%) больных, эмоциональная лабильность у 4 (10%) больных.

В группе В у 23 (57,5 %) больных отмечалась нервозность, у 20 (50 %) — постоянное чувство тревоги, у 29 (72,5 %) — быстрая утомляемость, истощаемость, у 23 (57,5 %) — нарушения внимания, у 17 (42,5 %) у больных отмечались нарушения сна, у 18 (45%) больных - ангедония, у 20 (50%) - стойкая утомляемость, у 25 (62,5%) - перепады настроения, у 20 (50%) - фиксация на "плохих" эмоциях, переживание страха у 17 (42,5%) больных, эмоциональной лабильности у 28 (70%) больных.

Из вышеприведенных результатов стало ясно, что психоэмоциональные показатели в группе «А», где применялись ПФТ и ГТ, показали статистически достоверную ($p<0,001$) положительную динамику, чем в группе «В».

Психоэмоциональный статус пациентов оценивался через 1 и 3 месяца после психокоррекции. При анализе результатов уменьшение клинических признаков тревоги было наиболее выражено в группе «А», где применялась базальная терапия, ПФТ и гештальт-терапия. В частности, клиническая тревожность в группе А составляла 66,1% до использования ПФТ и гештальт-терапии, 20,0% после 1 месяца ПФТ и гештальт-терапии и 7,4% через 3 месяца. Видно, что после применения методов психокоррекции у пациентов группы А уровень клинической тревожности снизился на 88,8%. В группе В уровень клинической тревожности снизился с 66,1% до 51,0% через 1 месяц и на 41,0% через 3 месяца, соответственно, и оказалось, что он снизился на 37, 8% (табл.№4).

Таблица №4

Анализ показателей тревожности по шкале HADS через 1 и 3 месяца психотерапии и психотерапии (%)

Группы	Норма		Субклиническая тревога		Клиническая тревога	
	Через 1 месяц	через 3 месяца	Через 1 месяц	через 3 месяца	Через 1 месяц	через 3 месяца
Группа "А" (n=40)	50,0±6,9	68,5±5,8	30,0±8,4	24,1±9,8	20,0±10,0	7,4±11,2
Группа "В" (n=40)	20,0±10,0	26,0±9,2**	29,0±9,1	33,0±8,4	51,0±6,9*	41,0±7,2**

*Примечание: разница между группами А и В ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$*

При анализе баллов по шкале HADS клиническая депрессия составляла 41,0% у пациентов группы А до психокоррекции, 20,0% через 1 месяц после ПФТ и гештальт-терапии и 1,8% через 3 месяца, т.е. показатель снизился на 88,8%. При анализе депрессии у пациентов группы В клиническая депрессия первоначально составляла 41,0% соответственно, тогда как психотерапия и рациональная психотерапия составляли 38,0% через 1 месяц и 12,0% через 3 месяца соответственно. Сообщалось, что депрессия уменьшилась на 29,2% (табл.№5).

Таблица №5

Анализ показателей депрессии по шкале HADS через 1 и 3 месяца психотерапии и психотерапии (%)

Группы	Норма		Субклиническая депрессия		Клиническая депрессия	
	Через 1 месяц	через 3 месяца	Через 1 месяц	через 3 месяца	Через 1 месяц	через 3 месяца
Группа "А" (n=40)	51,5±6,9	77,7±5,5	29,5±8,9	20,3±9,6	20,0±9,7	1,8±13,4
Группа "В" (n=40)	42,7±7,3	65,0±5,6	19,3±9,8	23,0±9,3	38,0±7,7	12,0±9,3*

*Примечание: разница между группами А и В * $p < 0,001$;*

В приведенной выше таблице показано, что уровни клинической тревоги и депрессии у пациентов группы А снизились и имели нормальные значения.

По данным анализа тревожности и депрессии в основной группе респондентов по шкале HADS было отмечено, что психотерапевтические методы лечения, то есть сочетанное применение ПФТ и гештальт-психотерапии, показали достоверное уменьшение клинических симптомов тревога и депрессия у больных после проведенного психотерапевтического лечения.

По результатам качественных показателей при повторном обследовании физической активности (PF) у пациентов с диагнозом СКВ в группе «А»

через 1 месяц ПФТ и гештальт-терапии значения увеличились с $33,6 \pm 6,7$ до $45,2 \pm 7,3$, через 3 месяца при повторном обследовании было отмечено, что значения увеличились на $53,8 \pm 6,6$, т.е. (PF) увеличились на 37,5%. В группе Б физическая активность (PF) через 35 месяцев составила $35,2 \pm 7,7$; Через 3 месяца он составил $39,1 \pm 6,9$. То есть при повторной проверке (PF) показатель увеличился на 16,3%.

При анализе результатов физических проблем (RP) с ограничением жизнедеятельности было отмечено, что в группе «А» через 1 месяц увеличилось с $27,0 \pm 7,3$ до $46,2 \pm 7,3$, а через 3 месяца после повторного обследования увеличилось до 78,8. Эти данные предполагают, что у пациентов группы А RP была примерно в 2,5 раза выше через 3 месяца, чем до ПФТ и гештальт-терапии. В группе В результаты составили $32,2 \pm 7,7$ через 1 месяц и $61,2 \pm 5,8$ через 3 месяца соответственно. То есть RP увеличился в 1,0 раза по сравнению с исходным случаем.

При анализе показателей пациентов групп «А» и «В» по критерию боли или ее интенсивности (BP) опросника SF-36 статистически было подтверждено, что между группами существует значимая разница ($P < 0,001$). В частности, у пациентов группы «А» через 1 месяц увеличился с $48,1 \pm 6,3$ до $56,0 \pm 6,6$, через 3 месяца - $67,7 \pm 5,8$ (28,9%). В группе Б при повторном исследовании АД через 1 мес значение составило $50,4 \pm 6,9$; Через 3 месяца он составил $54,1 \pm 6,3$. BP выросла на 20,0%.

Оценка общего состояния здоровья пациентов (GH) - один из важнейших критериев качества жизни. Чем ниже общие показатели здоровья, тем тяжелее общее состояние пациента. Анализ результатов показал, что в группе «А» через 1 месяц ПФТ и гештальт-терапии увеличилось с $51,6 \pm 5,3$ до $62,0 \pm 6,0$, через 3 месяца - $73,8 \pm 7,0$ (28,1%). В группе «Б» через 1 месяц психокоррекция составила $51,0 \pm 6,6$, через 3 месяца - $63,0 \pm 6,0$, т. е. GH увеличился на 18,0% (рис. №4).

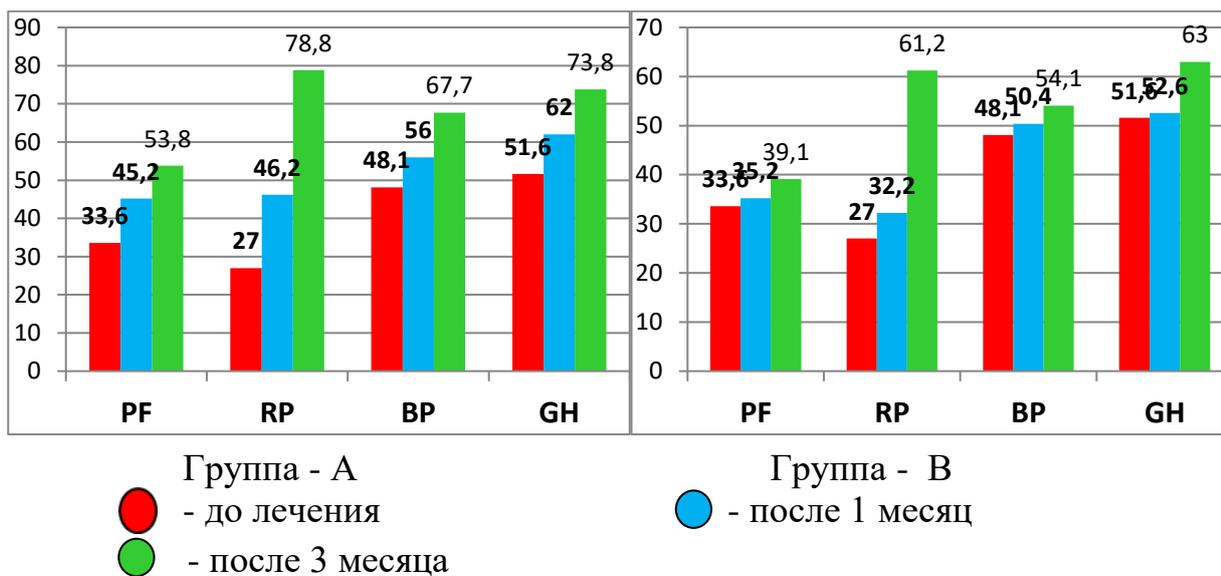


Рисунок №4. Динамика показателей пациентов до и после психокоррекции по критериям качества жизни группы «А» и «В»

По данным опроса пациентов SF-36 за последние 4 недели, значение показателей жизненно важных функций (VT) составило от $30,9 \pm 6,3$ до

67,4±5,8 после 1 месяца ПФТ и гештальт-терапии у пациентов группы А. 8, увеличение 74,5 ± 5,6 (2,5 раза) через 3 мес. У пациентов группы В VT составила 41,4 ± 6,3 мес. Через 1 мес медико-психологической коррекции и 57,0 ± 5,8 мес. Через 3 мес, то есть показатель увеличился в 1,5 раза.

Также изучали уровень социальной активности (SF) в опросе SF-36, то есть отношения пациента с родственниками, друзьями. По его словам, в группе «А» через 1 месяц ПФТ и гештальт-терапии результат изменился с 37,5 ± 6,3 до 51,5 ± 6,6, а через 3 месяца - 78,8 ± 5,4. Цифра увеличилась почти в 2,5 раза. В группе В SF составил 46,4 ± 6,9 через 1 месяц и 52,4 ± 6,0 через 3 месяца. Было отмечено, что показатель социальной активности вырос в 0,8 раза.

При анализе роли психоэмоциональных проблем (RE) в ограничении жизнедеятельности по данным опроса SF-36, через 1 месяц психокоррекции в группе А показатели увеличились с 15,4 ± 8,7 до 70,5 ± 5,4 (в 6,5 раза). Через 3 месяца результат увеличился до 92,3 ± 5,0 (8,0 раза). В группе В индекс RE увеличился до 28,5 ± 7,7 через 1 мес психокоррекции и до 36,3 ± 5,6 (6,0 раза) через 3 мес. Психоэмоциональные проблемы с ограничивающей жизнь деятельностью (RE) были наивысшим уровнем показателей качества жизни (92,3) после психотерапевтического лечения у пациентов группы А (p <0,001) Психическое настроение пациентов за последние 4 недели является одним из важных факторов борьбы с любыми болезнями.

При анализе компонента психического здоровья (MH)сопросника SF-36 результат составил 1 месяц после психокоррекции у пациентов группы А с 38,9 ± 6,3 до 64,0 ± 6,0 (50%) и через 3 месяца после 77,8 ± Увеличение на 5,5 (75,0%). %. В группе Б результат составил 46,5 ± 6,9 мес. Через 1 мес психокоррекции и 61,4 ± 7,7 мес. Через 3 мес. То есть было отмечено, что показатели увеличились на 50% p <0,005 (Рис. №5).

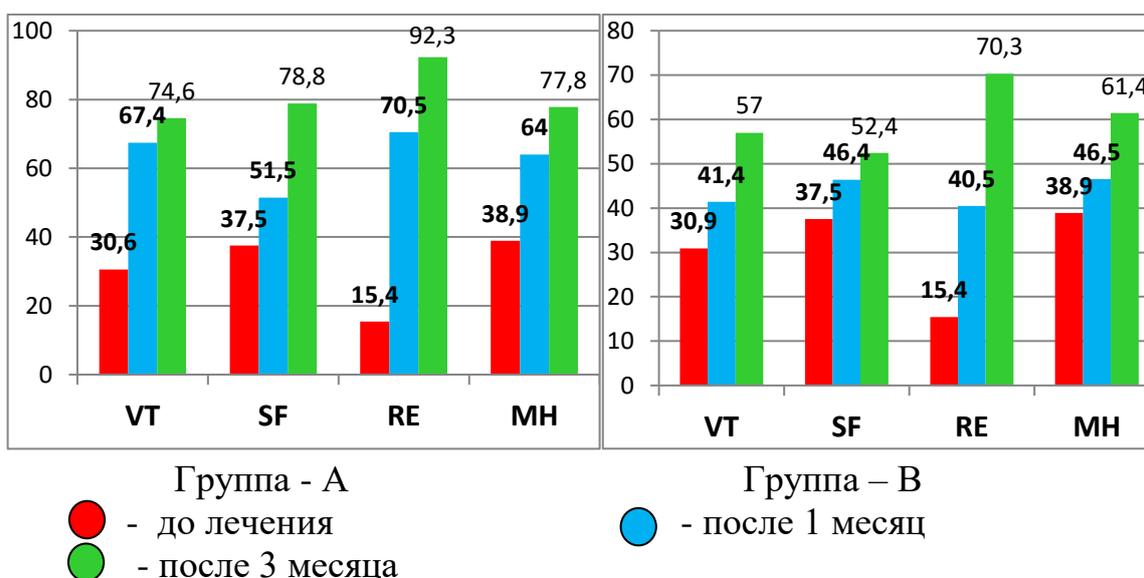
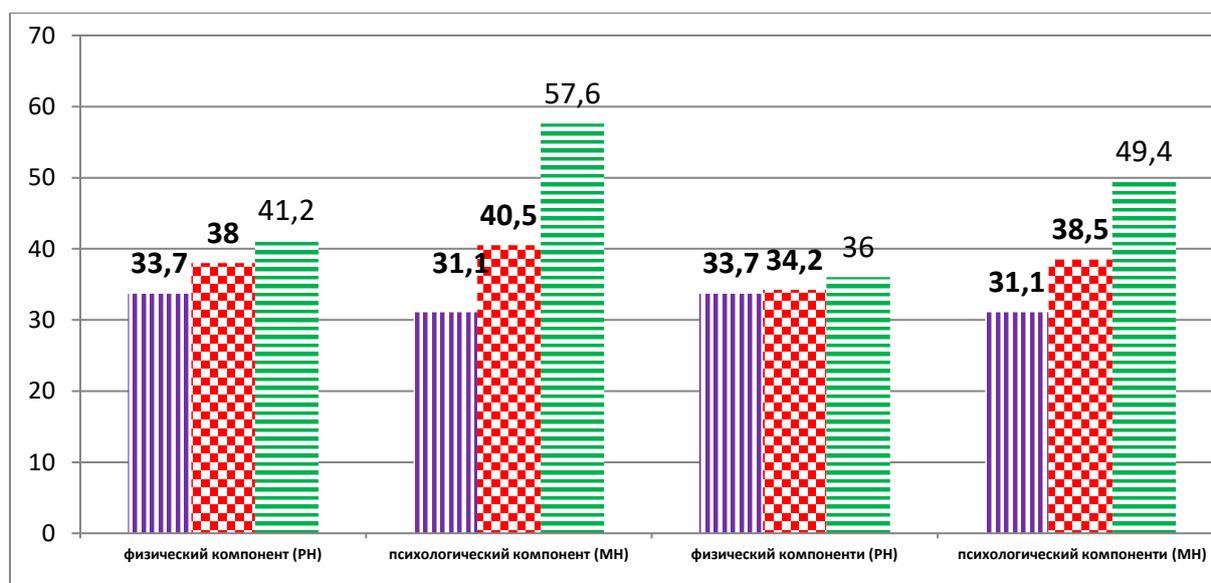


Рисунок №5. Динамика показателей пациентов до и после психокоррекции по критериям качества жизни группы «А» и «В»

По результатам оценки физического компонента здоровья у больных с диагнозом СКВ по данным опроса SF-36 в группе А через 1 месяц гештальт-терапии значения изменились с 33,7 ± 6,3 до 38,0 ± 7,7, а через 3 месяца - 41.

Отмечено увеличение на $2 \pm 7,3$, или на 18,2%. В группе Б через 1 месяц психофармакотерапии и рациональной психотерапии значения составили $34,2 \pm 8,2$, а через 3 месяца показатель составил $36,0 \pm 7,7$, выявлено увеличение на 6,7%.

По результатам оценки психологической составляющей здоровья у больных с диагнозом СКВ, по данным опроса SF-36, через 1 месяц ПФТ и гештальт-терапии в группе «А» увеличился с $31,0 \pm 6,7$ до $40,5 \pm 7,7$, через 3 месяца - $57,6 \pm 6,3$, прирост 41,1%. В группе Б этот показатель составил $36,5 \pm 7,7$; $47,4 \pm 6,9$, отмечен рост на 20,0% (Рис. №6).



Группа А

Группа В

Рис. №6. Оценка физико-психологической составляющей здоровья в динамике до и после психокоррекции у пациентов групп «А» и «В».

Именно высокая оценка психологической составляющей здоровья может быть отнесена к качеству положительного исхода психотерапевтических процедур «Гештальт», проводимых пациентам группы А. В частности, было отмечено, что за последние 4 недели у пациентов улучшился тонус настороженности, социальная активность (уровень отношений с друзьями, родственниками, коллегами), настроение (радость, покой, умиротворение), а также роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности уменьшилось.

Принимая во внимание изложенные выше факты, в данном исследовании мы оценили, в какой степени экономическая эффективность может быть достигнута за счет правильной психокоррекции психоэмоциональных расстройств у пациентов.

Экономическая эффективность оценивалась согласно Приложению 2 к Приказу Минздрава Республики Узбекистан от 31 июля 2013 г. № 254 «Расчет экономической выгоды от снижения стоимости лечения».

Расчет производится по следующей формуле:

$$Э \text{ вр} = [(M1-M2) + (C1-C2) + (B + E) \times 0.6] \times H - 0.15 \times K = [((113000 \times 2 \times 6 - 113000 \times 2 \times 3) + 66000 \times 3 - 66000) - 0] + (3 \times 2000000 - 2 \times 2000000) + (0 + 0) \times 0,6] \times 40 - 0,15 \times 3\,600\,000 = 111\,860\,000 \text{т сум.}$$

Соответственно, при использовании метода гештальт-психотерапии стоимость лечения 40 пациентов снизилась на 111860000 сумов или 2796500 сумов на 1 пациента.

В заключение следует отметить, что экономическое воздействие системной красной волчанки может быть значительным, но при надлежащем контроле заболевания, лечении и психологической поддержке пациенты могут свести к минимуму финансовые проблемы и сосредоточиться на улучшении качества своей жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате диссертационной работы «Тревожно-депрессивные расстройства при системной красной волчанке и улучшение медико-психологической помощи» были сделаны следующие выводы:

1. При субъективном обследовании психоэмоционального состояния больных системной красной волчанкой с помощью медико-психологического опросника у всех выявляются психоэмоциональные расстройства (дистимические состояния, ангедония, апатические состояния, диссомния, демотивационные синдромы, психовегетативные расстройства, тревога, депрессивные расстройства). У всех испытуемых определялись и анализировались различные уровни клинической, субклинической тревоги и депрессии с использованием шкалы HADS.

2. По результатам исследования, субъективная симптоматика эффективно корригировалась при использовании психотерапии (Гештальт-терапия) и психофармакотерапии в комплексном лечении психоэмоциональных расстройств у больных с диагнозом СКВ. По данным анализа тревоги и депрессии по критериям HADS отмечено, что клиническая тревога и депрессия уменьшились на 88,8% у пациентов группы «А» и на 29,2% в группе «В».

3. При анализе качества жизни больных системной красной волчанкой по опроснику SF-36 было отмечено, что в группе, получавшей гештальт-терапию, достоверно улучшились все показатели, особенно показатели психического компонента здоровья. (увеличилась на 41,1%), и эти результаты по сравнению с гештальт-терапией, проводимой у пациентов группы А, можно связать с положительным эффектом терапии.

4. В целях совершенствования оказания психотерапевтической помощи больным с диагнозом системная красная волчанка разработаны и внедрены в практику медико-психологический опросник и шкала определения уровня тревоги и депрессии, алгоритм на основе гештальт-терапии. В результате убедительного улучшения их психоэмоционального состояния путем применения разработанного в результате исследования алгоритма отмечено изменение качества жизни в положительную сторону. В частности, отмечено, что за последние 4 недели у больных улучшились тонус жизненных сил, социальная активность (уровень взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами), психическое настроение (радость, умиротворение, спокойствие), роль эмоциональной уменьшились проблемы с ограничением жизнедеятельности.

**ONE TIME SCIENTIFIC COUNCIL OF PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 FOR
THE AWARDING OF ACADEMIC DEGREES AT THE REPUBLICAN
SCIENTIFIC-PRACTICAL CENTER OF SPORTS MEDICINE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

MAKHAMATJANOVA NODIRA MAKHAMADAMIN QIZI

**ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS AND OPTIMIZATION OF MEDICAL AND
PSYCHOLOGICAL CARE**

19.00.04 – “Medical psychology”

**DISSERTATION ABSTRACT FOR THE DEGREE OF DOCTOR
OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT - 2023

The theme of the dissertation of the doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2019.2.PhD/Tib1033

The dissertation was carried out at Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian and English(resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.medsport.uz) and on the website of “ZiyoNet” informative and educational portal (www.ziynet.uz)

Scientific advisor: **Ibodullayev Zarifboy Rajabovich**
Doctor of Medical Sciences, professor

Official opponents: **Abdullayeva Vasila Karimovna**
Doctor of Medical Sciences, professor

Aliaxunova Mavjuda Yusupovna
Doctor of Medical Sciences, professor

Leading organization: **Tashkent State Stomatological Institute**

The defense of the dissertation will take place on “_____” _____ 2023 at _____ o’clock at the meeting of the Scientific Council of PhD.10/30.12.2019.Tib.69.01 at Republican Scientific and Practical Center of Sports Medicine (Address: 100027, Tashkent, Shaykhantakhur District, Almazar str., 6. Tel.: (+99871) 241-38-03; Fax: (+99871) 241-30-93; e-mail: medsport@gmail.com)

The PhD dissertation can be looked through in the Information-Resource Center of the Tashkent Medical Academy (registered under №_____). Address: 100109, Tashkent, Faraby str., 2. Phone\Fax (71)150-78-25.

The abstract of dissertation was distributed on “_____” _____ 2023 y.
(Mailing report number _____ on “_____” _____ 2023 y).

A.A. Sadikov
Chairman of the one-time Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

A.B. Soliev
Scientific secretary of the one-time Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Biological Sciences

A.A. Khadjimetov
Chairman of the one-time Academic seminar under the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Biological Sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

The aim of the research. To study of anxiety-depressive disorders in systemic lupus erythematosus and improvement of medical and psychological care in them.

The object of the research work The object of the study was 80 patients treated with systemic lupus erythematosus in the rheumatology department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2017-2019.

The scientific novelty of the research is as follows:

for the first time, it becomes possible, with the help of medical-psychological and special tests, to determine psycho-emotional disorders in systemic lupus erythematosus, which cause a change in the patient's views on all aspects of life and deactivation of his internal potential, which leads to an exacerbation of the clinical course of the underlying disease, with a negative impact on basic treatment;

it was revealed for the first time that in the structure of psycho-emotional changes such disorders as fear, anxiety, panic and depression are priority, which are detected both in the early stages of the disease and in connection with a violation of the motivational, communicative, intellectual and other components of the personality model, and it was also established that these symptoms are the main psychological factors affecting the patient's quality of life and require complex psychotherapeutic correction;

the high efficiency of the Gestalt therapy method in the treatment of systemic lupus erythematosus by means of correction of anxiety and depressive disorders, which is aimed at expanding the patient's consciousness, increasing the ability to understand the disease itself, and developing skills to overcome emotional problems, has been determined;

Based on the achieved positive results of using the Gestalt therapy method together with psychopharmacotherapy in the standard treatment of systemic lupus erythematosus, an improvement in the patient's general condition and a stable increase in the mental component of the quality of life was achieved.

Implementation of research results. Based on the scientific results obtained to improve medical and psychological care for systemic lupus erythematosus, anxiety and depression: approved the methodological recommendation "Algorithm for the correction of psychoemotional disorders in systemic lupus erythematosus" (Conclusion of the Ministry of Health 8n-r / 512 30.11.2020). This methodological recommendation made it possible at an early stage to identify anxiety-depressive disorders in systemic lupus erythematosus and correct them with the help of gestalt therapy;

approved the methodological recommendation "Algorithm of medical and psychological diagnostics of systemic lupus erythematosus" (Conclusion of the Ministry of Health 8n-r / 85 of 01/29/2021). This methodological recommendation made it possible to determine the clinical and psychological indicators, suicidal thoughts and the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus; The obtained scientific results on the correction of psychoemotional disorders in systemic lupus erythematosus were applied in the practice of the Tashkent City

Clinical Hospital №3 and the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center (certificate No. 8n-r / 512 dated November 30, 2020, Ministry of Health). The obtained scientific results on the medical and psychological diagnosis of systemic lupus erythematosus were applied in the practice of the Tashkent City Clinical Hospital № 3 and the Family Polyclinic No. 4 of the Bukhara region. (Certificate of the Ministry of Health dated January 29, 2021, No. 8n-r / 85). The implementation of the research results in clinical practice made it possible to improve the quality of life of patients through the use of gestalt therapy for psychoemotional disorders of systemic lupus erythematosus, early medical and psychological diagnosis of the quality of life of patients and psychocorrection. anxiety-depressive disorders.

Based on the scientific results of identifying anxiety-depressive disorders observed in systemic lupus erythematosus and their correction using Gestalt therapy and psychopharmacotherapy, a rationalization proposal was developed under the name "Algorithm for the correction of psycho-emotional disorders in systemic lupus erythematosus" (№ 941 03.09.2022).

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction four chapters, conclusions and list of cited literature and applications. The volume of the text material is 137 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Махаматжанова Н.М.- Тизимли қизил бўрича касаллигини комплекс даволашда психофармакотерапия ва Гештальт-терапия самарадорлигини баҳолаш// ТТА Ахборотномаси “Ревматологияда инновацион технологиялар” Ўзбекистон ревматологларининг II съезди – 2018; 66-67 бет (14.00.00.№ 13)

2. Махаматжанова N.M., Ibodullayev Z.R.- Medical-Psychological correction of Anxiety-Depressive Disorders in Systemic Lupus Erythematosus// International Journal of Psychosocial Rehabilitation ISSN:1475-7192 volume 24 Issue 9 Year 2020 Month June DOI : | 0, 3 7200/I.IPR/V2 4t9 /PR2904 | 0(https : //doi. orgl | 0.37 200 II.IPRIV 2419/PR29004 I 0), Pp. 3856-3860.

3. Махаматжанова Н.М., Ибодуллаев З.Р.- Тизимли қизил бўричада беморлар ҳаёт сифатига гештальт-терапиянинг таъсири // Тиббиёт ва спорт май 2021-100-105 бет (14.00.00.№ 23).

4. Махаматжанова Н.М.- Тизимли қизил бўричада тиббий-психологик диагностика // Тиббиёт ва спорт май 2022. <http://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/3637> (14.00.00.№ 23)

5. Махаматжанова N.M.- Significance of early medical-psychological diagnostics in systemic lupus erythematosus // Bulletin of Fundamental and clinic medicine-page 147-152.

II бўлим (II часть; part II)

1. Махаматжанова Н.М., Ибодуллаев З.Р. Тизимли қизил бўрича касаллигидаги психоэмоционал бузилишларни коррекция қилиш алгоритми (Услужий тавсиянома Соғлиқни сақлаш вазирлиги хулосаси 8н-р/512 30.11.2020 й.).

2. Махаматжанова Н.М., Ибодуллаев З.Р. Тизимли қизил бўрича касаллигининг тиббий-психологик диагностика алгоритми (Услужий тавсиянома Соғлиқни сақлаш вазирлиги хулосаси 8н-р/85 29.01.2021 й.)

3. Махаматжанова Н.М. Тизимли қизил бўрича касаллигида шахсий локус назоратни баҳолаш - Ўзбекистон терапия ахборотномаси №3, 2018; 70-бет

4. Махаматжанова N.M. Evaluation of the effectiveness of psychopharmacotherapy and psychotherapy in the complex treatment of systemic lupus erythematosus - XXIV world congress of neurology-Dubai, UAE, October 27-31 2019; abstract #: WCN19-1377

5. Махаматжанова Н.М. Терапевтик амалиётда Гештальт-терапия қўлланилиши ва унинг аҳамияти. Международная научно-практическая конференция “Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: современная практика и направления развития”, 17-18 октября 2019 года, Самарканд.

6. Махаматжанова Н.М.Тизимли қизил бўричада психоэмоционал бузилишлар диагностикаси ва унда тиббий-психологик ёрдам тамоиллари-Биология ва тиббиёт муаммолари №4.1 (114) 2019, 153-бет. (14.00.00. №19).

7. Махаматжанова Н.М., Ибодуллаев З.Р. “Тизимли қизил бўрича касаллигидаги психоэмоционал бузилишларни коррекция қилиш алгоритми” (Рационализаторлик таклифи №941 03.09.2022).

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди

Босишга рухсат этилди: 05.05.2023 йил
Бичими 60x84^{1/16}, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 2,9. Адади 100. Буюртма № 123
Тел: (99) 832 99 79, (99) 817 44 54
Гувоҳнома reestr № 10-3279
“IMPRESS MEDIA” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилган.
100031, Тошкент ш., Яккасарой тумани, Қушбеги кўчаси, 6-уй