



**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.

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

many types of eating disorder. The most common cause of obesity is emotional eating behavior. Emotional eating behavior can be represented by a paroxysmal form (binge-eating disorder) or overeating with a violation of the daily rhythm of eating (night eating syndrome).

Key words: obesity, eating behavior, binge-eating disorder, night eating syndrome.

Актуальность. Ожирение становится серьезной проблемой для многих стран мира. Показатели ожирения достигли уровня эпидемии, и в настоящее время страдают как развитые, так и развивающиеся страны [13]. Помимо известных последствий ожирения для физического здоровья, также существуют связи между ожирением и различными аспектами психического здоровья.

Ожирение часто является результатом патологического поведения, реализующегося при расстройстве пищевого поведения (РПП). Под расстройствами приёма пищи понимают психологически обусловленные расстройства поведения, связанного с приёмом пищи. Лишний вес как причина психологических нарушений относится к таким группам МКБ-10, как F38 («Другие расстройства настроения»), F41.2 («Смешанное тревожное и депрессивное расстройство») или F48.9 («Невротическое расстройство неуточнённое») в сочетании с одним из кодов группы E66 («Ожирение») для указания типа ожирения. Лишний вес может стать мотивацией к соблюдению диеты, что, в свою очередь, приводит к лёгким аффективным симптомам (тревога, беспокойство, слабость и раздражительность) или, реже, к тяжёлым депрессивным симптомам («депрессия диеты»), для этих симптомов используется соответствующий код из F30—F39 (расстройства настроения) или F40—F49 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) в сочетании с F50.8 (другие расстройства приёма пищи) для указания диеты и E66 (ожирение) для указания на тип ожирения [1].

Расстройства приёма пищи не ограничиваются выделенными в МКБ-10 видами. Существует ряд других видов, о которых в науке пока не сложилось единого мнения, но которые тем не менее имеют собственные названия и обсуждаются в научной литературе. Существует три основных типа нарушения пищевого поведения (ПП): экстернальное пищевое поведение, эмоциогенное пищевое поведение, ограничительное пищевое поведение [2, 15].

Экстернальное ПП при ожирении впервые описал Шахтер. Экстернальное пищевое поведение связано с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи: человек с таким поведением ест в ответ не на внутренние стимулы (голод), а – на обонятельные внешние стимулы: вид, запах еды или время приема пищи. Экстернальность связана с мотивацией пищевого поведения, между ней и весом человека однозначного соответствия нет; здесь играют роль и другие факторы: доступность пищи, интенсивность метаболических процессов, уровень самоконтроля [12]. Другим типом нарушения пищевого поведения является ограничительное ПП. Так называют избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного ПП сменяются периодами переедания с новым интенсивным набором веса. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название «диетической депрессии». Под этим понятием объединяется целый комплекс отрицательных эмоциональных ощущений, возникающих на фоне диетотерапии: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность и т.д. [12,3]. «Диетическая депрессия» приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациентов формируются: чувство вины, снижение самооценки, неверие в возможность излечения. Особенно плохо переносят диетотерапию больные с перееданием в ответ на стресс, которые привыкли нормализовать свой эмоциональный дискомфорт приемом пищи и для которых еда стала своеобразным релаксирующим средством.

Наиболее частой причиной, приводящей к ожирению, является эмоциогенное пищевое поведение, которое встречается у 60% больных ожирением [2]. Его синонимы — гиперфагическая реакция на стресс и эмоциональное переедание. Шелтон образно называл этот вид переедания «пищевым пьянством». Эмоциогенное ПП может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное пищевое поведение-КП) либо перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром

ночного переедания-СНП). Эти формы впервые описаны А. Стункардом в 1959 году и они часто сочетаются с избыточной массой тела и ожирением [12].

Компульсивное пищевое поведение (КП) определяется повторяющимися эпизодами переедания в анамнезе, во время которых человек съедает неоправданно большое количество пищи за короткий промежуток времени, теряя при этом контроль над этим действием, вплоть до дискомфорта или даже болезненного переедания. Такие эпизоды обычно возникают спонтанно, не связаны с чувством голода или насыщения и сопровождаются чувством стыда и вины. В отличие от нервной булимии, в КП отсутствуют компенсаторные очистительные действия, такие как самоиндуцированная рвота и неадекватное использование слабительных и мочегонных средств [7].

КП затрагивает примерно 1–3% населения в целом, что делает его наиболее распространенным расстройством пищевого поведения. Распространенность КП достигает более высоких цифр в популяции пациентов с ожирением. Коморбидность КПП коррелирует с тяжестью избыточного веса, у субъектов с легким ожирением ($30 \leq \text{ИМТ} < 35$) частота сопутствующих заболеваний составляет около 10–15%, которая возрастает до 30% у пациентов, обращающихся за лечением по поводу ожирения, и даже до 60% у тех, кто со временем обратился к бариатрической хирургии [10]. Риск диагноза КПП выше среди женщин, чем среди мужчин, а также у лиц моложе 30 лет по сравнению с пожилыми людьми. По оценкам, у людей с КПП вероятность ожирения в 3–6 раз выше, чем у людей без расстройства пищевого поведения. КПП также связан с более ранним началом избыточного веса и ожирением в анамнезе, причем около 30% людей с КПП сообщают об ожирении в детстве [6].

Другой известной формой расстройства пищевого поведения, связанного с избыточным весом и ожирением, является СНП. СНП впервые был описан Stunkard, Grace и Wolff среди группы людей с ожирением, нуждающихся в лечении для снижения веса [11]. СНП характеризуется повторяющимися эпизодами ночного переедания, которое описывается либо как чрезмерное потребление пищи вечером (потребление 25% или более от общего количества калорий в день после ужина) - вечерняя гиперфагия, либо как прием пищи после пробуждения ото сна (т.е. ночные приемы пищи). СНП также характеризуется как минимум тремя из следующих симптомов: утренней анорексией, наличием сильных позывов к еде между ужином и сном и/или ночью, проблемы со сном, частым депрессивным настроением и верой в то, что без еды невозможно снова заснуть [3,16]. Чтобы поставить диагноз СНП, люди должны осознавать и вспоминать эпизоды ночного приема пищи, чтобы отличить его от расстройства пищевого поведения, связанного со сном, парасомнии. Эти симптомы также должны вызывать значительный дистресс и/или нарушение функционирования и не должны быть объяснены внешними факторами или другим расстройствами, такими как расстройства сна или другими расстройствами пищевого поведения.

Распространенность СНП оценивается в 1,5% среди населения в целом, что аналогично расстройству компульсивного переедания. В популяционном исследовании близнецов в Швеции СЭП в 2,5 раза чаще встречался у мужчин с ожирением и в 2,8 раза чаще у женщин с ожирением по сравнению с мужчинами и женщинами без ожирения [3]. В обзоре проведенном в 2003 г. было обнаружено, что распространенность СНП составляет от 6 до 64% среди лиц с ожирением, нуждающихся в операции по снижению веса [4]. Другие исследования показали, что до 55% людей, обращающихся за бариатрической хирургией, сообщают о некоторых симптомах СНП [7].

СНП обычно начинается в раннем взрослом возрасте (от позднего подросткового возраста до двадцати пяти лет) и, по-видимому, длится долго с периодами ремиссии и рецидива, часто связанными с жизненными стрессорами. В ходе одного опроса населения по возрасту и полу одинаковые количество мужчин и женщин сообщили, что они просыпаются ночью, чтобы поесть [8,9]. Однако в основанном на интервью исследовании СНП среди участников шведского реестра, женщины страдали от этого в большей степени [3,7].

Распространенность СНП также увеличивается с повышением ИМТ в психиатрической практике. В исследовании, проведенном Лундгреном и его коллегами, участников набирали из психиатрических амбулаторных клиник [3]. Анкета ночного питания (NEQ) использовалась для широкого скрининга утренней анорексии, тяги к еде вечером, количества пробуждений и ночных

приемов пищи, после чего проводилось клиническое опрос. СНП может вызывать нарушения сна, но нарушения сна и бессонница также могут предшествовать нарушению пищевого поведения. Исследования показали, что у пациентов с СНП возникают трудности с засыпанием и поддержанием сна [14]. Возбудителями нарушений сна у лиц с СНП могут быть ночные приемы пищи и бессонница. Хотя для СНП в основном характерны ночные приемы пищи, эти эпизоды также возникают при расстройстве пищевого поведения, связанном со сном (парасомнии). Парасомнию от СНП можно отличить по более низкому уровню сознания во время еды, а также по потреблению необычных веществ [6]. Причина СНП неизвестна, но исследования предполагают связь с генетикой, нейробиологическими и психологическими процессами. В литературе предполагается, что СНП обостряется во время сильного жизненного стресса. Это открытие побудило исследователей изучить роль кортизола и других гормонов стресса в ночной еде. В исследовании, проведенном Биркетведтом и его коллегами, 12 участников с СНП и 21 участник контрольной группы получали фиксированные блюда через регулярные промежутки времени в течение 24 часов без приема пищи после 20:00 [4]. Кровь, взятая каждые 2 часа в течение 24 часов, показала, что уровни кортизола были самыми высокими с 20:00 до 02:00 у ночных едоков по сравнению с людьми в контрольной группе. Это открытие привело исследователей к гипотезе о том, что СНП может быть связан с нарушением регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая контролирует реакцию кортизола на стресс [6]. Более поздние исследования показали, что стресс, а также психические расстройства, такие как депрессия, часто связаны с началом ночного приема пищи и поддержанием расстройства [5]. СНП также может быть связан с увеличением веса. Эти данные также согласуются с выводом о том, что тяжесть ночного переизбытка коррелирует с более высоким ИМТ у людей среднего возраста [6]. Другие исследования показывают, что ожирение и увеличение веса не обязательно связаны с СНП. В перекрестном наблюдательном исследовании, в котором приняли участие 266 участников с ожирением II-III степени с СНП или без него, исследователи обнаружили, что СНП незначительно связан с более высоким ИМТ. Также не было различий в метаболических осложнениях или психологических особенностях, за исключением депрессии [5]. Тем не менее, женщины с ожирением и СНП набрали больше веса, чем женщины с ожирением, но без СНП, что позволяет предположить, что вставание ночью, чтобы поесть, может способствовать дополнительному увеличению веса у людей с ожирением [3]. Задержки в обычном дневном режиме питания увеличивают риск метаболического синдрома [5]. Исследования показывают, что СНП встречается у 9,7% пациентов с диабетом, а у пациентов с симптомами ночного переизбытка наблюдается неудовлетворительный метаболический контроль. Ночное питание также коррелировало с более плохим гликемическим контролем, что могло быть результатом выбора продуктов, сделанных людьми с ночным питанием, включая продукты с высоким содержанием углеводов и жиров [15].

Заключение: в целом, КП и СНП встречаются у 5–15% людей с ожирением. Оба расстройства, вероятно, способствуют увеличению веса и связаны с сопутствующими заболеваниями или ухудшением их симптомов, таких как диабет и метаболический синдром. Рекомендуется выявление этих расстройств с помощью простых вопросов для скрининга и направления на надлежащее лечение, поскольку пациенты часто не поднимают эти вопросы самостоятельно из-за чувства вины и стыда, связанных с этими расстройствами. Тем не менее, отсутствие лечения, вероятно, усугубляет сопутствующие заболевания и препятствует усилиям по лечению в целом.

Таким образом, вопросы о наличии потери контроля над едой, включающей большое количество пищи и пищевых привычек в вечернее и ночное время, могут дать важную информацию для медицинских работников, желающих оптимизировать лечение медицинских проблем, с которыми сталкиваются их пациенты, а также улучшить психологическое функционирование и качество жизни.

Литература / references:

1. Всемирная организация здравоохранения. F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами // Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99)

- (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. — С. 180.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Невропатология и психиатрия. – 2001. – №12. – С.19-24.
 3. Allison KC, Lundgren JD, Stunkard AJ, et al. Validation of screening questions and symptom coherence of night eating in the Swedish Twin Registry. *Compr Psychiatry*. 2014; 55:579–587.
 4. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA*. 1999; 282:657–663.]
 5. Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *Int J Obes*. 2009; 33:899–904.
 6. Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev*. 2009; 13:23–24.
 7. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Amer J Clin Nutr*. 2010; 91:1568–1573.
 8. Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, et al. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord*. 2004; 35:217–222.
 9. Napolitano MA, Head S, Babyak MA, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord*. 2001; 30:193–203.
 10. Park YW, Zhu S, Palaniappan L, et al. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch Int Med*. 2003; 163:427–436.
 11. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*. 1955; 19:78–86.
 12. *The Eating Disorders* // Ed. A. James Giannini, Andrew E. Slaby. - 1993. – SpringerVerlag New York Inc. – 283 p.
 13. World Health Organization. Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks // Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. P. 62.
 14. Wurtman J.J. Carbohydrate craving a disorder of food intake and mood. // *The psychobiology of bulimic* // Ed. by J.I.Hudson, H.G.Pope. Washington. D.C.A.P.P /1977: 229-239.
 15. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. - *Int. J. Eating Disord*. – 1986. - Vol. N. – 2. - P.188-204.
 16. de Zwaan M, Burgard MA, Schenck CH, et al. Nighttime eating: a review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2003; 11:7–24.

ОЖИРЕНИЕ КАК РЕЗУЛЬТАТ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Талипова Н.Ш., Магзумова Ш.Ш., Кеворкова М.А.

Резюме. Ожирение — как результат расстройства пищевого поведения получает все большее признание в последние годы. Под расстройствами приёма пищи понимают психологически обусловленные расстройства поведения, связанного с приёмом пищи. Существует множество типов типа нарушения пищевого поведения. Наиболее частой причиной, приводящей к ожирению, является эмоциогенное пищевое поведение. Эмоциогенное пищевое поведение может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное пищевое поведение) либо перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром ночного переедания).

Ключевые слова: ожирение, пищевое поведение, компульсивное переедание, синдром ночного переедания.

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