

## ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗДА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

*Давронов Шохакбар Зайниевич**Вобкент туман тиббиёт бирлашмаси**Пўлатов Садриддин Сайфуллаевич**DSc, Бухоро давлат тиббиёт институти***Аннотация.**

Тарқоқ склероз сурункали демиелинизатсияловчи касаллик бўлиб, нафақат неврологик етишмовчилик, балки беморларнинг руҳий ҳолати ва ҳаёт сифатига ҳам салбий таъсир кўрсатади. Ушбу тадқиқот тарқоқ склероз билан оғриган беморларда депрессив бузилишларнинг клиник хусусиятлари, уларнинг касаллик кечиши, давомийлиги ва функционал ҳолат билан ўзаро боғлиқлигини баҳолашга бағишланган. 62 нафар беморда клиник-инструментал текширувлар ва стандартлаштирилган психологик шкалалар ёрдамида эмоционал ва астеник бузилишлар таҳлил қилинди. Натижалар тарқоқ склерозда депрессив ҳолатлар юқори учраш частотасига эга эканини, асосан астено-депрессив ва хавотирли-депрессив синдромлар шаклида намоён бўлишини кўрсатди. Аниқланишича, депрессия ва хавотирнинг кучайиши касаллик давомийлиги ошиши билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, функционал имкониятлар ва ҳаёт сифати пасайишига олиб келади. Олинган маълумотлар тарқоқ склероз билан оғриган беморларни комплекс даволаш ва реабилитация қилишда депрессив бузилишларни ўз вақтида аниқлаш ва коррекция қилишнинг муҳим аҳамиятга эга эканини асослайди.

**Калит сўзлар:** тарқоқ склероз; депрессив бузилишлар; хавотир; астения; ҳаёт сифати; когнитив бузилишлар; психоэмоционал ҳолат.

Тарқоқ склероз (ТС) сурункали демиелинизатсияловчи касаллик бўлиб, унинг асосида марказий асаб тизимининг кўплаб ўчоқли ва диффуз шикастланишига олиб келадиган аутоиммун яллиғланиш ва нейродегенератив жараёнлар мажмуаси ётади, бунинг натижасида беморларнинг ногиронлиги ва ёш меҳнатга лаёқатли аҳолининг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада пасайиши кузатилади [5]. ТС да бемор янги ҳаёт шароитлари, касалликни қабул қилиш ва даволаш жараёни, шу жумладан реабилитация билан тўқнашишига тўғри келади. ТС билан оғриган беморнинг ҳаёт сифати унинг ресурс имкониятлари ва янги шароитларга муваффақиятли мослашишига боғлиқ [1-5]. Коморбид ҳолатлар доирасидаги аффектив бузилишлар мослашувни ёмонлаштиради, неврологик етишмовчиликнинг кучайишига ва даволанишга мойилликнинг пасайишига олиб келади. Шу билан бирга, РС билан оғриган беморларда аффектив

бузилишлар белгилари бўлмаса, стресс омилларига мослашиш ва жавоб бериш кузатилади [2-4].

ТСда депрессия, астения ва хавотирнинг мавжудлиги когнитив функцияларга салбий таъсир кўрсатиб, ташхис қўйилгандан кейинги жорий даврда ҳам, узоқ муддатли истиқболда ҳам уларни ёмонлаштиради. ТС да депрессив ҳолатлар беморларда аутоагрессив хулқ-атворнинг шаклланишига олиб келиши мумкин [3].

ТС нинг барча турларида сурункали чарчоқ синдроми (97%), турли даражадаги депрессия (62%) ва ўртача когнитив бузилишлар (49%) аниқланади. Бироқ, ТС ривожланишининг дастлабки босқичларида, ҳатто касаллик давомийлиги икки йилгача бўлганда ҳам депрессив мослашув бузилишлари ва ваҳима бузилишлари билан агорафобия ташхиси қўйилади. Яққол ногиронликда (ЭДСС шкаласи бўйича 5 баллдан юқори) когнитив ва депрессив бузилишлар устунлик қилади. Шубҳасиз, ТСда когнитив ва аффектив соҳалар бузилишларнинг юқори даражадаги ўзаро боғлиқлиги билан тавсифланади [3, 4]. Руҳий бузилишларнинг психоген хусусияти беморларни даволаш ва реабилитация қилишда психотерапевтик таъсирлардан фойдаланиш зарурлигини асослайди [1, 5].

**Тадқиқотнинг мақсади** тарқоқ склероз билан оғриган беморларда депрессив бузилишларни ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилашдан иборат.

### **Материал ва усуллар**

2022 йилдан 2025 йилгача бўлган даврда ишончли тарқоқ склероз ташхиси қўйилган 62 нафар бемор (29 эркак ва 33 аёл) кузатув остида бўлган. Ўртача ёш  $51,7 \pm 3,9$  ёшни ташкил этди. Текширув вақтида касалликнинг ўртача давомийлиги -  $5,9 \pm 2,1$  йил. Касалликнинг ремиттирловчи кечиши (РКТС) 32 (52%) беморда қайд этилди, улардан қўзиш босқичида - 28 (88%), ремиссия босқичида - 4 (12%). 4 (6%) беморда касаллик бошланиш босқичида бўлган. ТС кечиши 26 (42%) беморда прогрессив характерга эга бўлди: бирламчи-прогрессив ТС (БПТС) 8 (32%), иккиламчи-прогрессив ТС (ИПТС) - 18 (68%) кишида кузатилди.

Барча беморлар клиник-инструментал текширув ва психологик тестдан ўтказилди. Эмоционал бузилишларни аниқлаш учун Спилбергер-Ханин ўзини ўзи баҳолаш шкаласи, хавотир ва депрессиянинг госпиталь шкалалари (HADS-A ва HADS-D), хавотирнинг шахсий шкаласи J.Taylor, депрессиянинг Монтгомери-Асберг шкалаларидан фойдаланилди. Астеник синдромни ташхислаш ва динамик баҳолаш учун MFI-20 шкаласи қўлланилди. Маълумотларга статистик ишлов бериш Microsoft Excel дастури ёрдамида амалга оширилди.

### **Натижалар ва муҳокама**

Шикоятлар таҳлил қилинганда, ТС билан оғриган беморларнинг 89,4% да депрессив бузилишлар аниқланган, 10,6% да психоэмотсионал соҳанинг бузилиши кузатилмаган. Барча беморларда депрессия дистимия типига кайфиятнинг узоқ муддатли пасайиши билан намоён бўлди, бу саломатлик ҳолати ва ҳаётий фаолиятнинг чекланиши билан боғлиқ. Беморларнинг аксариятида уйқу бузилиши (76,1%), ички зўриқиш ҳисси, асабийлашиш (60,7%), ҳиссий лабиллик (76,4%), таъсирчанлик ва йиғлоқилик (59,6%), ҳаётга қизиқишнинг йўқолиши (53,4%) кузатилди.

ТСда депрессив бузилишларнинг иккита асосий клиник варианты ажратилди: астено-депрессив синдром (56,9%) ва хавотирли-депрессив синдром (43,1%).

Астено-депрессив синдром кайфиятнинг пасайиши, апатия, меланхолия, тушкунлик, бўшашиш, умумий заифлик ва ҳаётга қизиқишнинг йўқолиши билан тавсифланган. Минимал юкламаларда жисмоний толиқишнинг кучайиши характерли бўлди. Беморларнинг бир қисмида ўз жонига қасд қилиш фикрлари қайд этилган. Астенодепрессив синдромнинг ўзига хос хусусияти депрессив симптоматиканинг астениядан устунлиги бўлиб, бу психотравматик омилларнинг муҳим ролини кўрсатади.

MFI-20 шкаласи бўйича астеник бузилишлар яққол намоён бўлди: умумий астения кўрсаткичлари 14 дан 20 баллгача ўзгариб турди ва ўртача  $15,7 \pm 1,8$  ни ташкил этди. Жисмоний астения яққол намоён бўлган ва фаоллиги пасайган беморлар устунлик қилди. Мотиватсиянинг пасайишининг ўртача кўрсаткичи  $11,6 \pm 2,2$ , руҳий астения -  $11,4 \pm 3,3$  ни ташкил этди. Астениянинг умумий бали  $65,3 \pm 11,7$  ни ташкил этди. Барча кўрсаткичлар ТС кечиш турига боғлиқ ҳолда ишончли фарқларга эга бўлди.

J.Taylor, HADS ва Монтгомери-Асберг шкалалари бўйича хавотирли-депрессив симптомлар 35,8% беморларда аниқланди. Клиник кўринишда кўпинча фобиялар (клаустрофобия, кардиофобия, танатофобия) билан биргаликда хавотирли кутиш, кўрқув ва ички зўриқиш кўринишидаги мотиватсияланмаган хавотир устунлик қилди. Ваҳима хуружлари 5% беморларда қайд этилган. Хавотирли бузилишларнинг частотаси эркалар ва аёлларда таққосланадиган эди.

Хавотирланишнинг юқори даражаси 71,4% беморларда аниқланди: ўртача, юқorigа мойиллик - 62,6%, юқори - 30,7%, жуда юқори - 6,7%. Хавотирланишнинг ўртача даражаси 22,9% да, паст даражаси 5,7% да қайд этилди. Депрессияга хавотир белгиларининг қўшилиши ТС кечишини сезиларли даражада ёмонлаштирди ва ҳаёт сифатини пасайтирди.

Спилбергер-Ханин тести бўйича шахсий хавотирнинг реактив хавотирдан устунлиги қайд этилди, айниқса ТС ремиттирловчи кечиши бўлган беморларда.



Монтгомери-Асберг шкаласи бўйича депрессия даражаси гуруҳлар ўртасида сезиларли даражада фарқ қилмади.

Хавотир-депрессив бузилишларнинг касаллик давомийлигига боғлиқлигини таҳлил қилиш чизиқли боғлиқликни кўрсатди ( $p = 0,83$ ): ТС давомийлиги ошиши билан Ж.Тайлор шкаласи бўйича хавотир даражаси ошди.

### Хулосалар

Тадқиқот натижасида тарқоқ склероз билан оғриган беморларда депрессив бузилишларнинг иккита асосий клиник варианты ажратилди: астено-депрессив ва хавотирли-депрессив синдромлар. Астенодепрессив синдромнинг ўзига хос хусусияти депрессив симптоматиканинг астениядан устунлиги эди. Хавотирли белгиларнинг кўшилиши касалликнинг кечишини сезиларли даражада ёмонлаштирди ва беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтирди.

### Адабиётлар рўйхати.

1. Батышева Т. Т., Костенко Е. В., Зайцев К. А., Бойко А. Н. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 2. — С. 55–58.
2. Евтушенко С. К., Гончарова Я. А., Симонян В. А., Филимонов Д. А., Морозова А. В., Селина Н. В., Коценко Ю. И. Современные варианты диагностики и терапии когнитивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом // Нейроиммунология. — 2011. — № 3–4. — С. 64.
3. Зарубина Н. В., Спирин Н. Н. Особенности копинг-стратегий больных рассеянным склерозом с депрессией // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2020. — Т. 25, № 1. — С. 31–35.
4. Зарубина Н. В., Спирин Н. Н., Быканова М. А. Влияние депрессии на отношение к болезни у пациентов с рассеянным склерозом // Доктор.Ру. — 2020. — Т. 19, № 9. — С. 71–76. — DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-9-71-76.
5. Клинические рекомендации Российской Федерации. Рассеянный склероз. — М., 2022. — 195 с.