

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Чарос Азаматовна Кучимова

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Марғуба Шавкатовна Исматова

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Фарангиз Исматиловна Юлдашева

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Толиб Махмуджонович Тураев

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

ДИСТИМИК БУЗИЛИШЛАРДА НАРКОТИК ҚАРАМЛИКНИНГ ВА ФАЗАЛИ ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

For citation: Charos Azamatovna Kuchimova, Marguba Shavkatovna Ismatova, Farangiz Ismatilloevna Yuldasheva. FEATURES OF DRUG ADDICTION AND PHASE DEPRESSIVE DISORDERS IN DYSTHYMIC DISORDERS. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 1, pp.270-275



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-1-39>

АННОТАЦИЯ

Гиёҳванд моддаларга қарам беморларда аффектив бузилишлар ташхиси ва уларни вариантларини фарқлашнинг аҳамияти муҳим аҳамият касб этади. Симптомларни йуқотиш учун тез рационал даво чоралари талаб қилинади, акс ҳолда аффектив патологияни бартараф этмасдан ўтказилган даво касалликнинг исталган даражасида самарасиз бўлади. Фазали депрессив бузилишли беморлар орасида кайфиятни униполяр, рекуррент ёки биполяр бузилиши кўринишидаги енгил ва ўртача депрессив эпизодлар устунлик қилади, бу феноменологик жиҳатдан оддий ёки ваҳимали субдепрессияларга, фаолликнинг йўқолиши билан кўзатиловчи мавсумли депрессияларга, агриппник бузилишларга ва апатияга киритилади. Ушбу ҳолатларнинг давомийлиги бир неча ҳафтадан бир неча ойгача бўлиши мумкин. Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш мотивацияси беморларнинг руҳий ҳолатини яхшилаш истагига мос келади.

Калит сўзлар: дистимия, депрессия, наркотик қарамлик, апатия, аффектив бузилиш.

Чарос Азаматовна Кучимова

Самарқандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Марғуба Шавкатовна Исматова

Самарқандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Фарангиз Исматиловна Юлдашева

Самарқандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Толиб Махмуджонович Тураев

Самарқандский государственный медицинский институт, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ФАЗОВЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДИСТИМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

АННОТАЦИЯ

Важность диагностики аффективных расстройств и дифференциация их вариантов у больных наркотической зависимостью очевидны. Они позволяют в короткое время подобрать наиболее рациональную терапию для купирования симптомов, в противном случае тормозящих лечебный процесс, попытки проводить терапию без устранения у пациентов аффективной патологии любой степени выраженности обычно безрезультатны. Среди пациентов с фазным депрессивным расстройством преобладают легкие и умеренные депрессивные эпизоды в виде униполярного настроения, рецидивирующего или биполярного расстройства, которые являются феноменологически нормальными или паническими субдепрессиями, сезонными депрессиями, наблюдаемыми с потерей активности, агрипными расстройствами и включенными в апатию. Продолжительность этих случаев может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев. Мотивация к применению препаратов согласуется с желанием улучшить психическое состояние пациентов.

Ключевые слова: дистимия, депрессия, наркотическая зависимость, апатия, аффективные нарушения.

Charos Azamatovna Kuchimova

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Marguba Shavkatovna Ismatova

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Farangiz Ismatilloevna Yuldasheva

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Tolib Maxmudjonovich Turaev

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

FEATURES OF DRUG ADDICTION AND PHASE DEPRESSIVE DISORDERS IN DYSTHYMIC DISORDERS

ANNOTATION

Depressive disorders are of interest to most researchers because of their prevalence and the fact that they are considered high-level psychosocial disorders. In modern psychiatry, the clinic of the adynamic component of depressive disorders is still not fully studied. Adynamic depression often has a long, chronic course. Psychopathological analysis of adynamic depression, identification of various variants of its course, helps to choose therapeutic tactics. Among patients with phase depressive disorder, mild and moderate depressive episodes in the form of mood unipolar, recurrent or bipolar disorder predominate, which are phenomenologically normal or panic subdepressions, seasonal depressions observed with loss of activity, agrippnik disorders, and included in apathy. The duration of these cases can be from several weeks to several months. The motivation for the use of drugs is consistent with the desire to improve the mental state of patients.

Keywords: dysthymia, depression, drug addiction, apathy, affective disorders.

Бу муаммога тадқиқотчиларнинг қизиқиши шу билан боғлиқки, дистимик бузилишларда наркотик қарамликнинг кенг тарқалганлиги эмас, балки унинг психосоциал аҳамияти, бу мавзуга доир саволларнинг жавобсиз, ечим топмасдан қолишидир.

Тадқиқот мақсади. Наркотик моддаларга мойиллиги мавжуд беморларни дистимик бузилишлар хусусиятларини ва кайфиятнинг фазали депрессив бузилишини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот вазифалари.

1. Дистимик бузилишларни наркотик қарамликнинг психопатологик хусусиятини текшириш.

2. Наркотик қарамликда аффектив бузилишларни психопатологик тузилмаларни мезонларини аниқлаш.

3. Абстенент синдромда аффектив бузилишлар устунлигини аниқлаш.

4. Коморбид патологиянинг оптимал терапевтик тактикасини аниқлаш.

Материал ва текширув усуллари: Тадқиқот Самарқанд вилояти рухий касалликлар шифохонаси диспансер бўлими ва психосоматик стационарда 2017-2020 йилларда олиб борилди. Тадқиқот учун коморбид депрессив патологияли 60 нафар бемор олинди (асосий гуруҳ-АГ) ва 30 нафар (контрол гуруҳ-КГ). Гуруҳлардаги беморларнинг ўртача ёши $45,2 \pm 2,6$ ва $42,3 \pm 2,8$ ёшни ташкил этди. АГ ишсизлар 25%ни, КГда 33% дан иборат бўлди. АГдаги 63,3% беморлар, КГдаги 53,3% беморлар биринчи марта мурожаат қилишган. Коморбид депрессив патология аффектив патология кўринишида МКБ-10нинг F33 бўлимига киритилди (аффектив бузилишлар). Мазкур тадқиқотда коморбид депрессив бузилиш ташхиси деярли барча беморларда аниқланди. клиник методдан ташқари юқорида санаб ўтилган экспериментал-психологик методлардан ҳам фойдаланилди. Маълумотларни статистик қайта ишлаш дескриптив ва корреляцион таҳлил қилинди, фарқлар аҳамиятини баҳолаш Стъюдент t-критерияси ва Спирмен коэффиценти ёрдамида ўтказилди.

Тадқиқот муҳокамаси: Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш циклик характерга эга бўлди, аффектив бузилиш интермиссиясида наркотик моддаларни ўзоқ вақт истеъмол қилиш тўхтади. Фазали характерга эга бўлган кайфият бузилишлари шаклланишида наркотик қарамлик (НК) шакклангунча, депрессив ҳолат вақтида толерантликнинг тез ўсиб бориши билан бирга наркотик моддани тизимли қабул қилишни ўзоқ даври, миқдорий назоратнинг йўқолиши кузатилди, аммо абстинент синдром (АС) аста-секин шаклланди, наркотик моддага бўлган майлнинг актуаллигидан ташқари, уни тузилишида тугалланмаганлик, шу билан биргаликда АС белгиларинг йўқлиги кузатилди. Бу гуруҳ беморларда наркотик моддага эҳтиёж Чередниченко-Альтшулер шкаласи маълумотларига кўра, сурункали аффектив бузилишли беморларга нисбатан камроқ ифодаланди. Бу шу билан боғлиқки, фазали депрессив бузилишли беморлар кўпчилигида наркотик модда қабул қилиш эйфория чақирмайди, уларни маълум бир гуруҳида депрессия ифодаланганлигига таъсир қилмасдан, балки депрессия белгиларини кучайтиради [5,6].

Аффектив бузилишли беморларда АС шаклланиши наркотик моддани қабул қилишни бошлагандан 8–12 йил ўтгандан сўнг ривожланади. Кўпчилик беморларда АСнинг сомато-неврологик белгилари кам ифодаланади, аммо депрессив симптоматика чўқурлашуви кузатилади: ўз-ўзини айблаш ғоялари билан кузатиладиган депрессив кечинмалар, кайфиятни суткалик ўзгариб туриши, кечга бориб яхшиланиши кабилар. Аффектив симптоматикадан ташқари бундай беморларда неврозсимон белгилар кузатилади: обсессиялар, рухий ҳорғинлик, таъсирчанлик кабилар. АС структурасида наркотик моддага иккиламчи майл, агриппния, ваҳима субпсихотик даражада кузатилади. Кўпчилик беморларни наркотик модда қабул қилиш тўхтатилганда рухий ҳолатида ваҳима, ваҳимали-депрессив, ваҳимали-фобик бузилишлар кузатилади. Эрта постабстинент давр ваҳимали бузилишларни юқори дражасини сақланиши билан характерланади. Гамильтонни ваҳима шкаласи бу даврда беморларда ваҳимали ҳолат борлигини кўрсатади [1,3,6]. Юқори ваҳима оралиғида ситуацион ваҳима Спилбергер-Ханин ўз-ўзини баҳолаш шкаласи кўрсаткичлари ҳам мавжуд. Гамильтон клиник шкаласи бўйича депрессия даражаси бу шкаланинг катта депрессив эпизод кўрсаткичларига мос келади. Бунда ўз-ўзини баҳоловчи Зунг шкаласи бўйича депрессиянинг паст даражаси аниқланади. Депрессияни объектив ва субъектив баҳолашдаги бу номутаносиблик алекситимия туфайли бўлиши мумкин, бу беморларда ўз ҳис-туйғуларини оғзаки ифода эта олмаслик, ўзларининг ҳиссий ҳолатини адекват баҳолашни қийинлаштириши мумкин. Фазали депрессив бузилишли беморлар учун, уларнинг рухий ҳолатида енгил когнитив белгилар билан кузатиладиган депрессив ва ваҳимали бузилишларни асоцирланганлиги хос: диққатни жамлаш қобилиятини сустлиги, янги маълумотларни ўзлаштиришда қийинчилик, эслашдаги хотира бузилишлари кабилар. Когнитив бузилишнинг енгил даражаси аффектив бузилишларнинг жиддийлигини маълум даражада акс эттиради.

НҚ ҳосил бўлгандан кейин пайдо бўладиган аффектив бузилишлар алоҳида аффектив патология юзага келгандан кейин наркоманиянинг янада прогредиент кечишини, яъни аддиктив бузилишларнинг оғирлашувини кўрсатади [9,13].

Дистимия билан касалланган беморларда ваҳимали-дисфорик ва дисфорик бузилишлар устунлик қилади. Фазада депрессив бузилишли беморларга нисбатан сурункали кайфият бузилиши билан оғирган беморларда мотивларнинг ўртача ифодаси юқори бўлиш эҳтимоли кўпроқ. Сурункали кайфият бузилиши бўлган беморларнинг кўпчилигида АСнинг сомато-вегетатив белгилари камайгандан сўнг, яққол ифодаланган аффектив компонент билан биргаликда наркотикка патологик майл (НПМ) сақланиб қолади. Буни Альтшулер–Чередниченко шкаласи кўрсаткичлари исботлаб беради. Дастлабки постабстинент даврда циклотимия ва дистимия билан оғирган беморларда депрессив-ваҳимали бузилишлар кузатилади. Гамильтон депрессия шкаласи бўйича депрессия даражаси бу бузилишларни асосий депрессив эпизод сифатида баҳолашга мос келади. Юқори ваҳима диапазонида ситуацион ваҳима кўрсаткичлари сақланиб қолади, бу Спилбергер–Ханин ўз-ўзини баҳолаш шкаласи бўйича аниқланади [8,9,10].

Циклотимия ва дистимия билан оғирган беморларнинг клиник ўзига хослиги айрим ҳолларда депрессив ва хавотирли бузилишларнинг бир — бирига яқин боғланиши бўлса, бошқаларида эса депрессив ва дисфорик бузилишлар билан фарқланади. Шу билан бирга аффектив бузилишларсиз героин наркомания (ГН) билан оғирган беморлардан фарқли ўларок, сурункали кайфият бузилиши бўлган беморларнинг рухий ҳолатидаги дистимиянинг намоён бўлиши психопатсимон бузилишларнинг оғир-енгиллиги билан боғлиқ бўлмайди. ГН билан оғирган беморларда психопатсимон бузилишлар билан дисфорик ва дистимик турдаги аффектив касалликлар ассоциацияси бу касалликларни сурункали наркотик модда интоксикацияси туфайли иккиламчи аффектив касалликлар ва хулқ-атвор касалликларининг битта клиник мажмуаси ичида кўриб чиқишга имкон беради. Буни эрта постабстинент даврда коморбид патологиясининг дифференциал диагностикасида ҳисобга олиш керак. [11,12].

Кайфиятни сурункали бузилиши билан оғирган беморларда доимий гиёҳвандликка майл аффектив бузилишларнинг юқори даражаси билан қушилиб келади, бу даврда аффектив бузилишларнинг юқори даражаси билан биргаликда ремиссияларнинг паст сифати ва уларнинг қисқа давомийлиги фазала коморбид аффектив бузилишлар билан солиштирганда мос психофармакотерапия йўқлигида айниқса сезиларли бўлади.

Шундай қилиб, беморларда аффектив бузилишлар сурункали кечганда бу психопатологик белгилар наркомания ремиссиялари даврида муҳим рол ўйнайди. Улар буни аниқлашни ва мос давони талаб этади, акс ҳолда тез рецидив бериши мумкин.[1,3,14]

Тадқиқот шуни кўрсатдики, иккала гуруҳ эпизодик наркотизация бошланишининг ўртача ёши ва тизимли истеъмол қилишга ўтишида фарқ қилмаган, аммо АГда тўхтатиб қўйиш синдроми КГга нисбатан кечроқ пайдо бўлган.

Жадвал №1. Текширилувчи гуруҳ беморларда АСнинг хусусиятлари

	АС ифодаланган компонентлар билан	АС аффектив бузилишлар устунлиги билан	АС шаклланиши туғалланмаган
АГ	20,5%±2,0%*	23,1%±2,3*	56,4%±1.8*
КГ	41,2%±3,6%	10,3%±2,5%	48,5%±3.2%

* $p < 0,05$

Тўхтатиб қўйиш синдромининг шаклланиши коморбид патологияли гуруҳда 38.2 ± 3.0 ёшни, КГ-гуруҳда эса 30.7 ± 2.3 ёшда кузатилган. Бунда тўхтатиб қўйиш синдроми ифодаланган компонентлар билан бирга АГда фақат 20,5% беморларда, КГда 41.2% беморларда кузатилган. АГнинг 23,1% беморларида АС структурасида аффектив бузилишлар устунлик қилди, шундан 10,3% беморларда субпсихотик регистрда эди. Асосий гуруҳ беморларининг 16,7% да тўхтатиб қўйиш синдроми тугалланмаган, КГнинг 48,5% беморларида АС етарлича шакллланган.

Жадвал № 2. Текширилувчи гуруҳ беморларда наркомания кечишини клиник хусусиятлари

	Ифодаланган-прогрессиент темпда кечиши	Шахсда наркотик узгаришлар йуқлиги	Спонтан ремиссия	Терапевтик ремиссия
АГ	4,9%±1,2%*	73,3%±2.1%*	20%±1,3%*	47,5%,±2.4%*
КГ	29,4%±1,0%	22,2%±0,8%	Не было	36,4%±3,2%

*p<0,05

Касалликни ифодаланган прогрессиент темпда кечиши тизимли наркотизация бошланганидан АГ беморларини 4,9%да, КГ беморларини 29,4% кузатилди. Шахсда наркотик узгаришлар йуқлиги АГ кўпчилик беморларида 73,3%да, КГни 22,2%да кузатилди. КГ беморларида спонтан ремиссия кузатилмади, АГда 20% беморларда кузатилди. Терапевтик ремиссия олдин даволанган АГ беморларида 47,5% ни, КГда 36,4%ни ташкил этди.

Экспериментал-психологик текширув маълумотлари иккала гуруҳда ишончли бир қанча фарқларни аниқлади, жумладан:

- 1) АГ беморларида соматовегетатив компонент редукциясидан сўнг эрта постабстинент даврида депрессия ва ваҳиманинг юқори даражаси;
- 2) Альтшулер–Чередниченко шкаласи бўйича АГда НПМ аффектив компонентининг устунлиги;
- 3) АГ беморларида психопатсимон бузилишлар ва шахсни наркотик узгаришларини камрок ифодаланганлиги.

АГда психопатсимон бузилишлар билан апатик ва дистимик бузилишларнинг ўзаро боғлиқлигининг йуқлиги, аффектив ва хулқий бузилишларни ташхисий жиҳатдан ажратишга имкон беради ва шу билан биргаликда беморларда психопатсимон бузилишлар бўлмаганда апатик ёки дистимик бузилишлар депрессия (субдепрессия) кўринишида талқин этилади.

КГда психопатсимон бузилишлар билан дисфория ва дистимия ўртасида ўзаро мусбат корреляцион боғлиқликнинг бўлиши ўз навбатида уларни сурункали наркотик интоксикация оқибатлари билан боғлиқ хулқий ва аффектив бузилишларни бир бутун клиник комплексига бирлаштириш имконини беради.

Бизнинг нуқтаи назардан, олинган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, коморбид патологиянинг ўрганилган вариантыга эга бўлган беморларнинг муҳим гуруҳини ташхислаш ва реабилитация қилишда зарур. АГда эрта постабстенент даврда наркотик қарамликдаги аффектив бузилишларни солиштирма ташхислашда таянч нўқталар ҳисобланади: интоксикация белгилари баратараф этилгандан сўнг кузатилган депрессив манзара ва тухтатиб қуйиш синдромидаги соматовегетатив белгилар.

Тухтатиб қуйиш синдроми структурасидаги аффектив бузилишларни устун бўлиши, шу билан бирга юқорида келтирилган белгилар анамнестик текширув ўтказишни ва коморбид наркотик қарамликдаги кайфият бузилишларини ташхислашдан гувоҳлик беради. Постабстенент даврда коморбид депрессив патологияни дифференцирлашган психофармакотерапия ўтказиш давомида аниқлаш ва ремиссия даврида аффектив бузилишларда қуллаб-қувватловчи даво ўтказиш бу гуруҳ беморларда ремиссия сифатини ва давомийлигини яхшилайдди.

Хулоса. Аффектив патология билан коморбид бўлган наркотикка қарам беморларда солиштирма клиник ва клиник-психологик текширув натижалари, бу гуруҳ беморларда наркотик қарамликнинг бир қатор ривожланиш ва кечиш характеристикасини аниқлаштиради. Бу натижалар шифокорларга мазкур аффектив бузилишларни аниқлашда, анамнезидаги муҳим белгиларига эътибор қаратишларига, аффектив бузилишларни аниқлашда вақтини тежашга, мазкур ҳолатда энг адекват рационал даво танлашга, анъанавий самарасиз наркоманияга қарши даво ўтказмасликка, беморларни турли гуруҳларида аниқ прогностик тасаввурлар қилишга имкон яратади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Arbitalin, E.Yu. Social'noe funkcionirovanie bol'nyh s farmakorezistentnymi depressiyami / E.Yu. Arbitalin, N.V. Fedorov [Social functioning of patients with pharmacoresistant depressions] // Sociologiya mediciny. - 2011. - №2. - S. 47-51
2. Anufriev A.K. Izbrannye trudy po psixiatrii [Selected works on psychiatry] / A.K. Anufriev. - M.: Logos, 2013. - 352 s.
3. Barhatova A. N. Problemy opredeleniya ponyatiya «defekt-simptomy» pri shizofrenii [Problems of defining the concept of “defect-symptoms” in Schizophrenia] / Barhatova A.N. // Psihiatriya. - 2014.- №2. - S. 56.
4. Bobrov A.S. Endogennye depressii. [Endogenous depression.] Monografiya, 2 izdanie, dopolnennoe i pererabotannoe Irkutsk: «Papirus»; 2010.
5. Vertogradova, O.P. Apaticheskaya depressiya: struktura i dinamika. [Apathetic depression: structure and dynamics.] / O.P., Vertogradova, K.A. Koshkin // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. - 2010. №2 (20).- S. 26-32
6. Dzyuba, A.N. Nejroplastichnost' v terapii pri depressivnyh rasstrojstvakh [Neuroplasticity in therapy for depressive disorders] / A.N. Dzyuba E.A. Haustova, V.G. Bezshejko // Ukr. med. Zhurn. - 2012. №2 (88).- C. 3-4
7. Zhmurov, V.A. Adinamiya. /A.V. Zhmurov// Bol'shaya enciklopediya po psixiatrii, [Big Encyclopedia of Psychiatry] 2-e izd. M.- 2012. -1068 s
8. Iznak, A.F. Transkraniyal'naya magnitnaya stimulyaciya v kombinirovannom lechenii farmakorezistentnyh depressij: dinamika klinicheskikh, psihologicheskikh i EEG parametrov. [Transcranial magnetic stimulation in combined treatment of drug-resistant depression] / A.F. Iznak, A.S. Tiganov, E.V. Iznak, S.A. Sorokin // Human Physiology- 2015.- T.41.- №5. - S.503-509.
9. Klyushnik, T.P. Novye vospalitel'nye markery depressivnyh rasstrojstv. /T.P. Klyushnik, S.A. Zozulya, T.M. Siryachenko, V.G. Kaleda, A.M. Dupin, M.A. Omel'chenko // Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii.- 2019. T.1-№76.-s.35-38
10. Kuchimova Ch.A., Khodzhaeva N.I., Ismatova M.S., Turaev T.M., Kubaev R.M. Depressiv spektr doirasidagi affektiv xolatlarining tizimi va nozologik baxolash usullari [Systematics of states in the depressive spectrum and methods of nozological assessment] // Tibbiyotda yangi kun. - 2020. - №. 3. - P. 366-368.
11. Ochilov U. U. i dr. Diagnosticheskie osobennosti u pasientov s endogennymi psixicheskimi zabolovaniyami // Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya. - 2020. - №. 10 (155).
12. Turaev B. T., Ochilov U. U., Alkarov R. B. Somatizatsiyalashgan depressiyalarning ijtimoiy-demografik xususiyatlar [Socio-demographic characteristics of somatized depression] // Tibbiyotda yangi kun- 2020. - №. 2. - P. 231-233.
13. Andrews G. et al. Why does the burden of disease persist. Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment // Bull. WHO. — Vol. 78, № 4. — P. 446–454.
14. Kuchimova Ch. A, Khodzhaeva N. I., Prolonged and chronic endogenous depressions, Journal of Biomedicine and Practice 2020, vol. 3, issue 5, pp.40-44.
15. Kuchimova Ch. A; Khaydarova D.S.; Pardaeva Z.S.; Abdurazakova R.Sh.; Turaev T.M. "The structure, therapeutic dynamics and forecast of longterm depression". European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 7, 2, 2020, 1844-1853.