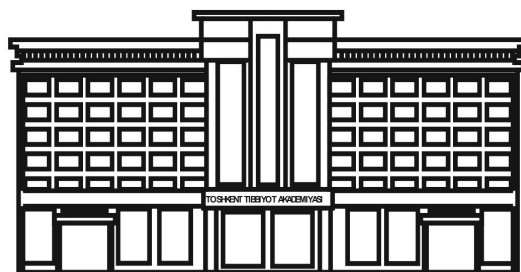


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

*редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии*

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

*Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации*

Регистрационное свидетельство 02-00128

*Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года*

реестром ВАК в раздел медицинских наук

*Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять*

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

*Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

Вестник ТМА, 2023
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA, 2023

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshaev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D.

prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences department OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

СОДЕРЖАНИЕ	
ОБЗОРЫ	
Kuchkarov H.N., Yadgarova N.F., Khairtdinova I.I., Shadmanova L.Sh., Userbayeva R.K. TIBBIYOT OLIYGOHLARI TALABALARIDA EMOTSIONAL SHARCHASH	6
Рустамова Ж. Т., Ирмухамедов Т. Б., Мирварисова З. Ш. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛЬФА-ПВП	10
Усербаета Р.к., Ашуров З.ш., Шукуров Б.л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ОСНОВАННЫХ НА ОСОЗНАННОСТИ, ПРИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	14
Хамидуллаев Х.Ш., Ашуров З.Ш. АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПО ОБЗОРУ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ)	17
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
Abdumannonova N. Z., Vosikova K.A., Talipova N.Sh. ANXIETY AND DEPRESSIV DISORDERS IN PATIENTS WITH DIABETES II	20
Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмудов Р.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА	23
Аграновский М.Л., Долимова М.А., Маматханов М.М., Солиев Д.М. Гуломқодиров М.М. ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕНИЙ НА РАЗВИТИИ ПРИСТУПОВ ШИЗОФРЕНИИ С РЕКУРРЕНТНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ	28
Abdullaeva V.K., Matveeva A.A., Rogov A.V., Irmukhamedov T.B., Ganikhanov A.A. CLINICAL AND TYPOLOGICAL FEATURES OF EMOTIONAL INTELLIGENCE, QUALITY OF LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	32
Арзуманов Ю.Л., Березина И.Ю., Изумнов С.А., Михайлов А.Ю. ПОКАЗАТЕЛИ СУММАРНОЙ СПОНТАННОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	36
Axrorov A.A., Ziyadullayev Sh.X. Imomov A. Imatov Sh. A. XURUJSIMON PARANOID SHIZOFRENIYADA XURUJLAR PAYDO BO`LISHINING EHTIMOLLIK PROGNOZI VA UNING QAYTALANISH MASALALARI	41
Бабарахимова С. Б., Абдуллаева В. К. д.м.н., Сулейманов Ш.Р. Шарипова Ф.К. СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ	43
Имамов Ш.Ш., З.Ш. Ашуров, Имамов А., Имамов Ш.А. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СИНДРОМОГЕНЕЗА АТИПИЧНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ	47
Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R., Babarakhimova S.B. FEATURES OF PSYCHOCORRECTION OF DIGESTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA	50
Мухторов Б.О., Абдуллаева В.К. СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	53
Ashurov Z.Sh., Sultonov Sh.X., Rajapov M.Sh., Shadmanova L.Sh. . BEQAROR SHAXSIYAT BUZILISHI BO`LGAN BEMORLARDA IJTIMOYIY FAOLIYAT VA HAYOT SIFATI	57
Rajapov M.Sh.,Xodjayeva N.I, Ashurov Z.Sh., ,Sultonov Sh.X. , Shadmanova L.Sh. SHAXSIYATNING BUZILISHI FONIDA SHAKLLANGAN ALKOGOLGA QARAMLIK	60
Rogov A. V., Palvanov R. O., Sharipova F. K. Irmuhamedov T.B. PARANOID SHIZOFRENIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA NEGATIV SIMPTOMLARNING SHAKLLANISHIDA ETNOMADANIY OMILLARNING AHAMIYATI	64
Султанова К.Б., Рогов А.В., Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	67
Фадеева Е.В. ДИЗАЙН, МЕТОДОЛОГИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ И ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПАНДЕМИИ COVID-19	72
Хасанова К.Д., научный руководитель проф. Алимов У.Х., проф. Гафур-Ахунов М.А. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	81
Xayatov R.B., Scientific supervisor: Velilyaeva A.S. COMORBIDITY OF THE COURSE OF AFFECTIVE DISORDERS IN OPIATE ADDICTION WITH THE CONSEQUENCES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY	83

Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х., Кучкаров У.И. ³ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	86
Khodjaeva N.I., Shadmanova L.Sh. KEKSA YOSH DAGI BEMORLARDA AFFEKTIV-IPOXONDRIAL BUZILISHLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI	92
Шадманова Л.Ш., Ражапов М.Ш., Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х., Ядгарова Н.Ф. СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ШАХСИЯТ БУЗИЛИШНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ	95
Шадманова Л.Ш., Ходжаева Н.И., Ядгарова Н.Ф., Ражабов М.Н., Ражабов М.Ш. ҚОН-ТОМИР ГЕНЕЗЛИ ДЕМЕНЦИЯДА АФФЕКТИВ БУЗИЛИШЛАР ШАКЛЛАНИШНИНГ ИЖТИМОЙ-ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	101
Шпорт С.В., Шайдеггер Ю. М., Клименко Т. В. Усманова Н. Н. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАМКАХ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОГО ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ	104
Yadgarova N.F., Hayretdinova I.I., Shadmanova L.Sh., Tojiboev A.A., Zokirov M.M. AYOLLARDA O'TKIR POLIMORF PSIXOTIK BUZILISHLARDAGI KOGNITIV O'ZGARISHLAR	109
Yadgarova N.F., Hayretdinova I.I., Shadmanova L.Sh., Tojiboev A.A., Zokirov M.M. SHIZOFRENIYA KASALLIGIDA KUZATILADIGAN DEFECTNING KLINIK PATOXARAKTEROLOGIK HUSUSIYATLARI	115
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	
Магзумова Ш.Ш., Ганиханов А.А. АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В ПЕРИОД 2018-2022 ГГ.	121
Таджибаев У.А., Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И. ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID – 19 НА НАРКОСИТУАЦИЮ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	124
ИСТОКИ	
Abdullayeva M. IBN SINONING ILMIY MEROSIDA ZAMONAVIY PSIXOTERAPIYA	127

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СИНДРОМОГЕНЕЗА АТИПИЧНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Имамов Ш.Ш., З.Ш. Ашуров, Имамов А., Имамов Ш.А.

Самаркандская областная психиатрическая больница (г.Самарканд РУз)

Атипичный алкогольный делирий до настоящего времени является существенной проблемой в наркологии в связи с неясностью в клиничко-патогенетических процессах и сложностями дифференциальной диагностики. Следует отметить, в клинических границах алкогольного делирия встречаются полиморфные и мозаичные делириозные синдромы [2,6]. В связи с этим многие авторы предлагают углублённо исследовать механизмы синдромогенеза расстройств сознания для понимания роли соматоневрологической патологии (СНП) в атипизации клиники алкогольного делирия [4,5,7].

По мнению многих авторов, при особо тяжёлой картине и затяжном течении белой горячки часто можно встретить дополнительные патогенные факторы, которые моноструктурную трансформируют в атипичные формы алкогольного делирия [1,3]. Следовательно, клинические границы классического алкогольного делирия явно недостаточны для дифференциального диагноза, атипичные, смешанные и сложные формы психоза [8]. Таким образом, сложность и неясность клиничко-патогенетических аспектов синдромогенеза алкогольного делирия подчёркивает высокую актуальность изучения этой проблемы.

Цель - изучение роли соматоневрологических патологий в клиничко-патогенетических механизмах синдромогенеза расстройств сознания при атипичном алкогольном делирии.

Материал и методы исследования.

Клиничко-психопатологическим методом изучались проявления белой горячки у 100 стационарных больных мужского пола с СНП в возрасте от 25-65 лет, II-III стадий хронического алкоголизма. Средний возраст-43,2±4,9 лет, а средняя длительность заболевания-11,2±4,6 лет.

У всех 81 больных отмечался алкогольный абстинентный синдром (АСС), но в 3-й стадии он был более тяжёлым и длительным. Вторая стадия отмечалась у 24 (24%) больных алкогольным делирием, III-стадия -76 (76%). Клинические формы алкогольного делирия распределены следующим образом: онейроидный-35 (43,2%) б-х, сумеречное расстройство-29 (35,8%) аментивный-27 (21%) больных.

У больных алкогольным делирием были обнаружены следующие виды СНП: соматогении -63,8%, последствия органического поражения ЦНС-36,2%. Клиничко-психопатологическим методом изучена корреляционная закономерность влияния СНП на синдромогенез при алкогольном делирии. Результат и обсуждение. У обследованных больных алкогольный делирий возникал на фоне абстинентного синдрома в следующей последовательности: на 3-й день -27 (27%) б-х, 4-5-й-35 (35%), 6-8-й - 38

(38 %) больных. Необходимо особо подчеркнуть, что алкогольный делирий возникал у больных на 3-7 день абстиненции с соматическими заболеваниями, а 5-8-й с неврологической патологией.

По нашему мнению, онейроидный вариант (белой горячки 35-43,2%) следует рассматривать как один из этапов синдромогенеза расстройств сознания и характерными переживаниями являлись яркие сновидения, фантастические галлюцинации, участником которых являлись больные. Они чувствовали себя как смотрящие кино. Настроение было эйфоричное. Таким образом, предлагаемая клиничко-патогенетическая формула синдромогенеза заключается в том, что динамика перехода делириозного синдрома в онейроидный вариант алкогольного делирия происходила по следующей закономерной последовательности: вегетасосудистой, иллюзорный, сновидный, фантастический, делириозный, онейроидный. Теоретической основой предложенной формулы синдромогенеза онейроидного алкогольного делирия, возникшего на фоне СНП, по всей вероятности, является нарастающая дисфункция вегетососудистого регулирования (криз) бессонница, фантастические зрительные галлюцинации и декомпенсация центральных структур головного мозга.

Следует отметить, что в процессе синдромогенеза сумеречная клиническая форма белой горячки (29-35,8 % б-х) наступало спонтанно, но оставались признаки не восстановленного объёма сознания. Больные были крайне беспокойные, тревожные, испытывали витальный страх и отмечались иллюзорные восприятия, острые бредовые переживания, зрительные галлюцинации, окружающий мир воспринимали как угрожающий. Поэтому больные на одном месте не удерживались. В этом состоянии больные склонны к социально опасным действиями и поэтому требуют постоянного повышенного наблюдения. Таким образом, клиничским особенностям сумеречного варианта атипичного алкогольного делирия относятся выраженный страх, тревога, возбуждение, острый бред преследования, парциальные нарушения памяти и социально опасное агрессивное поведение. Следует отметить, что эта форма алкогольного делирия чаще всего встречается у больных с неврологической патологией ЦНС ($P < 0,002$).

Проведённый клиничский анализ показал, что общей особенностью синдромогенеза является более глубокое помрачение сознания витальный страх, тревога, беспокойство и дереализация окружающих событий при сумеречном алкогольном делирии. Следует собо отметить, что при возникновении сумеречного варианта алкогольного делирия

на фоне СНП, как правило, сопутствуют также чувственно-образные нарушения, ложные узнавания, слуховые галлюцинации и вторичное бредовое восприятие. В рамках сумеречного алкогольного делирия фрагменты острого чувственного бреда чрезвычайно динамичны, сопровождается тотальным страхом и поведение больных полностью зависят от галлюцинаторных и бредовых переживаний. Следует особо подчеркнуть, что элементы синдрома Кандинского характеризовывались фрагментарностью, единичными симптомами, быстро проходили, не были склонны к усложнению и обнаруживали информативно значимое участие органического поражения ЦНС ($P < 0,003$).

В процессе синдромогенеза аментивной формы белой горячки (27 б-х-21%) в начале отмечалась снижение аффективной реакции, ограничивалась возможность активно влиять на события окружающей среды, переключения от одной задачи на другую затруднена, маловыразительная мимика, вялость, безучастность и стереотипные эхопрактические поведенческие акты. Непродуктивный контакт с больным не давало возможность установить наличие галлюцинаций, но в тоже время они реагировали на громкий окрик, т.е. порог слухового восприятия был заметно снижен. Больные в недоумении осматривали окружающих, таращили глаза и беспомощно пытались покинуть пределы постели. Внимание больных невозможно было привлечь. После выхода из аментивно- делириозного состояния отмечалась полная амнезия на период болезни. По нашим наблюдениям, аментивная форма белой горячки возникает на фоне выраженного, длительного психофизического истощения, причиной которой являются хронические, коморбидные СНП. Следовательно, в динамики синдромогенеза аменция последовательно проходит через физическое истощение глубокую астению, оглушённость, сопорозное состояние (гиподинамический) и бессимптомный этап алкогольного делирия (адинамический). Прогноз неблагоприятный, иногда с летальным исходом.

В зависимости от степени влияния СНП на клинико-патогенетический процесс синдромогенеза, выделены две стадии развития качественно новой структуры атипичного алкогольного делирия. В первой стадии больные алкогольным делирием не могли фиксировать внимание на окружающих событиях, речь приобретала отрывистый, безсвязный характер, т.е. отмечалась дезинтеграция процесса синтеза мышления и сознания. Преобладали аффективные, вегетососудистые нарушения и беспорядочное двигательное возбуждение, а также диссомния и гипнагогические зрительные галлюцинации.

Необходимо подчеркнуть, что характерными особенностями второй стадии синдромогенеза атипичного алкогольного делирия является выраженность расстройств сознания, дезориентировка в месте, во времени, окружающих лицах и истинные зрительные галлюцинации. Усиливались страх, тре-

вога, беспокойство. Следует отметить, что на протяжении всего делириозного периода процесс возбуждения и спутанности сознания неоднократно менялись местами. Выход из делириозного состояния медленный, с выраженной астенией в период выздоровления.

Таким образом, выделенные комплекс клинические признаки атипичного алкогольного делирия имеют высокоинформативное патогенетическое и прогностическое значение. Установлены достоверные клинические критерии влияния СНП на синдромогенез расстройств сознания атипичного алкогольного делирия. Это даёт возможность научно обосновать патогенетические механизмы синдромогенеза атипичного алкогольного делирия и роль СНП в этом процессе. По нашему мнению, синдромогенез расстройств сознания является результатом дезинтеграции сенсорного восприятия, анализа и синтеза мышления и разлад в иерархии психических функций при атипичном алкогольном делирии. Следовательно, в синдромогенезе расстроенного сознания высоко информативное значение имеет коморбидная СНП в патогенезе и дифференциальном диагнозе при атипичном алкогольном делирии.

Из наших данных можно предположить, что соматические заболевания играют роль как провоцирующую, так и патогенетическую, патопластическую в синдромогенезе расстройств сознания и характеризуется атипичностью клиники алкогольного делирия. Неврологическая патология вносила более существенные изменения в клиническую структуру белой горячки: помрачение сознания более глубокое с элементами сумеречного, включение острых бредовых идей, психомоторное возбуждение, тяжёлое течение и замедленный выход из белогорячного состояния.

Резюмируя вышесказанное следует отметить, что сформулированная теоретическая концепция синдромогенеза атипичного алкогольного делирия является результатом дезинтеграционного процесса функции сознания и дискордантности высших психических функций в зависимости от участия неврологической или соматической патологии. Расстройства сознания при атипичном алкогольном делирии характеризовались глубиной и широтой помрачения сознания, а так же имели существенные сходства и различия клиники в зависимости от присутствия соматической или неврологической патологии. Следовательно, в процессе синдромогенеза атипичный алкогольный делирий развивался в следующей последовательности: острый вегетососудистый криз, аффективно-тревожный, диссомнический, гипногический, гипнапомнический, пределириозный, атипичный делирий которые тесно связаны с неоспоримым участием СНП в патогенезе психоза ($P < 0,002$). Таким образом, в результате корреляционных взаимосвязей синдромогенеза и СНП формируется атипичные клинические формы, которые являются самостоятельной диагностической единицей в рамках алкогольного делирия.

Выводы.

1. В синдромогенезе атипичного алкогольного делирия непосредственное участие принимает СНП которая формирует многофункциональный патогенетический процесс. 2. Выделение типичные, атипичные, смешанные, тяжёлые клинические формы логически оправдано участием СНП в синдромогенезе алкогольного делирия. 3. Установлено, что синдромогенез расстройства сознания относится к категории сложных дезинтеграционных нарушений психических сфер и функций мозга которые тесно коррелируют с СНП и патогенезом атипичного алкогольного делирия ($p < 0,002$).

4. Выявленная клинико-патогенетическая закономерность синдромогенеза атипичного алкогольного делирия, возникающего на фоне СНП, имеет существенное научно-практическое значение в дифференциальном диагнозе и прогнозе алкогольного делирия.

Литература

1. Гирич Я.П., Звягин А.В. Закономерности развития и прогрессирования психических расстройств у лиц молодого возраста с психотическими формами алкоголизма // XIV Съезд психиатров России // Москва.-2005- с.336.

2. Имамов Ш.Ш., Ашуров З.Ш., Имамов Ш. А., Имамов А. Некоторые теоретические аспекты синдромогенеза рас-

стройств сознания при алкогольном делирии, возникающего на фоне соматоневрологической патологии // Ж «Медицинские новости» 2022, Минск, с. 73-75.

3. Имамов Ш.Ш. К уточнению модели взаимоотношения соматических заболеваний и алкогольного делирия // Журнал. Проблемы биологии и медицины. Межд. Науч-практ. Конфер., «Актуальные проблемы психиатрии, медицинской психологии и суицидологии: Современная практика и направление развития» Самарканд.-2019-с.38.

4. Сафаргалиева Т.С. Клинический патоморфоз алкогольных психозов и вопросы дифференциальной диагностики // Сбор.тез. «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация» с международным участием // Ташкент.-2019-с.147.

5. Слущкин Э.В. Закономерности синдромообразования при атипичных формах алкогольного делирия.// XIV Съезд психиатров России// Москва.-2005.-с.369.

6. Heinala P., Aho H., Kiiianmaa K., Lonnqvist J., Kuoppasalmi K., Sinclair J.D. Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: A factorial double - blind. placebo - controlled trial // Clin. Psychoprahmacol. 2001. Vol. 21.Ng 3. P. 287292.

7. Hulse GK. Tait RJ . Comer SD . Sullivan MA . Jacobs IG . Arnold-Reed D. Reducing hospital presentation for opioid overdose in patients treated with sustained release naltrexone implants. Drug Alcohol Depend. 2005 sep; 79(3):351-7.

8. Sinclair J. D. Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism // Alcohol and Alcoholism. 2001.vol. N!p.2-3.