



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2022, № 4 (4)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**

**ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ И
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Научный журнал по фундаментальным и
клиническим проблемам медицины

Основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино

Выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

***С.С. Давлатов (зам. главного редактора), Р.Р.
Баймурадов (ответственный секретарь), А.Ш.
Иноятов, Д.А. Хасанова, Р.Д. Давронов, А.С.
Ильясов, Е.А. Харибова, Н.Н. Хабибова, Ш.Б.
Ахророва, Г.А. Ихтиярова, Б.З. Хамдамов***

***Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино***

2022, № 4 (4)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100,
г. Бухара, ул. Алишера Навои, 1.

Телефон:

(99865) 223-00-50

Факс

(99866) 223-00-50

Сайт

<http://fkta.uz/>

e-mail

baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области

№ 1640 от 28.05.2022 г.

Редакционный совет:

М.М. Абдурахманов	(Узбекистан)
У.О. Абидов	(Узбекистан)
М.М. Амонов	(Малайзия)
И.А. Баландина	(Россия)
К.Ж. Болтаев	(Узбекистан)
К.У. Газиев	(Узбекистан)
Р.В. Деев	(Россия)
Н.Н. Казакова	(Узбекистан)
Н.Н. Казакова	(Узбекистан)
С.А. Калашникова	(Россия)
Н.Н. Каримова	(Узбекистан)
Ш.С. Кодирова	(Узбекистан)
С.С. Курбонов	(Таджикистан)
У.С. Мамедов	(Узбекистан)
У.М. Миршарапов	(Узбекистан)
Р.Р. Наврузов	(Узбекистан)
Ф.С. Орипов	(Узбекистан)
К.Р. Очилов	(Узбекистан)
А.А. Саидов	(Узбекистан)
Ш.Л. Турсунов	(Узбекистан)
Л.А. Удочкина	(Россия)
М.Т. Хамдамова	(Узбекистан)
Д.Т. Ходжаева	(Узбекистан)
Д.К. Худойбердиев	(Узбекистан)

Подписано в печать 20.12.2022.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 28.6

Заказ 274 Тираж 10 экз.

Отпечатано в типографии

ООО “Шарк-Бухоро”.

г. Бухара, ул. Узбекистон

Мустакиллиги, 70/2.

УДК: 616.891.6

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИСТИМИЙ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Султанов Шохрух Хабибуллаевич, Талимбеков Отабек Каримбоевич, Ходжаева Назира Исламовна
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, Ташкент

ДИСТИМИЯЛАРНИНГ КЛИНИК ҚОНУНИЯТЛАРИ, ТЕРАПЕВТИК ЁНДАШУВЛАРНИ САМАРАДОРЛИГИ

Султанов Шохрух Хабибуллаевич, Талимбеков Отабек Каримбоевич, Ходжаева Назира Исламовна
Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон, Тошкент ш.

CLINICAL REGULARITIES OF DYSTHYMIA, EFFICIENCY OF THERAPEUTIC APPROACHES

Sultanov Shoxrux Habibullayevich, Talimbekov Otabek Karimboyevich, Hodjaeva Nazira Islamovna
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@bestdoctor.uz

Резюме: Ушбу мақолада дистимиянинг асосий клиник шакллари ва ўрганиш натижалари, шунингдек уларнинг пайдо бўлиш шартлари, синдромни ҳисобга олган ҳолда депрессиянинг турли клиник вариантларини даволашнинг энг самарали терапевтик усулларини аниқлаш муҳокама қилинади. Дистимия тузилиши ва беморларнинг соматик ҳолатининг хусусиятлари.

Калит сўзлар: аффектив патология, дистимия, депрессия, терапевтик ёндашувлар.

Abstract: This article discusses the results of a study of the main clinical patterns of dysthymia, as well as the conditions for their occurrence, the determination of the most effective therapeutic approaches for the treatment of various clinical variants of depression, taking into account the syndromic structure of dysthymia and the characteristics of the somatic state of patients.

Key words: affective pathology, dysthymia, depression, therapeutic approaches.

Дистимические депрессии являются одной из распространенных форм психических расстройств [2, 8]. Несмотря на неглубокий уровень аффективной патологии, дистимия оказывает серьезное негативное воздействие на качество жизни пациента. Это обусловлено, прежде всего, затяжным характером течения заболевания и его резистентностью к терапии. Проведенные исследования неглубоких затяжных депрессивных состояний, которые могут быть квалифицированы как дистимические депрессии, продемонстрировали многообразие клинических проявлений, существенные различия условий их возникновения, особенностей течения и исходов [3, 9]. К категории дистимических состояний, наряду с такими ставшими классическими формами как эндореактивная дистимия были отнесены различные варианты неглубоких затяжных депрессий, суммарно обозначенные как особые формы депрессий [11, 13, 15].

С развитием концепции дистимии создались предпосылки для изучения одного из важных аспектов проблемы стертых депрессий, а именно - для уточнения роли факторов, обуславливающих их затяжное течение [1, 16]. Тем не менее, в существующих систематиках дистимических состояний этот аспект, как правило, не рассматривается.

Такое положение связано с тем, что построение типологии дистимии проводится без учета динамики. Даже в катамнестических исследованиях, предполагающих изучение стереотипа развития этого расстройства, основное внимание уделяется статистическим показателям «выздоровления», «рецидивирования» или «хронификации», что позволяет получить данные о средней продолжительности дистимии, в то время как клинические характеристики не уточняются [5]. В результате складывается противоречие между представлением о дистимии как о расстройстве, одним из отличительных признаков которого является хроническое течение, и малочисленностью исследований, направленных на изучение клинической структуры дистимических состояний в динамике [14].

Целью настоящего исследования явилось изучение основных клинических закономерностей дистимий (неглубоких затяжных депрессий), а также условий их возникновения, определение наиболее эффективных терапевтических подходов для лечения различных клинических вариантов депрессий.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужила группа из 60 пациентов с дистимиями, находившихся на лечении в клинических отделениях Республиканской клинической психиатрической больницы и наблюдавшихся затем катамнестически. В соответствии с критериями дистимии в исследование включались больные с наличием в анамнезе неглубокой затяжной депрессии длительностью не менее 2 лет. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее 1 года. Включенные в исследование наблюдения отвечали предъявляемым в МКБ-10 требованиям к данной диагностической категории:

а) наличие у больных устойчивого, на протяжении не менее двух лет, или постоянно повторяющегося сниженного настроения;

б) имеющиеся промежуточные периоды нормального настроения, не превышающие нескольких недель и не сопровождающиеся периодами гипомании;

в) длительное сниженное настроение никогда не бывает достаточно тяжелым, чтобы соответствовать критериям рекуррентного депрессивного расстройства умеренной тяжести (F 33.0 или F 33.1);

г) в течение хотя бы некоторых из периодов депрессии присутствуют не менее трех депрессивных симптомов, отражающих изменения в аффективной, соматической или поведенческой сферах (снижение энергии или активности, бессонница, снижение уверенности в себе или чувство неполноценности, трудности в концентрации внимания, частая слезливость, снижение интереса, чувство безнадежности или отчаяния, неспособность справляться с обязанностями повседневной жизни, пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого, социальная отгороженность).

Из исследования были исключены случаи, когда в анамнезе больных имелись указания на манифестные шизофренические психозы, заболевания ЦНС органической природы, а также больные с ранее выявленными расстройствами, связанными с алкоголизмом (или употреблением наркотических веществ).

Необходимость тщательного клинического обследования больных с диагнозом дистимического расстройства предполагала проведение клинико-психопатологического анализа, а также соматоневрологического обследования больных в стационарных условиях.

Дистимическое расстройство у обследованных больных (мужчины) наблюдалось на протяжении длительного, предъявляемого условиями отбора больных сроком - свыше 2 лет - 60 больных (100%), в том числе 15 случаев - свыше 5 лет (25,0 %) и свыше 10 лет - 12 наблюдений (20,0 %). Такая продолжительность дистимического расстройства представила возможность анализа его динамики и возможных вариантов исхода.

В результате исследований при разработке систематики дистимических состояний наиболее обоснованным представлялось разграничение депрессивных состояний в зависимости от особенностей их синдромологической структуры на две основные типологические группы. Для каждой из групп было характерно устойчивое доминирование в картине дистимического состояния одного из наиболее значимых проявлений депрессивного синдрома, определяющегося на любом из этапов динамики. К числу таких постоянных (облигатных) феноменов отнесены особенности аффективного нарушения - явления гипотимии с тревожной окраской депрессивных проявлений, по своей структуре в значительной мере соответствующие описанию меланхолического типа депрессии [4]. Другим клинически очерченным вариантом дистимии явились состояния с преобладанием снижения витального тонуса и адинамии, сходных с так называемой утратой жизненного тонуса [6]. Указанные симптомы являлись наиболее устойчивыми на протяжении всего болезненного периода, а их наличие определяло общую структуру дистимического расстройства и особенности его динамики.

Проведенное разграничение дистимических состояний на две группы соответствует точке зрения Н. Helmhen [10], о том, что именно эти компоненты депрессивного синдрома позволяют с наибольшей четкостью и контрастностью дифференцировать депрессивные состояния. Данный

принцип был в свое время использован для разграничения мягких депрессивных расстройств по ведущему аффекту (тревожные, тоскливые, апатические, недифференцированные), а также по особенностям расстройств в двигательной или идеаторной сферах (ажитированные, заторможенные и смешанные) [7, 12]. По сходному принципу выделяют четыре основных депрессивных синдрома (анергический, меланхолический, тревожный и деперсонализационный), аффективная структура которых, по мнению авторов, в наибольшей степени определяется патогенетическими механизмами болезненного состояния и служит критерием для выбора адекватной терапии. В качестве признака, координирующего систематизацию дистимических состояний, была избрана структура депрессивного расстройства. Установлено, что дистимия протекает двумя основными типами: адинамический тип и тревожный тип. Адинамический тип определяется ведущим симптомом - витальной астенией. Этот клинический тип дистимии сходен с состояниями, ранее выделявшимися как астеническая депрессия, депрессия истощения, адинамическая депрессия, анергическая депрессия. Тревожный тип дистимии характеризуется преобладанием депрессивного настроения с симптомами тревоги. В рамках каждого из двух основных клинических типов дистимий определялись различия, обусловленные полнотой и степенью выраженности следующих комплексов расстройства:

1. соматических симптомов дистимии;

2. наличием и степенью выраженности симптомов невротического регистра (ипохондрических, обсессивно-фобических, сенестопатических), тревожного компонента дистимии, а также особенностями психопатических черт поведения;

3. наличием и характером симптомов возрастных особенностей:

- психоорганических (ухудшение памяти, эпизоды дезориентировки после сна) и церебрально-сосудистых симптомов (головные боли, головокружения, пошатывания, шум в ушах, чувствительность к изменениям погоды);

- черт психопатизации (эгоистичность, грубые истерические реакции, скупость, повышенная обидчивость, требовательность, тирания по отношению к окружающим).

Адинамическая дистимия наблюдалась нами у 20 (33,3 %) больных, отличалась преобладанием проявлений витальной астении. Клиническую картину состояний этого типа характеризует подавленность, сочетающаяся с чувством общего бессилия, вялостью, утратой энергии. Постоянная слабость, упадок сил вызывают необходимость находиться в постели. Больные выглядят угрюмыми, мрачными, их отличают мимическая бедность, понурый, угрюмый вид. Они говорят мало и отмечают, что им трудно сконцентрироваться, собраться с мыслями. При этом ощущают неуверенность, нерешительность, подавленность, фиксированы на собственном бессилии. Любые действия требуют от пациентов больших усилий. Пациенты не стремятся разговаривать, не испытывают никаких желаний, отмечают, что многое для них стало бессмысленным, не верят в выздоровление.

Выбор терапии определялся тяжестью, клинико-психопатологическими особенностями дистимий и общим состоянием пациентов. При преобладании гипотимии чаще использовались антидепрессанты со сбалансированным действием (венлафаксин в начале в дозировке 37,5 мг с дальнейшим увеличением до 150 мг в сутки). При адинамической депрессии дистимии - антидепрессанты с активизирующими свойствами (флуоксетин) в сочетании с препаратами с ноотропным эффектом. При наличии в структуре дистимии полиморфной симптоматики использовалась комбинированная терапия антидепрессантами, атипичными нейролептиками (рисперидон, кветиапин) и транквилизаторами. В связи с высокой устойчивостью пациентов к терапии, в качестве методов преодоления резистентности использовалась общеукрепляющая терапия с антидепрессантами в сочетаниях с нейролептиками, нормотимиками и ноотропами. Наибольшие сложности в процессе лечения обычно возникали при доминировании в клинической картине адинамической дистимии. В сочетании с антидепрессантами с активизирующими свойствами использовались препараты, уменьшающие астенический компонент и обладающие ноотропным действием (церебролизин 10,0 внутривенно капельно, луцетам внутривенно капельно с последующим назначением в капсулах). Отмечена связь терапевтического эффекта с общим соматическим состоянием пациентов. В связи с этим наряду с психотропной терапией больным проводилась общеукрепляющая

терапия (витаминотерапия, ЛФК, физиотерапия). В зависимости от соматического состояния проводилось симптоматическое лечение с назначением сердечно-сосудистых препаратов, нормализующих мозговое кровообращение (кавинтон, трентал, стугерон), активизирующих энергетический обмен и улучшающих работу мозга (церебролизин, актовегин). Благодаря катamnестическому обследованию всех больных было выявлено, что периоды хорошего состояния в этих случаях колебались от 1-2 дней до 1-2 месяцев (34 наблюдения – 56,7 %). Полная редукция симптоматики наблюдалась лишь у 4 (6,7 %) больных. При этом по исчезновении депрессивных симптомов они не проявляли отчетливых нарушений со стороны психической сферы, вновь возвращаясь к привычному укладу, вели достаточно активный образ жизни. Состояние части больных характеризовалось различными по степени выраженности признаками изменения личности - повышенной тревожностью, неустойчивостью настроения, ипохондричностью, повышенной утомляемостью, эгоцентризмом и брюзжанием (15 наблюдений – 25,0 %). В отдельных случаях определялись признаки усиления психоорганических нарушений (7 наблюдений – 11,7 %). В связи с наличием резидуальных проявлений больным и после выписки из стационара рекомендовалось проведение поддерживающей терапии. Психотерапия в комплексе с медикаментозным лечением являлась обязательной составляющей лечебного процесса и проводилась на протяжении всего курса лечения. В основном применялась рациональная психотерапия - индивидуальная и корригирующая.

Заключение. Таким образом, психофармакологическое лечение дистимических состояний следует проводить в соответствии с современными принципами терапии депрессий, но с обязательным учётом как синдромальной структуры дистимий, так и особенностей соматического состояния больных. Показано широкое использование сердечно-сосудистых препаратов, нормализующих мозговое кровообращение, препаратов, активирующих энергетический обмен и улучшающих работу мозга.

Литература / references:

1. Бобров А.Е., Курсаков А.А. Клинический полиморфизм депрессий и когнитивный дефицит // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 8. – С. 19-24. [Bobrov A.E., Kursakov A.A. Clinical polymorphism of depression and cognitive deficit // Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. – 2014. – No. 8. – pp. 19-24.]
2. Дикая Т.И. К проблеме затяжных и хронических эндогенных депрессий (клиника, динамика, терапия). Эффективная фармакотерапия. 2013;15:50–57. [Dikaya T.I. On the problem of prolonged and chronic endogenous depression (clinic, dynamics, therapy). Effective pharmacotherapy. 2013;15:50-57.]
3. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И. Современное состояние и перспективы исследований депрессии (вопросы клиники и классификации). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 10. С. 76-81.
4. Кучимова Ч., Ходжаева Н. Клинические особенности неглубоких затяжных депрессий и дифференцированные подходы к терапии. Журнал вестник врача, 2020, № 1 (1), 123–127.
5. Петрова Н.Н., Савицкая К.С. Диагностика и терапия коморбидных тревожных и депрессивных расстройств в клинической практике. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. 2021;1:102-112.
6. Петрунько О.В, Кисель С.В. Хронифицированная депрессия (клиника, факторы формирования). Сибирский медицинский журнал. 2012;7:66–69.
7. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: МИА, 2007- 425 с.
8. Ballenger J. Risk factors for chronic depression - A systematic review. Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health. 2012:277–278.
9. Cassano G. B., Maggini C., Akiskal H. S.: Short-term subchronic and chronic sequelae of affective disorders. Psychiatric Clinics North America 2017. Vol. 6. P. 55-68.
10. Helmhen H. Diagnostic dilemmas and difficulties in elderly depressed patients / H. Helmhen // The elderly person as a patient / Ed. P. Kielcholz, C. Adams. Koln : Deutsch Arte-Verlag, 1986. - P. 100-105.
11. Hung CI, Liu CY, Yang CH. Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. Journal of affective disorders. 2019;243:255–261.

12. Keller M. B., Sessa F. Dysthymia: development and clinical course. In: Burton S., Akiskal H. (eds.): Dysthymic Disorder. Gaskell, Royal College of Psychiatrists- 2015.- P. 13-23.
13. Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. Depression and anxiety. 2019;36(1):18–30.
14. Kriston L, Von Wolff A, Westphal A, Hölzel LP, Härter M. Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network metaanalysis. Depression and anxiety. 2014;31(8):621–630.
15. Melrose S. Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches Open Journal of Depression. 2017;(6)1–13.
16. Visentini C, Cassidy M, Bird VJ, Priebe S. Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. Journal of affective disorders. 2018;241:571–578.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИСТИМИЙ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Султанов Ш.Х., Талимбеков О.К., Ходжаева Н.И.

Резюме: В данной статье рассматриваются результаты исследования основных клинических закономерностей дистимий, а также условий их возникновения, определение наиболее эффективных терапевтических подходов для лечения различных клинических вариантов депрессий с учетом синдромальной структуры дистимий и особенностей соматического состояния больных.

Ключевые слова: аффективная патология, дистимии, депрессии, терапевтические подходы.

УДК: 616.89:616-056. 52:316.3-084

ОЖИРЕНИЕ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Талипова Нозима Шоолимовна, Магзумова Шахноза Шахзадэевна, Кеворкова Марина Анатольевна
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г. Ташкент

СЕМИЗЛИК ОВҚАТЛАНИШ ХУЛҚ-АТВОРИНИНГ БУЗИЛИШИ НАТИЖАСИ КЎРИНИШИДА

Талипова Нозима Шоолимовна, Магзумова Шахноза Шахзадэевна, Кеворкова Марина Анатольевна
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон, Тошкент ш.

OBESITY AS A RESULT OF AN EATING DISORDER

Talipova Nozima Shoolimovna, Magzumova Shaxnoza Shaxzadeevna, Kevorkova Marina Anatolevna
Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent

e-mail: tolipovanozima742@gmail.com

Резюме. Овқатланишнинг бузилиши натижасида семириш сўнги йилларда эътироф этилмоқда. Овқатланиш бузилиши деганда овқатланиш билан боғлиқ бўлган хатти-ҳаракатларнинг психологик жиҳатдан аниқланган бузилишлари тушунилади. Овқатланиш бузилишининг кўп турлари мавжуд. Семириб кетишнинг энг кенг тарқалган сабаби - ҳиссий овқатланиш ҳаракати. Овқатланишнинг ҳиссий хатти-ҳаракати пароксизмал шакл (мажбурий овқатланиш ҳаракати) ёки овқатланишнинг кунлик ритмининг бузилиши билан ортиқча овқатланиш (тунги овқатланиш синдроми) билан ифодаланиши мумкин.

Калит сўзлар: семизлик, овқатланиш хатти-ҳаракати, мажбурий ортиқча овқатланиш, тунги овқатланиш синдроми .

Abstract. Obesity as a result of eating disorders has been gaining recognition in recent years. Eating disorders are understood as psychologically determined disorders of behavior associated with eating. There are

опиоидными агонистами по принципу "равный – равному" в Беларуси		in Belarus
<i>Пикиреня В.И., Печко Т.Л., Копытов А.В.</i> Употребление психоактивных веществ пациентами поддерживающей терапии опиоидными агонистами в Беларуси	194	<i>Pikirenya V.I., Pechko T.L., Kopytov A.V.</i> Polysubstance use of patients on opioid agonist treatment in Belarus
<i>Равшанов Ж.А., Ашууров З.Ш., Хайрединова И.И., Абдукахарова Г.К.</i> Суицидальное поведение при потреблении синтетических катинонов	201	<i>Ravshanov J.A., Ashurov Z.Sh., Hayredinova I.I., Abdukaxarova G.Q.</i> Suicidal behavior with synthetic cathinones
<i>Ражабов М.Н., Ашууров З.Ш., Ядгарова Н.Ф., Шадманова Л.Ш.</i> Психические осложнения и их причины у больных с инфекцией COVID-19	211	<i>Rajabov M.N., Ashurov Z.Sh., Yadgarova N.F., Shadmanova L.Sh.</i> Mental complications in patients with COVID-19 infection and their causes
<i>Рогов А.В., Матвеева А.А., Абдуллаева В.К.</i> Траектории нарушения стратегии выбора у больных параноидной шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом	216	<i>Rogov A.V., Matveeva A.A., Abdullaeva V.K.</i> Trajectoryes of choice strategy violation in patients with paranoid schizophrenia and concomitant viral hepatitis
<i>Рустамов У.Т.</i> Структура и распространенность личностных изменений у больных злокачественными опухолями брюшной полости	221	<i>Rustamov U.T.</i> Structure and prevalence of personality changes in patients with abdominal malignant neoplasms
<i>Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б.</i> Региональные особенности психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами	226	<i>Samoylova D.D., Barilnik Yu.B.</i> Regional features of patients with mental disorders psychosocial rehabilitation
<i>Сидикходжаева М.А., Каюмова Д.Т., Джумаева Г.Ш.</i> Восстановление промежности после эпизио и перинеотомии при естественных родах	230	<i>Sidiqhodjayeva M.A., Kayumova D.T., Jumayeva G.Sh.</i> Restore the range after epizio and perineotomy in natural childbirth
<i>Султанов Ш.Х., Талимбеков О.К., Ходжаева Н.И.</i> Клинические закономерности дистимий, эффективность терапевтических подходов	233	<i>Sultanov Sh.X., Talimbekov O.K., Hodjaeva N.I.</i> Clinical regularities of dysthymia, efficiency of therapeutic approaches
<i>Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш., Кеворкова М.А.</i> Ожирение как результат расстройства пищевого поведения	237	<i>Talipova N.Sh., Magzumova Sh.Sh., Kevorkova M.A.</i> Obesity as a result of an eating disorder
<i>Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш., Усербаева Р.К.</i> Особенности психологического состояния у больных с нарушением пищевого поведения, ассоциированного с ожирением	242	<i>Talipova N.Sh., Magzumova Sh.Sh., Userbayeva R.K.</i> Peculiarities of the psychological state in patients with food disorders associated with obesity
<i>Туксанова З.И.</i> Анализ заболеваний пищеварительной системы у учащихся начальных классов	246	<i>Tuksanova Z.I.</i> Analysis of diseases of the digestive system among primary class students