

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**ХАЙРЕДИНОВА ИНАРА ИЛЬГИЗОВНА**

**ГАШИШ ВА ТРАМАДОЛНИ БИРГАЛИКДА СУИСТЕЪМОЛ  
ҚИЛИШ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РУҲИЙ  
ВА ХУЛҚ-АТВОР БУЗИЛИШЛАРИ**

**14.00.18 – Психиатрия ва наркология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Хайрединова Инара Ильгизовна**

Гашиш ва трамадолни биргаликда суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари..... 3

**Хайрединова Инара Ильгизовна**

Психические и поведенческие расстройства, обусловленные сочетанным злоупотреблением гашишем и трамадолом ..... 23

**Khayredinova Inara Ilgizovna**

Psychiatric and behavioral disturbance after combination of hashish with tramadol abuse ..... 43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 46

**ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**ХАЙРЕДИНОВА ИНАРА ИЛЬГИЗОВНА**

**ГАШИШ ВА ТРАМАДОЛНИ БИРГАЛИКДА СУИСТЕЪМОЛ  
ҚИЛИШ НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РУҲИЙ  
ВА ХУЛҚ-АТВОР БУЗИЛИШЛАРИ**

**14.00.18 – Психиатрия ва наркология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ – 2021**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясда В2018.2.PhD/Tib678 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.tipme.uz](http://www.tipme.uz)) ва «Ziyounet» ахборот таълим порталида ([www.ziyounet.uz](http://www.ziyounet.uz)) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Ашуров Зарифжон Шарифович  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Турсунходжаева Людмила Александровна  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Абдуллаева Василя Каримбековна  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 рақамли илмий кенгашнинг 2021 йил «8» июль соат 10:00 даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: [info@tipme.uz](mailto:info@tipme.uz)).

Диссертация билан Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (93 рақами билан рўйхатга олинган) Манзил: 100007, Тошкент, Мирзо Улуғбек тумани, Паркент кўчаси, 51-уй. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44.

Диссертация автореферати 2021 йил «23» июнь куни тарқатилди.

(2021 йил «  »    даги    рақамли реестр баённомаси).



Х.А. Акилов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
раиси, тиббиёт фанлари доктори,  
профессор

Н.Н. Убайдуллаева

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори,  
доцент

У.Х. Алимов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Бирлашган миллатлар ташкилотининг (БМТ) Наркотиклар ва жиноятчилик бўйича бошқармаси томонидан дунё миқёсида гиёҳванд моддалар истеъмоли даражаси ва тенденциялари доимий мониторинг қилиб борилмоқда. Маълумотларга кўра, «...2017 йилда тахминан 271 миллион киши ёки 15-64 ёшдаги дунё аҳолисининг 5,5 фоизи гиёҳванд моддаларни истеъмол қилган...»<sup>1</sup>. Каннабиас, синтетик наркотиклар ва рецепт бўйича буюрилган фармацевтик воситалардан нотиббий мақсадларда фойдаланиш, айниқса, ёшлар ўртасида кенг тарқалган бўлиб, оқибатда ўлим кўрсаткичининг ўсиши кузатилмоқда. Полинаркомания натижасида келиб чиқадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлар ҳам сезиларли даражада ўсиб бораётгани сабабли медикаментоз даво чораларини такомиллаштириш ва рецидив хавфи даражасини пасайтириш тиббиёт соҳасидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳон тиббиёти соҳасида инсонларнинг гашиш ва трамадолни биргаликда суистеъмол қилиши натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларини эрта ташхислаш, даволаш-профилактика чора-тадбирларини такомиллаштиришга қаратилган кенг кўламдаги илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Хусусан, мононаркоманияга чалинган шахсларда полинаркомания шаклланиши эҳтимолини эрта олдини олиш; хавф омилларини аниқлаш; ривожланишининг клиник-динамик хусусиятларини баҳолаш; даво мезонларини оптималлаштириш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада гашиш ва трамадолни биргаликда суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари ривожланиши эҳтимолини олдиндан баҳолаш ва учламчи профилактика чора-тадбирларини ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қаратилган кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий этиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморнинг клиник-динамик, ижтимоий-психологик ва когнитив хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, индивидуал ёндашув асосида гашиш ва трамадол полинаркоманияга мойилликни эрта аниқлаш, рецидивларнинг ва полиқарамликнинг олдини олиш, аҳоли орасида полинаркомания ва кашандалик даражасини камайтириш ва узоқ-умр кўриш даражасини ошириш муҳим аҳамиятга эга.

<sup>1</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2019.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида», 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2019 йил 13 февралдаги ПҚ-4190-сон «2019 – 2025 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг руҳий саломатлигини муҳофаза қилиш хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарори ҳамда соҳага тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши-нинг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Бугунги кунда мононаркомания ва полинаркомания билан боғлиқ муаммолар устида қатор илмий изланишлар олиб борилмоқда. Полинаркоманиянинг предикторлари бўлиб қуйидагилари ҳисобланади: алкоголь истеъмоли, интернетда гиёҳвандликка олиб боровчи маълумотлар очиклиги ва турфахиллиги, “полинаркомания” атамасининг ҳуқуқий ва тиббий нуқтаи назардан турлича тушунчага эга бўлиши белгиланган (Kataja et al, 2018). Қарамлилик шаклланишига мойил бўлиш омиллари: гендер, этник ва ирқий келиб чиқишни ўрганиш (S.M. Snyder, R.E. Smith, 2014; T.D. Gilreath et al., 2015), Гиёҳванд моддаларни осон қўлга киритиш имконияти (McVicar, 2011), Наркологик касалликларга ирсий мойиллик, тамаки ва алкогольни эрта истеъмол қилиш, шахснинг преморбид девиациялари, асоциал микромуҳит аниқланган (М.Л. Аграновский, 2014; З.Ш. Ашуров, 2016), мактабдаги бўш ўзлаштириш кўрсаткичлари баҳоланган (W.S. John et al., 2018). Болаларга шавқатсизларча муносабат бўлишга катта эътибор қаратилган (E.A. Evans et al., 2017; M. Yang et al., 2018) ва травмадан кейинги стрессли бузилишлар (K.R. Peck et al, 2018; A.N. Hassan, B. LeFoll, 2019) ўрни белгиланган. Турли психоактив моддаларни биргаликда истеъмол қилишнинг клиник-динамик хусусиятлари аниқланган (М.Л.Рохлина ва ҳаммуалиф., 2016; В.М.Ялтонский, 2017). Полинаркомания - гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилиш натижасидаги когнитив дисфункциялар ривожланиши ва даволаниш жараёнларига салбий таъсир кўрсатиши аниқланган (M.M.Bassiony et al., 2017; A. Verdejo-Garcia et al., 2019). Профилактика воситаларининг анъанавий ҳамда инновацион усуллари аниқланган (Л.А.Турсунходжаева ва ҳаммуалиф., 2014; Ф.Ш. Бахрамов, 2017).

Республикада гиёҳвандликнинг тарқалиши ва унинг шаклланиши (Ф.Ш.Бахрамов; 2018), турли босқичларнинг клиник-иммунологик хусусиятлари (Ш.Х.Султанов; 2018), преморбид шахс хусусиятлари аниқланган (З.Ш.Ашуров; 2016) ҳамда уларни комплекс даволаш оптималлаштирилган (В.К.Абдуллаева; 2017).

Дунёда гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасида руҳий ва хулқ-атвор бузилишларини даволаш-профилактикаси бўйича қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жумладан, руҳий ва хулқ-атвор бузилишлари мавжуд ва бу бузилишлар ривожланиб бориши ҳамда полинаркоманияга трансформация бўлиши хавфи бор беморларни эрта босқичларида аниқлашга имконият яратувчи дифференциаллашган даволаш ва профилактик чора-тадбирларини оптималлаштириш муҳим амалий аҳамиятига эга.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академисининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Турли ёшдаги шахсларнинг психоактив моддаларга қарамликнинг шаклланишига турли омилларнинг таъсири ва аниқланган омиллар бўйича реабилитация ва даволаш усулларини такомиллаштириш» мавзусидаги илмий лойиха доирасида бажарилган (2015-2018 йй.).

**Тадқиқотнинг мақсади** гашиш ва трамадолни биргаликда суистеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг ривожланиш омиллари ва клиник-динамик хусусиятлари асосида даволаш-профилактика хизматини оптималлаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасидаги қарамлик шаклланишининг клиник-динамик қонуниятларини аниқлаш;

гашиш ва трамадолга биргаликда қарамлик шаклланишига мойилликни оширувчи аҳамиятли преморбид ижтимоий, биологик ва шахсий психологик омилларни аниқлаш;

гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасида юзага келадиган когнитив бузилишларни ўрганиш;

полигидрохлориднинг олдини олишга қаратилган даволаш ва профилактик чора-тадбирларни оптималлаштириш

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2015-2019 йиллар давомида Республика наркология марказида 20 ёшдан 45 ёшгача бўлган 53 нафар полинаркоманик қарамлик билан стационар даво муолажаларини қабул қилган бемор ҳамда назорат гуруҳида 44 нафар трамадолга қарамлик билан ва 32 нафар гашишга қарамлик аниқланган беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида полиқарамлик бўлган шахсларда клиник-катамнестик, клиник-психопатологик ва клиник-психологик хусусиятлари ташкил қилди.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда клиник – психопатологик, клиник-анамнестик, клиник–катамнестик, экспериментал психологик (қисқартирилган кўп омилли сўровнома, Монреал когнитив функцияларни баҳолаш шкаласи) ва статистик усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

гашиш ва трамадолга биргаликда қарамликнинг клиник-динамик хусусиятлари, клиник-синдромологик полиморфизми ҳамда уларнинг ўзаро таъсири натижасида касаллик кучайиши аниқланган;

полинаркомания шаклланишида юқори хавфи мавжуд бўлган шахсларнинг патохарактерологик ривожланишига таъсир этувчи биологик, ижтимоий-психологик омилларнинг прогностик мезонлари аниқланган;

гашиш ва трамадолга биргаликда қарамлик кузатилган шахсларда касалликнинг проградентлигини ошиши ҳисобига ўрта даражада сусайган когнитив дисфункцияларнинг пасайиши аниқланган;

руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишларининг шаклланишининг биопсихоижтимоий моделига асосланган полинаркоманиянинг дифференциаллашган даволаш ва профилактик чора-тадбирлари оптималлаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

эҳтимолий прогнозлаш асосида гашиш ва трамадолга полинаркоманияни ривожлантириш учун хавф омилларини интеграл баҳолаш матрицаси ишлаб чиқилган;

прогностик коэффициентларнинг қийматлари прогностик жиҳатдан муҳим омиллар мажмуасига киритилган ҳар бир хусусият аниқланган;

шахсга йўналтирилган реконструктив психотерапияга имкон қадар яқин бўлган гуруҳ психотерапиясининг усули такомиллаштирилди;

каннабиноидларга моноқарамликдан полиқарамликка ўтишининг олдини олиш бўйича когнитив, ҳиссий ва ҳулқ-атвор соҳаларига босқичма-босқич таъсир қилиш омиллари аниқланган;

гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилишда даволаш-профилактика чора-тадбирларини оптималлаштириш учун биопсихо-ижтимоий ёндашув асосида алгоритм ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада материал танланганлиги, беморлар сонининг етарлилиги, қўлланилган усулларнинг завмонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-катамнестик, клиник-психопатологик, клиник-психологик ва статистик усуллари асосида гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишларининг клиникаси ва дифференциал ташҳисининг ўзига хос хусусиятларини баҳолашда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибилар билан таққослангани, ҳулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган. . Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасида руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишларни аниқлаш ва ўз вақтида ташхислаш, полинаркомания шаклланишига таъсир қилувчи биологик ва ижтимоий-психологик омилларни комплекс равишда табақалаштирилган ҳолда тузиш, даволаш-профилактика тадбирларини оптималлаштириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти гашишга моноқарамлиги бўлган беморларда полинаркомания шаклланишини прогностик баҳолаш интеграл матрицаси ҳар бир беморга, мультидисциплинар мутахассислар иштирокида, индивидуал ёндашиш ҳамда таклиф этилаётган даволаш-



профилактика тадбирларини оптималлаштириш алгоритми касалликнинг қайталаниши ва полинаркоманияга ўтишининг олдини олиш, беморнинг клиник-динамик, ижтимоий-психологик ва когнитив хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда индивидуал даволаш режасини ишлаб чиқиш билан изоҳланади. **Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасидаги руҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг клиник хусусиятлари ва дифференциал диагностикаси бўйича олинган илмий натижалар асосида:

гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларининг ривожланиш омиллари ва клиник-динамик хусусиятларини аниқлаш бўйича олинган илмий натижалар асосида «Ёшлар орасида гашиш ва трамадол каби гиёҳванд моддаларни истеъмол қилишнинг олдини олиш алгоритми» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 1 июлдаги 8н-д/84-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома гашиш ва трамадолга полинаркомания шаклланишига мойил бўлган шахсларни осонлик билан аниқлаш ва профилактика чораларини оптималлаштириш имконини берган;

гашиш ва трамадолни биргаликда қўллаш натижасида келиб чиқадиган руҳий ва хулқ-атвор бузилишларига оид илмий тадқиқотлар натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Чирчиқ шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Андижон вилояти психоневрологик диспансерининг клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 15 февралдаги 8н-з/34-сон маълумотномаси). Тадқиқот натижалари нарколог шифокорларни полинаркомания шаклланишининг ва касаллик қайталанишининг олдини олиш, табақалаштирилган даволаш-профилактик ёрдам кўрсатиш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 5 та илмий-амалий анжуман, жумладан, 3 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини эълон қилиниши тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 4 таси республика ва 2 та хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, олтита боб, хулоса, амалий тавсиялар, иловалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 116 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ ТАРКИБИ

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, тадқиқотларнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Полинаркоманиянинг шаклланиш хусусиятлари**» деб номланган биринчи бобда ўрганилаётган муаммо бўйича замонавий маҳаллий ва хорижий илмий адабиётларнинг таҳлили берилган. Бешта бўлимдан иборат адабиётлар шарҳи дунёда гиёҳванд моддаларни истеъмол қилишнинг замонавий тенденциялари, полигиёҳвандликнинг асосий мунозарали муаммоларига, шунингдек, даволаш ва профилактика масалаларига бағишланган бўлиб, уларнинг таҳлили изланишларни давом эттириш зарурлигини тасдиқлайди.

«**Гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишларининг материаллари ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобда текширилган беморларнинг умумий хусусиятлари тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олган материаллар ва тадқиқот усуллари ёритилган, шунингдек, фойдаланилган тадқиқот усуллари тўғрисидаги маълумотлар тавсифланган. Тадқиқот объекти сифатида 2015 йилдан 2019 йилгача Республика наркологиya марказида гиёҳвандлик бўйича стационар даволанаётган 129 эркак бемор олинди. Барча 129 нафар бемор 3 гуруҳга бўлинган: **I гуруҳ** (асосий гуруҳ) - гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилган беморлар 41,1% (n = 53); **II гуруҳ** (назорат гуруҳи) - беморларнинг 34,1% (n = 44) опиоидларга қарамлиги бўлган, трамадолни қабул қилишдан олдин бошқа опиоидлар фойдаланмаган, шифокорнинг рецептсиз трамадолни истеъмол қилганлар. **III гуруҳ** (назорат гуруҳи) - беморларнинг 24,8% (n = 32) каннабиноидларга қарамлик мавжуд беморлар.

Тадқиқотга киритиш мезонлари ХКТ-10 томонидан клиник жиҳатдан тасдиқланган ташхислар: F19.2 Опиоидлар ва каннабиноидларни бир вақтда қабул қилиш натижасида келиб чиққан руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишлари. Гашиш ва трамадолга қарамлик синдроми; F11.2 Опиоидларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиққан руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишлари. Трамадолга қарамлик синдроми; F12.2 Каннабиноидларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиққан руҳий ва ҳулқ-атвор бузилишлари. Гашишга қарамлик синдроми. Тадқиқотдан чиқариб юбориш мезонлари қуйидагилардан иборат: руҳий касалликлар шифохонасида динамик кузатишни талаб қиладиган коморбид руҳий патология. I ва III гуруҳларда синтетик каннабиноидларга қарамлик бўлган беморлар чиқариб ташланди.

Шахсият хусусиятларини баҳолаш мақсадида клиник усули билан бир қаторда ШТҚҚКС психологик тест (шахсни тадқиқ қилиш учун қисқартирилган кўп омилли сўровнома) – Л.Н. Собчик, В.П. Зайцеванинг мослашувида ММРІ

нинг қисқартирилган шакли ишлатилган [2004]. Гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилишнинг когнитив функцияларга таъсирини аниқлаш учун А.Р. Луриа бўйича 10 та сўзни ёдлаш усулидан [2019] ва Монреал когнитив функцияларни баҳолаш шкаласидан (МОСА синови) фойдаланилди [1996].

Тадқиқот давомида аниқланган маълумотлар Pentium-IV шахсий компютерида MicrosoftOffice Excel-2016 дастурий таъминоти тўпламидан фойдаланиб, ўрнатилган статистик ишлов бериш функцияларидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди. Бир нечта тасодифий ўзгарувчилар ўртасидаги ўзаро боғлиқликни ўрганиш учун тўртта майдонли жадваллар (хи-квадрат) усули билан корреляцион таҳлил ўтказилди. Фактор таъсир қилиш ва касаллик ўртасидаги боғлиқлик кучини аниқлаш учун Пирсон боғлиқлик коэффициенти (C) ҳам ҳисоблаб чиқилган.

Сўровда катнашганларнинг ёши 20 дан 45 ёшгача бўлган. Ўртача ёши  $30,5 \pm 6,16$ . Беморларнинг аксарияти (71,3%) 24-38 ёш оралиғида, 20-23 ёш (13,1%) ва 39-45 ёш (15,5%) орасида энг кам тарқалган (1-жадвал).

#### 1-жадвал

#### Гуруҳларда беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши (n=129)

Ёши	I гуруҳ, n=53		II гуруҳ, n=44		III гуруҳ, n=32	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-23	7	13,2	6	13,6	4	12,5
24-27	15	28,3	14	31,8	6	18,8
28-33	12	22,6	8	18,2	9	28,1
34-38	10	18,9	11	25,0	7	21,8
39-45	9	17,0	5	11,4	6	18,8
Жами	53	100,0	44	100,0	32	100,0

Эслатма: \*II ва III гуруҳ маълумотларига нисбатан фарқларунчалик катта эмас ( $P > 0,05$ ).

I гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши –  $31,1 \pm 7,0$  ёшни; II гуруҳда –  $30,06 \pm 6,7$  ёш; III гуруҳда –  $31,6 \pm 7,1$  ёшни ташкил этди ( $P_{1-2; 1-3} > 0,05$ ).

Сўровда иштирок этганларда касалликнинг давомийлиги бир йилдан 8 йилгача бўлган.

Диссертациянинг «Гашиш ва трамадолга кўшмақарамлик шаклланишга мойил бўлган преморбид биологик, психологик ва ижтимоий омилларнинг таъсирини ўрганиш» деб номланган учинчи бобида гашиш ва трамадолга полинаркомания шаклланишига мойилликни оширувчи биологик ва ижтимоий-психологик хавф омилларининг корреляцион таҳлили натижаларини ўрганиш, бир қатор умумийлик ва фарқларни кўрсатиб берди.

Полинаркомания шаклланиш эҳтимоли каннабиноидлар билан эрта, яъни 16 ёшгача танишганда ортиб борди. 14 ёшда (I гуруҳдан 20,8 % бемор; II гуруҳдан 15,9% бемор ( $P_{1-2} > 0,05$ ) ва III гуруҳдан 12,5 % бемор), 15 ёшда (I гуруҳдан 26,4% бемор; II гуруҳдан 11,4% бемор ( $P_{1-2} > 0,05$ ) ва III гуруҳдан 18,7 % бемор ( $P_{1-3} > 0,05$ ) ва 16 ёшда (I гуруҳдан 32,1% бемор; II гуруҳдан 15,9%

бемор ( $P_{1-2}>0,05$ ) ва III гуруҳдан 31,3 % бемор ( $P_{1-3}>0,05$ ) аниқланди. 18 ёшда каннабиноидлардан монокарамлик – 12,5% ( $P_{1-3}<0,01$ ); ( $C=0,53$ ;  $P<0,001$ ) беморларда учради. Каннабиноидларни биринчи эйфория чакирувчи модда сифатида қўлланилиши полинаркомания мавжуд бўлган беморларда юқори эди (I гуруҳдаги беморларнинг 66,0%; II гуруҳдаги беморларнинг 13,6% ( $P_{1-2}<0,001$ ) ва 34,3% III гуруҳдаги беморларда ( $P_{1-3}<0,01$ ), гашишга қарамлик мавжуд беморларда биринчи эйфория чакирувчи модда сифатида алкоголь ҳисобланди (I гуруҳдаги беморларнинг 34,0%; II гуруҳдаги беморларнинг 45,4% ( $P_{1-2}>0,05$ ) ва III гуруҳдаги беморларнинг 65,6% ( $P_{1-3}<0,01$ ). Трамадолга қарамлик бўлган беморларнинг 40,9% ида биринчи эйфория чакирувчи модда трамадол бўлган ( $P_{1-2}<0,001$ ); ( $C=0,41$ ;  $P<0,001$ ), (2-жадвал).

## 2-жадвал

### Беморларнинг биринчи эйфория чакирувчи моддага кўра тақсимланиши

Биринчи эйфория чакирувчи модда	I гуруҳ (n=53)		II гуруҳ (n=44)		III гуруҳ (n=32)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогол	18	34,0	20	45,5	21	65,6 <sup>^^</sup>
Каннабиноидлар	35	66,0	6	13,6 <sup>***</sup>	11	34,4 <sup>^^</sup>
Трамадол	0	0	18	40,9 <sup>***</sup>	0	0
Жами	53	100,0	44	100,0	32	100,0

Эслатма: \* - II (\*\*\*-  $P<0,001$ ); ^ - III гуруҳга оид маълумотларнинг аҳамиятлилик даражаси (<sup>^^</sup> -  $P<0,01$ ).

Полинаркомания кўпинча характерида беқарор хусусиятларига эга бўлган шахсларда шаклланган - улар учун «заиф бўғин» - бу ўйин-кулгига берилиш, онанинг назоратсиз қолиш истаги, бекорчилик истаги, бегоналар таъсирига тез берилиш кабилар хос бўлган (I гуруҳ беморларининг 60,4%; II гуруҳдаги беморларнинг 29,5% ( $P_{1-2} <0,01$ ) ва III гуруҳдаги беморларнинг 18,7% ( $P_{1-3}<0,001$ ); ( $C=0,33$ ), гипопротекция тури бўйича тарбиялашдаги нуқсонлар билан - бепарволик, боланинг хатти-ҳаракатлари устидан назоратнинг йўқлиги, болага етибор ва ота-онанинг қизиқиши йўқлиги билан намоён бўлади (I гуруҳдаги беморларнинг 69,8%; II гуруҳдаги беморларнинг 31,8% ( $P_{1-2} <0,001$ ) ва III гуруҳдаги беморларнинг 46,8% ( $P_{1-3}<0,05$ ); ( $C=0,34$ ;  $P<0,001$ ) ва кам оилада тарбиялаш (I гуруҳдаги беморларнинг 73,6%; II гуруҳдаги беморларнинг 38,6 % ( $P_{1-2}<0,001$ ) ва 34,3% III гуруҳдаги беморларнинг ( $P_{1-3}<0,001$ ); ( $C=0,34$ ;  $P<0,001$ ).

Гиёҳвандлик ва рухий касалликларнинг ирсий юки ( $C=0,09$ ), анте-, интра-, перинатал патологиянинг мавжудлиги ёки йўқлиги ( $C=0,09$ ), мия шикастланиши ( $C=0,22$ ), девиант хулқ-атворнинг мавжудлиги ва шакллари ( $C=0,26$ ), чекишни бошлаш ёши ( $C=0,26$ ) ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишнинг дастлабки ёши ( $C=0,17$ ) кабилар билан аҳамиятли даражада қарамликнинг шаклланишига таъсир кўрсатмади.

Полинаркомания шаклланиш эҳтимоли каннабиноидлар билан эрта танишиш ( $C=0,53$ ) ва уларнинг бепарволик хусусиятларига эга бўлган одамларда ( $C=0,33$ ) биринчи эйфория чақирувчи моддалар ( $C=0,41$ ) сифатида ишлатилиши билан ортади, гипопротекция типига тарбия ( $C=0,34$ ) ва нотўлиқ оилада ( $C=0,34$ ) ортади.

Диссертациясининг «**Гашиш ва трамадолни биргаликда қўллашнинг клиник ва динамик хусусиятлари**» деб номланган тўртинчи бобида гашиш ва трамадолнинг биргаликда истеъмол қилиш натижасидаги қарамлик шаклланиши ва йўналишини таҳлил қилиш натижалари келтирилган.

Барча кузатилган ҳолатларда гашиш ва трамадолга полинаркомания каннабиноидга қарамлик фонида шаклланган. Полинаркоманияга эга бўлган беморларда гиёҳванд моддаларга қарамлик моно-қарамликка нисбатан тез суръатларда ривожланиб бориши билан ажралиб турарди. Бунинг тасдиғи асосий қарамлик синдромларини шаклланишининг қисқа муддатлари, гиёҳвандлик шаклланишининг барча босқичларининг давомийлиги қисқа бўлиши ва уларнинг клиник тўлиқ шаклланганлиги.

Каннабисни биринчи қабул қилиниши ёрқин эйфория пайдо бўлиши билан тавсифланган (I гуруҳдаги беморларнинг 86,8%; III гуруҳдаги беморларнинг 31,3% ( $P_{1-3} < 0,001$ ), моно-қарамликдаги беморларда эса ҳимоя реакциялари жисмоний заифлик, кўнгил айнаши, қусиш, бош оғриғи устунлик қилди оғрик, бош айланиши, тахикардия, нафас олиш қийинлашиши, оғизнинг куриши (I гуруҳдаги беморларнинг 9,4%; III гуруҳдаги беморларнинг 65,6% ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,48$ ;  $P < 0,001$ ). Эпизодик қабул қилиш босқичи бир йилдан ошмади (I гуруҳдаги беморларнинг 60,4%; III гуруҳдаги беморларнинг 21,9% ( $P_{1-3} < 0,01$ ), монога қарам бўлган беморлар гуруҳида эса эпизодик босқич 3 ёшгача ўсди (I гуруҳдаги беморларнинг 32,1%; III гуруҳдаги беморларнинг 65,6% ( $P_{1-3} < 0,01$ ); ( $C=0,35$ ;  $P < 0,001$ ) эпизодик босқич мунтазам характерга ўтиш билан гуруҳ характерига эга эди). Каннабисни истеъмол қилиш асосий гуруҳда мунтазам равишда наша истеъмол қилиш 6 ойгача бўлган (2 ойдан 6 ойгача II гуруҳдаги беморларнинг 67,9%; III гуруҳдаги беморларнинг 34,4% ( $P_{1-3} < 0,01$ ), таққослаш гуруҳида олти ойдан ортиқ (I гуруҳдаги беморларнинг 32,1%; III гуруҳдаги беморларнинг 65,6% ( $P_{1-3} < 0,01$ ); ( $C=0,31$ ;  $P < 0,01$ ).

Каннабиноидларга бўлган эҳтиёжни поли ва моноқарамлиги бўлган беморлар орасида таққослаганда патологик майл белгиларининг намоён бўлиши ва интенсивлигидаги фарқлар аниқланди (3-жадвал). «Мотивлар кураши»нинг устунлиги билан идеатор компонент (I гуруҳдаги беморларнинг 20,8%; III гуруҳдаги беморларнинг 71,8% ( $P_{1-3} < 0,001$ ) моно-қарамликка чалинган беморларга хос бўлган, улар, суҳбат давомида ўзларини бузғунчиликда айбашлари мумкин, соғлом турмуш тарзи, гиёҳванд моддаларнинг зарари тўғрисида мавзуни қўллаб-қувватладилар, уларнинг хатти-ҳаракатларини расмий танқид қилдилар, тамаки чекишларнинг частотаси ва сонини, тортиш чуқурлигини ошириш зарурати ортди. Онгсиз характерга эга бўлган каннабиноидлар толерантлик ўсиши кузатилди.

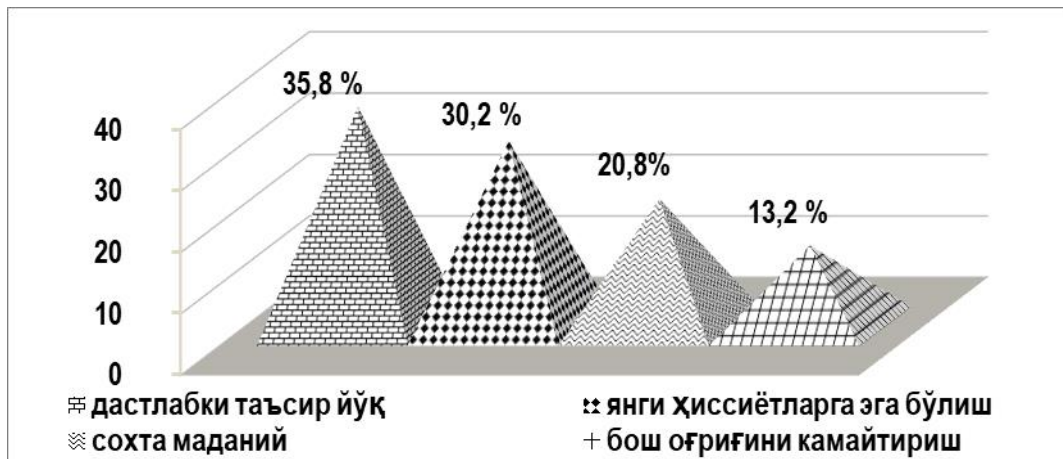
## Каннабиноидларга патологик майлнинг баҳоланиш даражаси

Патологик майл компонентлари	I гуруҳ (n=53)		III гуруҳ (n=32)		P
	абс.	%	абс.	%	
Мотивлар кураши	11	20,8	23	71,8	P<0,001
Эмоционал лабиллик	7	13,2	21	65,6	P<0,001
Кайфият фонининг пастлиги	44	83,0	24	75,0	P>0,05
Дисфория	17	32,1	5	15,6	P<0,05
Хавотир	39	73,5	14	43,7	P<0,05
Ички рухий таранглик	36	67,9	12	37,5	P<0,05
Конфликтлик	34	64,2	10	31,2	P<0,01
Наркотик мавзудаги тушлар	46	86,8	13	40,6	P<0,001
Мимик жонланиш	40	75,4	18	56,2	P<0,05
Оғиз куриши	37	69,8	11	34,3	P<0,01

Патологик майл интенсивлигининг ошиши гашиш абстинент синдромининг шаклланишига олиб келди, бу касалликнинг бошланишидан бошлаб 1,5-2 йил ичида шаклланишнинг қисқариши билан тавсифланади (I гуруҳдаги беморларнинг 66%; гуруҳдаги беморларнинг 18,7%) III (P<sub>1-3</sub><0.001), таққослаш гуруҳида 3-5 йил давомида (I гуруҳдаги беморларнинг 30,1%; III гуруҳдаги беморларнинг 68,7% (P<sub>1-3</sub><0,001); (C=0,42; P<0,001) полинаркоанияда асосан астенодепрессив симптомлар, ипохондрия шикоят, негативизм, кўкрак ва бошни сиқиш ва сиқиш кўринишидаги сенестопатик ҳислар билан уйкусираш билан ифодаланади.

Патологик майлнинг аффектив, вегетатив ва хулқ-атвор таркибий қисмларининг кўпайиши компулсивликни ривожлантирди - фаолият ПАМларни топишга қаратилган эди. Таққослаш гуруҳида компулсив майлнинг тўлиқлиги йўқ эди. Мастлик ҳолатининг манзараси ўзгарди - вақтни 3-4 соатдан 1 соатгача камайтириб, стимуловчи таъсирнинг устунлиги билан каннабиноидларнинг дастлабки эфория чақирувчи таъсирининг сусайиши кузатилди. Касалликнинг ривожланиши астеноипохондрик, шизоид ва эксплозив туридаги шахс ўзгаришларини ҳам келтириб чиқарди.

Полинаркоманияка эга беморларда опийга қарамликнинг ривожланиши моно-опиоидга қарам бўлганлар гуруҳига нисбатан бир қатор фарқларга эга эди.



**1-расм. Беморларнинг полинаркотизмга ўтиш мотивлари бўйича тақсимланиши.**

Трамадолни биринчи қабул қилиш ситуацион омилларнинг таъсири билан боғлиқ бўлиб, 88,6% ҳолларда «дўстлар» орасида ва фақат 11,4% - ижтимоий тармоқлар ва интернет маълумотлари сабаб бўлган.

Илгари бошқа психоактив моддаларни истеъмол қилмаган II гуруҳ беморлари орасида трамадолни бошлашнинг ситуацион омиллари қуйидагилар эди: жинсий (жинсий фаолликни ва қониқишни яхшилаш, жинсий алоқани узайтириш, эрта бўшашишни даволаш сифатида) - 34,1%; ақлий (кўтаринки кайфият, ақлий фаолият, ўзини намоён қилиш, стрессга чидамлик) - 29,5%; жисмоний (жисмоний фаолликни ошириш, чарчоқ ва заифлик аломатларини йўқотиш) - 20,5%; ва иқтисодий (нархлар ва сотиб олиш жойларининг мақбуллиги) - 15,9%.

Трамадолни полинаркоманияга эга бўлган беморларда биринчи қабул қилишига реакция кўпинча ўртача даражадагинамоён бўлувчи эйфория характерида бўлган. Мастлик 1-босқичнинг йўқлиги ва гиёҳвандлик интоксикациясининг 2-чи ва 3-босқичларининг қисқариши билан ифодаланган, субъектив равишда ёқимли ҳис-туйғулар пайдо бўлмаган. Трамадолга моноқарамлиги бўлган беморларда 1-фаза мотор ва руҳий ҳаяжон ҳолатига ўтди. Гиёҳвандлик интоксикацияси шафқатизлик, жестикуляция кучайиши, тахифрения билан кечди. Трамадолга моно-қарамлиги бўлган беморлар жуда юқори эмпатик ҳолат билан ажралиб турар эдилар, бу ҳиссий сезувчанлик, таъсирчанлик, ҳамдардлик, бошқаларга ва ҳатто душманларга ёрдам беришга бўлган кучли истак, эски хафагарчиликларни унутиб, дўстона муносабатларни ўрнатишга интилиш билан ажралиб турарди (I гуруҳдаги беморларнинг 45,2%; II гуруҳдаги беморларнинг 90,9% ( $P_{1-2} < 0,001$ )).

Трамадолдан эпизодик фойдаланиш муддати каннабиноидларни эрта истеъмол қилиш билан ўзаро боғлиқ; қарамлик мавжуд бўлганда, эпизодик қабул қилиш даври узоқроқ, йўқлигида эса қисқа бўлди. Трамадолни полиқарамликка эга беморларда ўртача эпизодик ишлатиш давомийлиги  $3,60 \pm 0,82$  ойни, II гуруҳ беморларида эса  $2,52 \pm 0,51$  ойни ташкил қилади, бу эса систематик қабул қилишга сезилмасдан ўтиб кетишига сабаб бўлган. Узоқ ёки қисқа эпизодик даврнинг шаклланиши билан бошқа сирт фаол моддасига боғлиқликнинг мавжудлиги ёки йўқлиги билан ўзаро боғлиқлик уланиш кучи

бўйича ўртача бўлиб чиқди ( $C=0,47$ ;  $P<0,001$ ). Бизнинг фикримизча, узокроқ эпизодик давр полинаркоманиядан фойдаланишнинг бошланғич шаклига устунлик бериш билан боғлиқ эди.

Трамадолга бўлган иштиёқнинг тузилиши жиҳатидан полинаркомания ва моно-гиёҳвандликка чалинган беморларни таққослаганда патологик майлнинг аломатлари бир-бирига ўхшашлиги аниқланди, аммо номутаносибликлар ҳам мавжуд эди (4-жадвал).

#### 4-жадвал

#### Трамадолга патологик майлнинг намоён бўлиш даражасининг баҳоланиши

Патологик майл компонентлари	I гуруҳ (n=53)		II гуруҳ (n=44)		P <sub>1-2</sub>
	абс.	%	абс.	%	
Мотивлар кураши	4	7,5	8	18,2	<0,001
Дисфория	19	35,8	16	36,4	>0,05
Хавотир	39	84,9	36	81,8	>0,05
Ички рухий таранглик	43	81,1	32	72,7	>0,05
Конфликтлик	37	69,8	34	77,3	>0,05
Агрессивлик	32	60,3	35	79,5	>0,05
Наркотик мавзудаги тушлар	46	86,8	21	47,7	<0,01

Трамадолга қарамликни шакллантиришнинг бошланғич босқичида моноқарамлик бўлган беморлар орасида опиоидларга бўлган патологик майл таркибида идеатор компонент устун келди. Трамадолга қарам бўлган беморлар орасида трамадол - молиявий муаммолар, соғлиқ муаммолари ҳақида 18,2% салбий фикрлар мавжуд. Оила аъзоларига салбий оғзаки реакциялар - таҳдидлар, киноялар, лаънатлар шаклида қаратилган тажовузкорлик; билвосита ва оғзаки тажовуз; шубҳа кабилар пайдо бўлиши эътиборга молик. Ушбу кўрсаткич трамадолга моно-қарамлиги бўлган беморларда юқори бўлган, аммо статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас (I гуруҳдаги беморларнинг 60,3%; II гуруҳдаги беморларнинг 79,5% ( $P_{1-2}>0,05$ )). Гиёҳванд моддалар билан боғлиқ орзулар беморлар орасида барибир юқори бўлган кўп қарамлик билан (I гуруҳдаги беморларнинг 86,8%; II гуруҳдаги беморларнинг 47,7% ( $P_{1-2}<0,01$ )).

Рухий қарамлик синдроми асосий гуруҳда  $3,38 \pm 0,57$  ой ичида, таққослаш гуруҳида  $4,09 \pm 0,86$  ой ичида шаклланган. Трамадолга нисбатан тобора ортиб бораётган толерантлик фонида полиқарамликка эга беморларда гашишдан фойдаланиш частотаси пасайиб, унга нисбатан барқарор толерантликни сақланиб қолган. Каннабиноидларга бўлган майл онгсиз равишда бўлган ва ўзининг интеллектуал кўрсаткичларни яхшилаш истаги сифатида намоён бўлди.

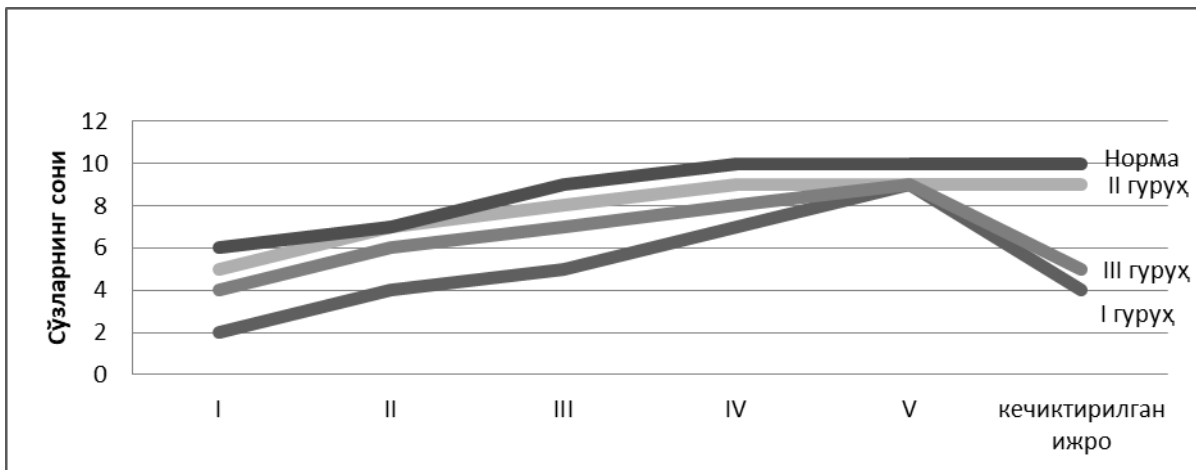


Трамадолга қарамлик қўшилиши билан гашиш ва трамадолдан биргаликда фойдаланиш паттерни шаклланди. Трамадол қабул қилингандан сўнг, беморлар эйфорияни кучайтириш, фикрлаш жараёнларини тезлаштириш ва шу билан мастлик манзарасини биров ўзгартириб, биргаликда қабул қилишнинг ижобийлигини аниқлаш мақсадида 1-2 дона сигарет чекишган.

Трамадолга абстинент синдром аломатлари охирги дозадан 1-2 кун ўтгач ривожланиб, учинчи куни энг юқори даражага етди. Трамадол абстинентцияси симптомлари бошқа опиоидларни қўллашда юзага келадиган аломатларга қараганда объектив равишда камроқ аниқланган ва субъектив равишда янада оғирроқ бўлган. Полинаркомания клиникасида опий абстинент синдромининг намоён бўлиши устунлик қила бошлади. Полинаркоманияка эга беморларда абстинент синдромнинг ўткир даври 11-12 кунни ташкил этди (I гуруҳдаги беморларнинг 58,5%; II гуруҳдаги беморларнинг 36,4% ( $P_{1-2}<0,05$ ), шунингдек қолдиқ эффектлар 21-24 кун ичида ички таранглик, хавотирлик, ғайратли ғазабланиш, можаро, хавотир, тажовузкорлик ҳисси кузатилди (I гуруҳдаги беморларнинг 69,8%; II гуруҳдаги беморларнинг 45,5% ( $P_{1-2}<0,05$ ), ўткир давр қисқа, 8-10 кун ичида (II гуруҳдаги беморларнинг 41,5%; II гуруҳдаги беморларнинг 63,6% ( $P_{1-2}<0,05$ ) ва қолдиқ эффектлар 15-20 кун (I гуруҳ беморларнинг 30,2%; 54,5%) II гуруҳ беморлари ( $P_{1-2}<0,05$ ).

Шахсият ўзгариши қўполлик, тажовузкорлик кучайиши, портлаш, ёлғон, яқинларига нисбатан сусткашлик ва иродавий фаолиятнинг пасайиши билан ажралиб турарди. Шу билан бирга, деменция бўлмаган когнитив бузилишлар ҳам кузатилди, улар бешинчи бобда «**Гашиш ва трамадолга полинаркомания бўлган беморларда когнитив бузилишлар**» деб номланган бобда тасвирланган.

Трамадол билан биргаликда истеъмол қилишда когнитив дисфункциянинг асосий сабаби каннабиноид гуруҳидаги воситалар эди. Гашишдан биргаликда фойдаланиш ва моноқарамлик билан барча мнестик жараёнларнинг бузилиши кузатилади: фиксация, эслаб қолиш ва эсда сақлаш, полинаркоманияка нисбатан яққол намоён бўлди (2-расм). Эшитиш қисқа муддатли хотиранинг кичик ҳажми (2-4 сўз) полинаркоманияка эга беморлар орасида юқори бўлган (I гуруҳдаги беморларнинг 67,9%; II гуруҳдаги беморларнинг 11,3% ( $P_{1-2}<0,001$ ) ва 53,1% III гуруҳ беморларда ( $P_{1-3}> 0,05$ ), трамадолга қарам бўлганларда ҳажми (5-7 сўз) юқори бўлган (I гуруҳдаги беморларнинг 32,0 %; II гуруҳдаги беморларнинг 88,6% ( $P_{1-2}<0,001$ ) ва III гуруҳдаги беморларнинг 46,8% ешитиш узоқ муддатли хотира ҳажмининг кўрсаткичлари кўп боғлиқликка эга бўлган беморларда паст бўлган (I гуруҳдаги беморларнинг 8,9%; II гуруҳдаги беморларнинг 81,8% ( $P_{1-2}<0,001$ ) ва 37,5% III гуруҳдаги беморларнинг ( $P_{1-3} > 0,05$ ).



2-расм. Тадқиқотдаги гуруҳларда эслаб қолиш эгри чизиғи

Лурия А.Р. га кўра пиктограммалар усули. I ва III гуруҳларда ёдлашнинг паст самарадорлиги (I гуруҳдаги беморларнинг 79,2%; II гуруҳдаги беморларнинг 34,1% ( $P_{1-2} < 0,001$ ) ва III гуруҳдаги беморларнинг 78,2% ( $P_{1-3} > 0,05$ ). I гуруҳдаги беморлар учун МОСА тестининг ўртача кўрсаткичи  $21,4 \pm 2,42$ ; II гуруҳдаги беморлар учун  $24,5 \pm 1,15$  ( $P_{1-2} < 0,01$ ) ва III гуруҳдаги беморлар учун  $22,81 \pm 1,09$  ( $P_{1-3} > 0,05$ ). I ва III гуруҳ беморлари орасида МОСА тести ижро функцияларида катта қийинчиликларни кўрсатди ва кўпайиш кечикди, трамадолга қарам бўлган беморларда хотира заифлашди ва хотира ҳажми камайди.

Наша ишлатадиган беморларда ўртача когнитив касалликлар (I гуруҳ - 73,6%; II гуруҳ - 15,9%; III гуруҳ - 71,9% ( $P_{1-2} < 0,001$ ;  $P_{1-3} > 0,05$ ) ва трамадолга қарам бўлган беморларда енгил когнитив касалликлар) устун келди. (I гуруҳ - 26,4%; II гуруҳ - 61,4%; III гуруҳ - 28,1% ( $P_{1-2} < 0,001$ ;  $P_{1-3} > 0,05$ ). Когнитив бузилишларнинг оғирлиги билан поли ёки моно-қарамликнинг шаклланиш частотаси уланишнинг ўртача кучининг мавжудлиги ( $C=0,51$ ;  $P < 0,001$ ).

Олтинчи бобда «**Гашиш ва трамадолга полинаркоманияда даволаш-профилактика жараёнини оптималлаштириш**» полиқарамлик хавфини ҳар томонлама баҳолаш учун прогностик матрицани ишлаб чиқишни ва гашиш ва трамадолга полинаркоманияда даволаш-профилактика чораларини оптималлаштириш алгоритми ишлаб чиқилди.

Преморбид хавф омиллари ва клиник ва динамик хусусиятларнинг корреляцион таҳлили хашиш ва трамадолга қўшма боғлиқлик хавфини ҳар томонлама баҳолаш учун прогностик матрицани ишлаб чиқишга имкон берди (5-жадвал), бу мумкин бўлган хавф оралиғини ва пастки диапазонларини таъкидлади (6-жадвал). Шундай қилиб, сўнгги прогностик коэффициентларнинг чегара қийматлари ва патологиянинг пайдо бўлиши учун хавф гуруҳлари аниқланди.

**Гашиш ва трамадолга полинаркомания шаклланиш хавфини комплекс баҳолаш прогностик матрицаси**

Хавф омиллари	Омиллар градацияси	(г) интенсив кўрсаткич	М, нормаловчи кўрсаткич, 85 нафар учун	НИП	RR	Х, интеграллашган кўрсаткич	Min	Max
Преморбид шахс типи	Астеник	3,7	3,5	1,049	1,14	3,49	3,49	14,73
	Психастеник	14,8	14,1	1,049	1,14	3,49		
	Циклоид	1,9	4,7	0,394	3,05	9,30		
	Эпилептоид	11,1	9,4	1,181	1,02	3,10		
	Истерик	5,6	8,2	0,675	1,78	5,43		
	Нотурғун	11,1	44,7	0,249	4,83	14,73		
	Конформ	11,1	15,3	0,726	1,65	5,04		
Оила тури	Тўлик	31,5	34,1	0,923	1,30	4,51	3,02	12,02
	Нотўлик	20,4	58,8	0,346	3,47	12,02		
	Васийлик	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
Тарбия тури	Гипопротекция	27,8	61,2	0,454	2,64	6,98	3,02	6,98
	Доминациялашган гиперпротекция	5,6	8,2	0,675	1,78	4,70		
	Гиперпротекция	11,1	15,3	0,726	1,65	4,36		
	Эмоционал совуқлик	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
	Қаттиқ қўллик	3,7	4,7	0,787	1,52	4,03		
Биринчи эйфория чақирувчи модда каннабиноид	Ҳа	20,4	54,1	0,376	3,19	10,17	4,52	10,17
	Йўқ	38,9	45,9	0,848	1,42	4,52		
Каннабиноидларни биринчи қабул қилиш ёши	16 ёшгача	38,9	80,0	0,486	2,47	6,10	2,91	6,10
	16 ёшдан катта	20,4	20,0	1,019	1,18	2,91		
Биринчи қабул эффекти	Ёқимли кечинмалар	18,5	65,9	0,281	4,27	18,23	4,03	18,23
	Нохуш кечинмалар	38,9	30,6	1,271	0,94	4,03		
	Эслай олмайди	1,9	3,5	0,525	2,29	9,77		
Каннабисни эпизодик қабул қилиш давомийлиги	1 йилгача	13,0	45,9	0,283	4,25	18,05	5,86	18,05
	3 йилгача	38,9	44,7	0,870	1,38	5,86		
	3 йилдан кўп	7,4	9,4	0,787	1,52	6,48		

Мунтазам қабул қилиш давомийлиги	6 ойгача	20,4	55,3	0,368	3,26	10,62	4,50	10,62
	6 ойдан кўп	38,9	44,7	0,870	1,38	4,50		
Каннабиноидларга абстинент синдром шаклланиш муддати	1,5- 2 йил	11,1	48,2	0,230	5,21	27,14	5,96	27,14
	3-5 йил	40,7	44,7	0,911	1,32	6,86		
	5 йилдан кўп	7,4	7,1	1,049	1,14	5,96		
							∑37,3	∑124,0

## 6-жадвал

### Гашиш ва трамадолга полинаркомания хавфини башорат қилишнинг суб-диапазонлари ва индивидуал гуруҳлари қийматлари

Поддиапазон	Поддиапазон қиймати	Хавф гуруҳи
Паст эҳтимоллик	37,3÷53,7	Ижобий прогноз
Ўртача эҳтимоллик	53,8÷80,5	Дикқат
Юқори эҳтимоллик	80,6÷124,0	Нохуш прогноз

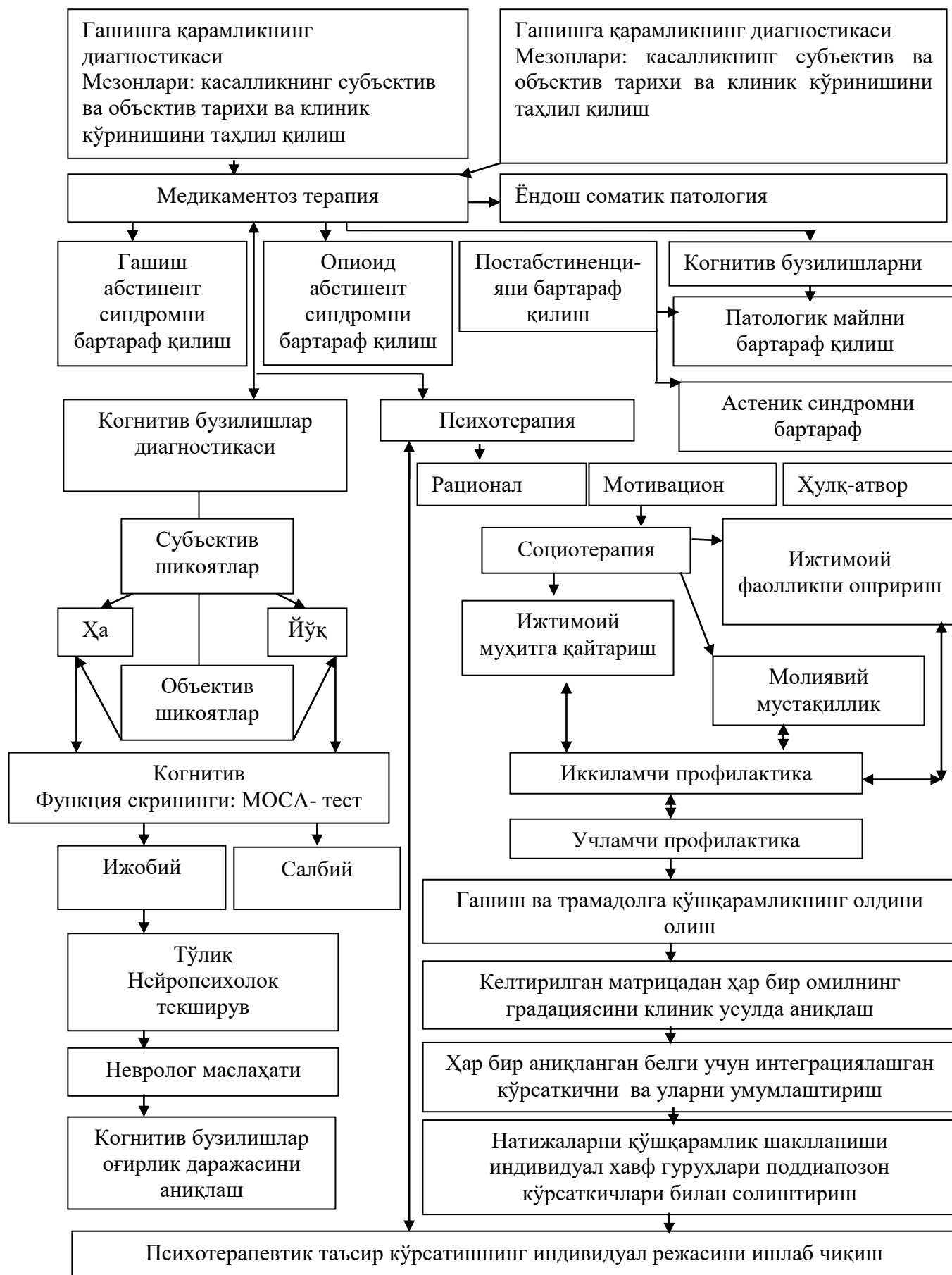
Е.Н. Шиган томонидан ўзгартирилган Т. Байс усули асосида тавсия этилган интеграл матрица оддий усулда, гашишга моноқарамлиги бўлган беморлар орасида, кўп даражага боғлиқлик хавфининг даражаси ҳар хил бўлган шахсларни ажратиш кўрсатишга имкон беради. Матрицани амбулатория шароитида ҳам, стационар шароитида ҳам индивидуал даволаш, реабилитация ва полинаркомания ривожланишининг олдини олишга қаратилган профилактика дастурларини ишлаб чиқишда қўллаш кўзда тутилган.

Рухий ва хулқ-атворнинг бузилиши мултифакториал касалликлардир. Биопсихосоциал ёндашув учта индивидуал омилларни бирлаштиришни талаб қилади: биологик, шахсий ва ижтимоий, бу битта бутун этиопатогенетик комплексни англатади. Биопсихосоциал омилларни билиш даволаш ва профилактика чораларининг индивидуал режасини тузишга, биологик, психологик ва ижтимоий даражага таъсир ўтказишга имкон беради.

Эҳтимоллар прогнозини аниқлагандан сўнг, шахсга йўналтирилган реконструктив психотерапияга имкон қадар яқин бўлган, когнитив, ҳиссий ва хулқ-атвор соҳаларига босқичма-босқич таъсир кўрсатадиган ўзига хос хусусиятга эга гуруҳ психотерапия дастурини ўтказиш керак. Тренинглар ахборот-диагностика ва даволаш-реконструктив йўналишлардан иборат. Натижада, индивидуал равишда ишлаб чиқилган дори-дармон, психотерапевтик ва ижтимоий таъсир хатти-ҳаракатларнинг янги мотивларини шакллантиришга қаратилган бўлиб, моно-қарамликнинг каннабиноидлардан полинаркоманияка ўтишига йўл қўймайди.

Тадқиқотнинг амалий натижаси даволаш-профилактика тадбирларини оптималлаштиришга қаратилган алгоритмни ишлаб чиқиш эди. Ушбу алгоритм биопсихосоциал ёндашув асосида индивидуал даволаш режасини ишлаб чиқишга имкон беради, бу максимал терапевтик натижага эришишга қаратилган даволаш, реабилитация ва профилактика тадбирларининг самарадорлигини таъминлайди.

## Гашиш ва трамадолни биргаликда истеъмол қилишда даволаш-профилактика жараёнини оптималлаштириш алгоритми



## ХУЛОСА

1. Кўпгина ҳолларда гашиш ва трамадолга полинаркомания шаклланишидан олдин каннабиноид моноқарамлик пайдо бўлади, унинг кечиши эпизодик гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш муддати қисқарганлиги, юқори даражадаги прогредиентлиги билан ажралиб туради, уни мунтазам равишда қабул қилишга тез ўтиш, патологик майл интенсивлигининг жадал ошиб бориши, патологик шахснинг ўзгариши ва клиник жиҳатдан ёрқин намоён бўлувчи абстинент синдром ривожланиши билан характерланади.

2. Трамадолга моноқарамликдан фарқли ўлароқ, гашиш ва трамадолни биргаликда қўллашнинг бошланғич босқичи эпизодик фойдаланишнинг узок даври ва опиоидга қарамлик синдромининг секинроқ шаклланиши билан ажралиб туради, шу билан бирга каннабиноид гуруҳига кирувчи дориларни афзал кўриш сақланиб қолади. Трамадолга бўлган патологик майл пайдо бўлгандан сўнг, клиник кўринишда опиатларга қарамлик синдромининг устунлиги ҳамда трамадол ва гашишни қўллашнинг даражаси билан опиоидга қарамлик томон кескин силжиш кузатилади. Трамадолга нисбатан толерантликнинг ошиши характерли бўлиб, гашишга нисбатан барқарор толерантлик сақланиб қолади.

3. Гашиш ва трамадолга полинаркоманияг шаклланишининг статистик жиҳатдан муҳим прогнозчилари нотурғун преморбид шахс типи, тўлиқ бўлмаган оилада гипопротекция тури бўйича тарбия, каннабиноидлар билан эрта ёшда танишиш, улардан ҳаётида биринчи психоактив моддалар сифатида фойдаланиш ва биринчи қабул қилиш пайтида яққол эйфория вужудга келиши кабилар киради.

4. Трамадолга моногиёҳвандликдан фарқли ўлароқ, гашиш ва трамадолни биргаликда қўллашда когнитив функцияларнинг бузилиши белгилари қисқа ва узок муддатли эшитиш хотирасининг заифлашиши, диққатни жамлаш қобилиятининг пасайиши, ақлий операциялар даражасининг пасайиши ва секинлашув шаклида ривожланади. Когнитив дисфункциялар каннабиноидларга қарамлик натижасида пайдо бўлиб, унинг клиникасида ўртача даражасига етади.

5. Гашиш ва трамадолга полинаркомания шаклланишининг эҳтимолий прогнози, гашиш фойдаланиш бошланишидан олдин, преморбид омиллар ва гашиш моногиёҳвандлигининг клиник хусусиятларини интеграл баҳолаш асосида амалга оширилиши мумкин. Шу билан бирга, асосий прогностик юк каннабиноидларни эпизодик ва мунтазам равишда қўллаш давомийлиги ва каннабиноид абстинет синдроми шаклланиш муддатига боғлиқ

6. Каннабиноидларни моноқўллашдан гашиш-трамадолга полинаркоманияга ўтиб кетишнинг олдини олишда биологик, психологик ва ижтимоий даражадаги чора-тадбирларни индивидуал танланган терапия, психотерапевтик ва ижтимоий омиллар комплекси шаклида қамраб олиши керак.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ЦЕНТРЕ  
РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

---

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**ХАЙРЕДИНОВА ИНАРА ИЛЬГИЗОВНА**

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,  
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СОЧЕТАННЫМ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЕМ  
ГАШИШЕМ И ТРАМАДОЛОМ**

**14.00.18 – Психиатрия и наркология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ – 2021**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2018.2.PhD/Tib678.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета [www.timre.uz](http://www.timre.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz).

**Научный руководитель:** Ашуров Зарифжон Шарифович  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:** Турсунходжаева Людмила Александровна  
доктор медицинских наук, профессор  
Абдуллаева Василя Каримбековна  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация:** Самаркандский государственный медицинский институт

Защита диссертации состоится «8» Июня 2021 г. в 10<sup>00</sup> часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019Tib.31.01 по присуждению ученых степеней при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников по адресу: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: [info@timre.uz](mailto:info@timre.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (зарегистрирована за №95). Адрес: 100007, Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51. Тел./Факс: (+99871) 268-17-44.

Автореферат диссертации разослан «23» Июня 2021 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года).



[Signature]  
Х.А. Акилов  
председатель Научного совета по  
присуждению ученых степеней, доктор  
медицинских наук, профессор

[Signature]  
Н.Н. Убайдуллаева  
ученый секретарь Научного совета по  
присуждению ученых степеней, доктор  
медицинских наук, доцент

[Signature]  
У.Х.Алимов  
председатель научного семинара при  
Научном совете по присуждению ученых  
степеней, доктор медицинских наук,  
профессор



## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности, в 2017 году примерно 271 миллион человек, или 5,5 % населения мира в возрасте от 15 до 64 лет, пробовали наркотики<sup>1</sup>. Каннабис, синтетические наркотики и немедицинское использование фармацевтических препаратов, отпускаемых по рецепту, продолжают оставаться широко употребляемыми запрещенными наркотиками, особенно среди лиц молодого возраста, что приводит к росту показателей смертности. Полинаркомания значительно увеличивает количество психических и поведенческих расстройств и требует улучшения медикаментозных методов лечения, поэтому снижение риска рецидива является одной из важнейших задач.

В мире особое внимание уделяется масштабным научным исследованиям по улучшению ранней диагностики, лечению и профилактике психических и поведенческих расстройств, вызванных сочетанным употреблением гашиша и трамадола. В связи с этим проводятся научные исследования для оптимизации критериев лечения: раннего предупреждения возможности формирования полинаркомании у лиц с мононаркоманией; выявления факторов риска формирования полинаркомании; оценки клинико-динамических особенностей развития. Особое значение имеет ранняя оценка вероятности развития психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного употребления гашиша и трамадола, а также разработка третичных профилактических мер.

В нашей стране проводятся широкомасштабные работы по кардинальному повышению качества оказываемых населению медицинских услуг и развитию системы здравоохранения. Отмечены такие задачи, как «... повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний, включая формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации...»<sup>2</sup>. Данные задачи с учетом клинико-динамических, социально-психологических и когнитивных характеристик пациента позволяют на ранней стадии выявить предрасположенность к полинаркомании на основе индивидуального подхода, предотвратить развитие рецидива заболевания и полизависимости, уменьшить количество полинаркомании среди населения и увеличить продолжительность жизни.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит реализации задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению

---

<sup>1</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2019.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан за № 5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», в Постановлении № ПП-4190 от 13 февраля 2019 года «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019–2025 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Настоящее исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан – VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** На сегодняшний день проводится ряд научных исследований по проблемам, связанным с мононаркоманией и полинаркоманией. Предикторами полинаркомании считают употребление алкоголя, открытость и несоответствие информации в Интернете, разнородное понимание термина «полинаркомания» с правовой и медицинской стороны (К. Kataja et al., 2018). Изучены факторы риска, предрасполагающие формированию полизависимости: гендерные, этнические и расовые принадлежности (S.M. Snyder, R.E. Smith; 2014; T.D. Gilreath et al., 2015), доступность (D. McVicar, 2011), наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями, раннее знакомство с сигаретами и алкоголем, преморбидные личностные девиации, асоциальная микросреда (М.Л. Аграновский, 2014; З.Ш. Ашуров, 2016), низкая успеваемость в школе (John et al., 2018). Большое внимание уделено вопросу жестокого обращения с детьми (E.A. Evans et al., 2017; M. Yang et al., 2018) и посттравматическому стрессовому расстройству (K.R. Peck et al., 2018; A.N. Hassan, B. LeFoll, 2019), что вызывает высокий риск развития полинаркомании. Выявлены клинико-динамические особенности сочетанного употребления разных психоактивных веществ (М.Л. Рохлина и соавт., 2016; В.М. Ялтонский, 2017). Развитие когнитивных нарушений в результате одновременного приема гашиша и трамадола – полинаркомании, негативно влияет на процесс лечения (M.M. Bassiony et al., 2017; A. Verdejo-Garcia et al., 2019). Весьма хорошо освещены традиционные и инновационные инструменты профилактики (Л.А. Турсунходжаева и соавт., 2014; Ф.Ш. Бахрамов, 2017).

В Республике Узбекистан проводились комплексные исследования по изучению распространения и формирования наркомании (Ф.Ш. Бахрамов; 2018), клинико-иммунологических особенностей на разных стадиях зависимости (Ш.Ш. Султанов; 2018), преморбидных особенностей личности (З.Ш. Ашуров; 2016) и их комплексного лечения (В.К. Абдуллаева; 2017).

В мире проводится ряд научных исследований по лечению и профилактике психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного использования гашиша и трамадола. В частности, большое практическое значение имеет оптимизация дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий, позволяющая на ранней стадии выявлять пациентов с психическими и поведенческими расстройствами и риск их развития и трансформации в полинаркоманию.

**Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами, выполненными в высшем образовательном учреждении, в котором выполнена работа.** Диссертационное исследование выполнено по плану научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии по теме «Влияние различных факторов к формированию зависимости к психоактивным веществам лиц различного возраста и совершенствование методов лечения по выявленным факторам» (2015–2018 гг.).

**Цель исследования** – изучение закономерностей формирования и клинико-динамических особенностей психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного употребления гашиша и трамадола, разработка принципов оптимизации лечебно-профилактической помощи.

**Задачи исследования:**

выявить клинико-динамические закономерности формирования зависимости от сочетанного употребления гашиша и трамадола;

определить значимые преморбидные социальные, биологические и личностно-психологические факторы, предрасполагающие формированию сочетанной зависимости от гашиша и трамадола;

изучить когнитивные дисфункции в результате сочетанного употребления гашиша и трамадола;

оптимизировать лечебно-профилактические мероприятия по предупреждению формирования сочетанной зависимости от гашиша и трамадола.

**Объектом исследования** явились 53 больных в возрасте 20–45 лет с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола, а также 44 больных с опийной мононаркоманией, 32 больных с гашишной мононаркоманией в контрольной группе, проходивших стационарное лечение в Республиканском наркологическом центре с 2015 по 2019 гг.

**Предметом исследования** были клинико-катамнестические, клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности лиц с полизависимостью.

**Методы исследования.** Для выполнения задач и достижения цели исследования были использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический (сокращенный многофакторный опросник, Монреальская шкала оценки когнитивных функций) и статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

выявлены клинико-динамические особенности зависимости от гашиша и трамадола, клинико-синдромальный полиморфизм и их взаимодействие;

определены прогностические критерии биологических, социально-психологических факторов, влияющих на патохарактерологическое развитие лиц с высоким риском полинаркомании;

выявлено умеренное ухудшение и замедление когнитивной дисфункции у лиц с полизависимостью от гашиша и трамадола;

на основе биопсихосоциальной модели течения и формирования психических и поведенческих расстройств оптимизированы дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия полинаркомании.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

на основе вероятностного прогнозирования разработана матрица интегральной оценки факторов риска развития сочетанной зависимости от гашиша и трамадола;

определены значения прогностических коэффициентов для каждого признака, входящего в комплекс прогностически значимых факторов;

усовершенствован метод групповой психотерапии, максимально приближенной к личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии, с поэтапным воздействием на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы, что позволяет формировать новые мотивы поведения, предотвращать переход монозависимости от каннабиноидов в полизависимость;

на основе биопсихосоциального подхода разработан алгоритм по оптимизации лечебно-профилактического процесса при сочетанном злоупотреблении гашиша и трамадола.

**Достоверность результатов исследования** основана на теоретических подходах и использованных в исследовании методах, методологической точности исследования, адекватном отборе материала, достаточном количестве пациентов, своевременности используемых методов, клинико-катамнестических, клинико-психопатологических, клинико-психологических и статистических методах, дополняющих друг друга, и сравнении международного и местного опыта при оценке специфических особенностей клинической и дифференциальной диагностики психических и поведенческих расстройств, возникающих в результате сопутствующего злоупотребления трамадолом, причем заключение основывается на подтверждении результатов компетентными органами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научное значение результатов исследования заключается в том, что они позволили повысить точность и своевременность диагностики психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного употребления гашиша и трамадола, выделенный комплекс преморбидных биологических и социально-психологических факторов, влияющих на формирование полизависимости, обеспечили эффективность лечебно-профилактических мероприятий с ориентацией на достижение максимального терапевтического результата.

Интегральная матрица прогностической оценки формирования полизависимости у больных с монозависимостью от гашиша позволила реализовать индивидуальный подход в отношении каждого больного с участием мультидисциплинарных специалистов. Предложенный алгоритм по оптимизации лечебно-профилактических мероприятий позволил разработать индивидуальный план лечения с учетом клинико-динамических, социально-психологических и когнитивных особенностей больного, направленный на предупреждение развития рецидива заболевания и перехода в полизависимость.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных научных результатов по особенностям клиники и дифференциальной диагностики

психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного употребления гашиша и трамадола:

на основе научных результатов для определения факторов развития и клинических и динамических особенностей психических и поведенческих расстройств, вызванных комбинированным употреблением гашиша и трамадола, разработана методическая рекомендация «Алгоритм профилактики употребления наркотиков типа гашиша и трамадола среди лиц молодого возраста» (Заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8 н-д/84 от 1 июля 2020 года). Данная рекомендация позволила несложным способом выявлять лиц, предрасполагающих формированию сочетанной зависимости от гашиша и трамадола, оптимизировать профилактические мероприятия;

результаты научных исследований психических и поведенческих расстройств, обусловленных сочетанным употреблением гашиша и трамадола, внедрены в практику здравоохранения, в частности в практику Чирчикского городского медицинского объединения и Андижанского областного психоневрологического диспансера (Заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8 н-з/84 от 15 февраля 2021 года). Внедрение позволило ориентировать врачей-наркологов на оказание дифференцированной лечебно-профилактической помощи, направленной на предупреждение формирования полизависимости и развития рецидива заболевания.

**Апробация результатов исследования.** Основные концепции диссертации были обсуждены на 5 научно-практических конференциях, в том числе 2 республиканских и 3 зарубежных.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 6 статей, в том числе 4 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, списка использованной литературы и приложения. Объём диссертации составляет 116 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновываются актуальность и востребованность исследования, сформулированы цель и задачи, определены предмет и объект исследования; обосновано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, а также изложены научная новизна и практическая значимость результатов исследования, приведены сведения о внедрении в практику полученных результатов, опубликованности результатов исследования и данные о структуре диссертации.

**В первой главе** диссертации «**Особенности формирования сочетанной зависимости**» приведен анализ современной отечественной и зарубежной научной литературы по изучаемой проблеме. Обзор литературы, состоящий из пяти подглав, посвящен современным тенденциям употребления наркотических средств в мире, основным дискуссионным вопросам полизависимости, а также вопросам терапии и профилактики, анализ которых доказывает необходимость продолжения научных исследований.

**Во второй главе** «**Материалы и методы исследования психических и поведенческих расстройств, обусловленных сочетанным злоупотреблением гашишем и трамадолом**» включают данные по общей характеристике обследованных больных, а также сведения об использованных методах исследования. Объектом исследования явились 129 больных мужского пола, проходивших стационарное лечение по поводу наркозависимости в Республиканском наркологическом центре с 2015 по 2019 гг. Все 129 больных были разделены на 3 группы: **I группа** (основная группа) – 41,1% больных (n=53) с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола; **II группа** (группа сравнения) – 34,1% больных (n=44) с зависимостью от опиоидов, злоупотребляющих трамадолом без назначения врача с целью достижения эйфории, которые не употребляли до приёма трамадола других опиоидов; **III группа** (группа сравнения) – 24,8% больных (n=32) с зависимостью от каннабиноидов.

Критериями для включения в исследование явились клинически верифицированные по МКБ-10 диагнозы: F19.2 – психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением опиоидов и каннабиноидов. Синдром зависимости от гашиша и трамадола; F11.2 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости от трамадола; F12.2 – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Синдром зависимости от гашиша. Критериями для исключения из исследования явилась коморбидная психическая патология, требующая динамического наблюдения в психиатрическом учреждении. В I и III группах исключали больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов.

Наряду с клиническим методом для проведения оценки особенностей личности применили психологический тест СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) – сокращенная форма ММРІ в адаптации Л.Н. Собчик, В.П. Зайцева (2004). Для определения влияния

сочетанного употребления гашиша и трамадола на когнитивные функции использовали метод запоминания 10 слов по А.Р. Лурия (2006), метод «пиктограмм» по А.Р. Лурия (2019) и комплексный тест Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (МОСА тест) (1996).

Выявленные при исследовании данные были статистически обработаны на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2016, с использованием встроенных функций статистической обработки. Для изучения наличия взаимосвязи между несколькими случайными величинами проводился корреляционный анализ с использованием метода четырехпольных таблиц (хи-квадрат). Для выявления силы связи между воздействием фактора и заболеванием был вычислен коэффициент сопряженности Пирсона (С).

Возраст обследованных составил от 20 до 45 лет. Средний возраст  $30,5 \pm 6,16$  года. Большинство (71,3%) больных были в возрасте 24–38 лет, диапазон 20–23 года (13,1%) и диапазон 39–45 лет (15,5%) были минимально распределены (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в группах по возрасту

Возраст, лет	Общее количество, n=129					
	I группа (n=53)		II группа (n=44)		III группа (n=32)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20–23	7	13,2	6	13,6	4	12,5
24–27	15	28,3	14	31,8	6	18,7
28–33	12	22,6	8	18,1	9	28,1
34–38	10	18,8	11	25,0	7	21,8
39–45	9	16,9	5	11,3	6	18,7

Примечание. Различия относительно данных группы II и III незначимы ( $P > 0,05$ )

Средний возраст больных в I группе составил  $31,1 \pm 7,0$  лет; во II группе –  $30,06 \pm 6,7$  года; в III группе –  $31,6 \pm 7,1$  года ( $P_{1-2; 1-3} > 0,05$ ).

Длительность заболевания у обследованных колебалась от 1 года до 8 лет.

В третьей главе диссертации «**Изучение влияния преморбидных биологических, психологических и социальных факторов, предрасполагающих формированию сочетанной зависимости от гашиша и трамадола**» исследование указанных факторов, предрасполагающих формированию сочетанной зависимости от гашиша и трамадола, выявило ряд сходств и различий.

Вероятность формирования полизависимости возрастало при раннем знакомстве с каннабиноидами до 16 лет. В 14 лет (20,8% больных I группы; 15,9% больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 12,5% больных III группы), в 15 лет (26,4% больных I группы; 11,4% больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 18,7% больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ) и в 16 лет (32,1% больных I группы; 15,9%

больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 31,3 % больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ). В возрасте 18 лет встречалось среди больных с монозависимостью от каннабиноидов 12,5% ( $P_{1-3} < 0,01$ ); ( $C=0,53$ ;  $P < 0,001$ ). Употребление каннабиноидов в качестве первого эйфоризирующего вещества было выше среди больных с полизависимостью (66,0% больных I группы; 13,6% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 34,3% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,01$ ), у больных с гашишной наркоманией в качестве первого эйфоризирующего вещества выступал алкоголь (34,0% больных I группы; 45,4% больных II группы ( $P_{1-2} > 0,05$ ) и 65,6% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,01$ ). У 40,9% больных с трамадоловой зависимостью первым эйфоризирующим веществом был трамадол ( $P_{1-2} < 0,001$ ); ( $C=0,41$ ;  $P < 0,001$ ) (табл. 2).

**Таблица 2**

**Распределение больных в зависимости от первого эйфоризирующего вещества**

Первое эйфоризирующее вещество	I группа (n=53)		II группа (n=44)		III группа (n=32)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкоголь	18	34,0	20	45,5	21	65,6^^
Каннабиноиды	35	66,0	6	13,6***	11	34,4^^
Трамадол	0	0	18	40,9***	0	0
Всего	53	100,0	44	100,0	32	100,0

Примечание: \* – различия относительно данных II группы значимы; \*\*\* –  $P < 0,001$ ; ^ – различия относительно данных III группы значимы; ^^ –  $P < 0,01$

Сочетанная зависимость чаще формировалась у лиц с неустойчивыми чертами характера, для которых «слабым звеном» были выраженная тяга к развлечениям, желание остаться без родительского контроля, стремление к безделью, молниеносное подчинение влиянию другого человека, получение немедленного эффекта (60,4% больных I группы; 29,5% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,01$ ) и 18,7% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,33$ ), дефекты воспитания по типу гипопротекции, проявляющейся безнадзорностью, недостатком контроля за поведением ребенка, недостатком внимания и интереса родителей к ребёнку (69,8% больных I группы; 31,8% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 46,8% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,05$ ); ( $C=0,34$ ;  $P < 0,001$ ) и воспитание в неполноценной семье (73,6% больных I группы; 38,6% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 34,3% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,34$ ;  $P < 0,001$ ).

Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями ( $C=0,09$ ), наличие или отсутствие анте-, интра-, перинатальной патологии ( $C=0,09$ ), черепно-мозговой травмы ( $C=0,22$ ), наличие и формы девиантного поведения ( $C=0,26$ ), возраст начала табакокурения ( $C=0,26$ ) и ранний возраст употребления алкоголя ( $C=0,17$ ) не влияли на формирование полизависимости.



Вероятность формирования полизависимости возрастает при раннем знакомстве с каннабиноидами ( $C=0,53$ ) и употреблении их в качестве первого эйфоризирующего вещества ( $C=0,41$ ) у лиц с неустойчивыми чертами характера ( $C=0,33$ ), дефектами воспитания по типу гипопротекции ( $C=0,34$ ) и при неполноценной семье ( $C=0,34$ ).

**В четвертой главе диссертации «Клинико-динамические особенности сочетанного употребления гашиша и трамадола»** представлены результаты анализа формирования и течения зависимости от сочетанного злоупотребления гашишем и трамадолом.

Во всех наблюдаемых случаях сочетанная зависимость от гашиша и трамадола формировалась на фоне каннабиноидной наркомании. Гашишная наркомания у больных с полизависимостью отличалась быстрым прогрессивным течением по сравнению с монозависимостью. Свидетельство тому – короткие сроки формирования основных наркоманических синдромов, краткость длительности всех этапов формирования зависимости и их клиническая завершенность.

Первый приём каннабиса характеризовался возникновением выраженной эйфории (86,8% больных I группы; 31,3% больных III группы ( $P_{1-3}<0,001$ ), тогда как у больных с монозависимостью преобладали защитные реакции в виде физической слабости, тошноты, рвоты, головной боли, головокружения, тахикардии, затруднения дыхания, сухости во рту (9,4% больных I группы; 65,6% больных III группы ( $P_{1-3}<0,001$ ); ( $C=0,48$ ;  $P<0,001$ ). Длительность эпизодического этапа не превышала года (60,4% больных I группы; 21,9% больных III группы ( $P_{1-3}<0,01$ ), в то время как в группе монозависимых чаще эпизодический этап увеличивался до 3 лет (32,1% больных I группы; 65,6% больных III группы ( $P_{1-3}<0,01$ ); ( $C=0,35$ ;  $p<0,001$ ). Эпизодический этап носил групповой характер с переходом в регулярный паттерн приема каннабиса. В подавляющем большинстве случаев длительность регулярного приёма каннабиса в основной группе была до 6 месяцев (от 2 месяцев до 6 месяцев 67,9% больных I группы; 34,4% больных III группы ( $P_{1-3}<0,01$ ), в группе сравнения больше 6 месяцев (32,1% больных I группы; 65,6% больных III группы ( $P_{1-3}<0,01$ ); ( $C=0,31$ ;  $p<0,01$ ).

При сравнении структуры влечения к каннабиноидам среди больных с поли- и монозависимостью были выявлены различия по представленности и интенсивности признаков патологического влечения (табл. 3). Идеаторный компонент с преобладанием наличия «борьбы мотивов» (20,8% больных I группы; 71,8% больных III группы ( $P_{1-3}<0,001$ ) был характерен для больных с монозависимостью, которые при беседе могли осуждать себя за пагубность, поддерживали темы про здоровый образ жизни, вред наркотиков, имели формальную критику своего поведения. Для больных с полизависимостью была характерна выраженность аффективных, поведенческих и вегетативных признаков ( $C=0,37$ ;  $P<0,001$ ). С уменьшением продолжительности и насыщенности эйфории в интоксикации отмечалась потребность в увеличении частоты и числа папирос, глубины затяжек. Наблюдался рост толерантности к каннабиноидам, который носил неосознанный характер.

Таблица 3

## Оценка представленности патологического влечения к каннабиноидам

Компонент патологического влечения	I группа (n=53)		III группа (n=32)		P
	абс.	%	абс.	%	
Борьба мотивов	11	20,8	23	71,8	P<0,001
Эмоциональная лабильность	7	13,2	21	65,6	P<0,001
Пониженный фон настроения	44	83,0	24	75,0	P>0,05
Дисфория	17	32,1	5	15,6	P<0,05
Тревога	39	73,5	14	43,7	P<0,05
Внутренняя напряженность	36	67,9	12	37,5	P<0,05
Конфликтность	34	64,2	10	31,2	P<0,01
Сновидения наркотической тематики	46	86,8	13	40,6	P<0,001
Мимическое оживление	40	75,4	18	56,2	P<0,05
Сухость во рту	37	69,8	11	34,3	P<0,01

Нарастание интенсивности патологического влечения влекло за собой формирование гашишного абстинентного синдрома, который характеризовался краткостью формирования в течение 1,5–2 лет от начала заболевания (66% больных I группы; 18,7% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ), в группе сравнения в течение 3–5 лет (30,1% больных I группы; 68,7% больных III группы ( $P_{1-3} < 0,001$ ); ( $C=0,42$ ;  $p < 0,001$ ). Абстинентный синдром у больных с полизависимостью был представлен в основном астенодепрессивной симптоматикой, ипохондрическими жалобами, негативизм, сенестопатическими ощущениями в виде сжимания и сдавления в области груди и головы. У больных с гашишной наркоманией – астенический симптомокомплекс с явлениями эмоциональной лабильности, раздражительности, повышенной утомляемости, нарушениями сна, связанными с засыпанием.

Нарастание аффективного, вегетативного и поведенческого компонентов патологически влекло к развитию компульсивности – деятельность была направлена на поиск ПАВ. Завершенности компульсивного влечения в группе сравнения не было. Изменялась картина состояния опьянения – ослабление первоначального эйфоризирующего эффекта каннабиноидов с преобладанием стимулирующего эффекта, сокращением времени с 3–4 часов до 1 часа. Прогрессирование заболевания влекло за собой и изменение личности по астеноипохондрическому типу, шизоидному типу и эксплозивному типу.

Формирование опийной наркомании у больных с полизависимостью имело ряд отличий по сравнению с группой монозависимых от опиоидов.

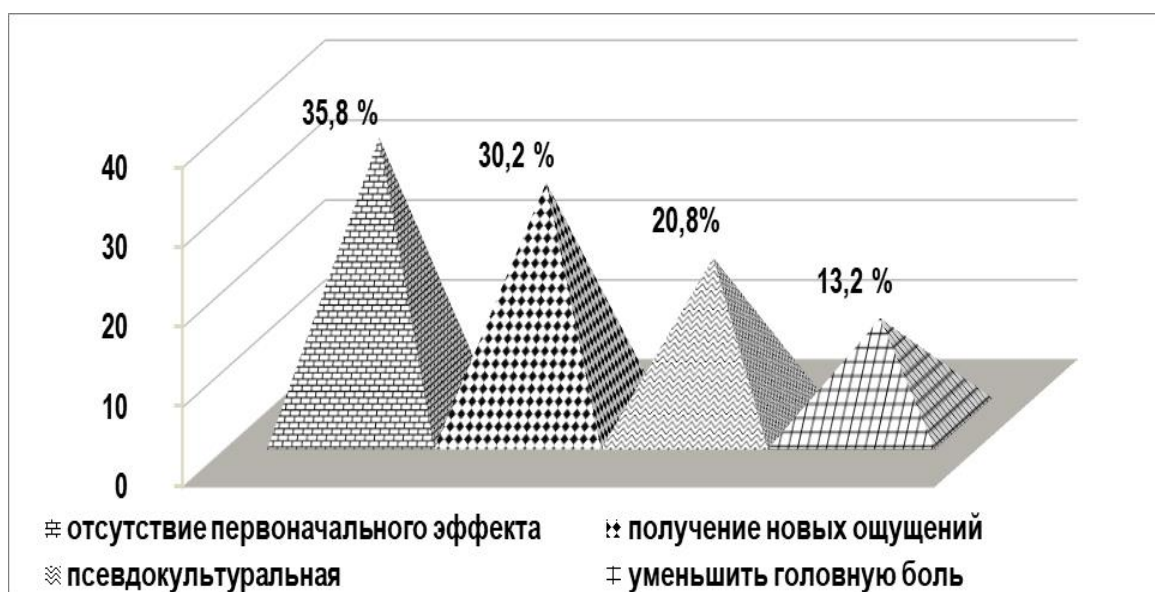


Рис. 1. Распределение больных по мотивам перехода к полинаркотизму

Первый приём трамадола был связан с влиянием ситуационных факторов и происходил в 88,6% случаев в компании «друзей» и только в 11,4% в социальных сетях и Интернет-данных.

Ситуационными факторами приобщения к трамадолу среди больных II группы, которые ранее не злоупотребляли другими ПАВ, были сексуальные (улучшение сексуальной активности и удовлетворённости, продление времени полового акта, в качестве лечения преждевременной эякуляции) – 34,1%; психические (повышение настроения, умственной активности, самовыраженности, стрессоустойчивости) – 29,5%; физические (повышение физической активности, снятие симптомов усталости и разбитости) – 20,5%; и экономические (доступность цены и мест приобретения) – 15,9 %.

Реакция на первые приемы трамадола у больных с полизависимостью чаще носила характер умеренно выраженной эйфории. Опьянение было представлено отсутствием 1-й фазы и укорочением 2 и 3-й фазы наркотического опьянения, субъективно ярких приятных ощущений не возникало. У больных с монозависимостью от трамадола 1-я фаза переходила в состояние двигательного и психического возбуждения. Наркотическое опьянение сопровождалось развязностью, повышенной жестикуляцией, тахифренией. Для больных с монозависимостью от трамадола было характерно крайне высокое эмпатийное состояние, которое характеризовалось повышенной эмоциональной восприимчивостью, отзывчивостью, сопереживанием, большим желанием прийти на помощь окружающим и даже неприятелям, отпущением старых обид и старанием построить дружеские отношения (45,2% больных I группы; 90,9% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ )).

Длительность эпизодического приема трамадола коррелировала с ранним злоупотреблением каннабиноидами, при наличии зависимости эпизодический период был длиннее, при отсутствии был краток. Средняя продолжительность эпизодического употребления трамадола у больных с полизависимостью –  $3,60 \pm 0,82$  месяца, а у больных II группы –  $2,52 \pm 0,51$  месяца с незаметным

переходом на систематический приём. Корреляция формирования длительного или краткого эпизодического периода с наличием или отсутствием зависимости от другого ПАВ оказалась средней по силе связи ( $C=0,47$ ;  $P<0,001$ ). Более длительный эпизодический период был связан, по нашему мнению, с предпочтением исходной формы полинаркомании.

При сравнении больных с полизависимостью и мононаркоманией по структуре влечения к трамадолу было выявлено, что признаки патологического влечения достаточно сходны, однако имелись и расхождения (табл. 4).

**Таблица 4**

**Оценка представленности патологического влечения к трамадолу**

Компонент патологического влечения	I группа (n=53)		II группа (n=44)		P <sub>1-2</sub>
	абс.	%	абс.	%	
Борьба мотивов	4	7,5	8	18,2	<0,001
Дисфория	19	35,8	16	36,4	>0,05
Тревога	39	84,9	36	81,8	>0,05
Внутренняя напряженность	43	81,1	32	72,7	>0,05
Конфликтность	37	69,8	34	77,3	>0,05
Агрессивность	32	60,3	35	79,5	>0,05
Сновидения наркотической тематики	46	86,8	21	47,7	<0,01

На начальном этапе формирования зависимости к трамадолу в структуре патологического влечения к опиоидам среди больных с монозависимостью преобладал идеаторный компонент. Отрицательные мысли о трамадоле – финансовые проблемы, проблемы со здоровьем в 18,2% присутствовали среди больных с трамадоловой зависимостью. Обращает внимание появление агрессивности, направленной на членов семьи в виде негативных словесных реакций – угроз, сарказма, проклятий, косвенной и вербальной агрессии, подозрительности. Этот показатель был выше среди больных с монозависимостью от трамадола, но статистически не значим (60,3% больных I группы; 79,5% больных II группы ( $P_{1-2} >0,05$ )). Сновидения наркотической тематики по-прежнему были выше среди больных с полизависимостью (86,8% больных I группы; 47,7% больных II группы ( $P_{1-2} <0,01$ )).

Синдром психической зависимости формировался в течение  $3,38 \pm 0,57$  месяца, в группе сравнения –  $4,09 \pm 0,86$  месяца. На фоне растущей толерантности к трамадолу у больных с полизависимостью снижалась частота употребления гашиша при сохранении стабильной толерантности к нему. Влечение к каннабиноидам было неосознанное и проявлялось желанием улучшить интеллектуальные возможности.

С присоединением зависимости от трамадола формировался сочетанный паттерн употребления каннабиса и трамадола. Вслед за приёмом трамадола

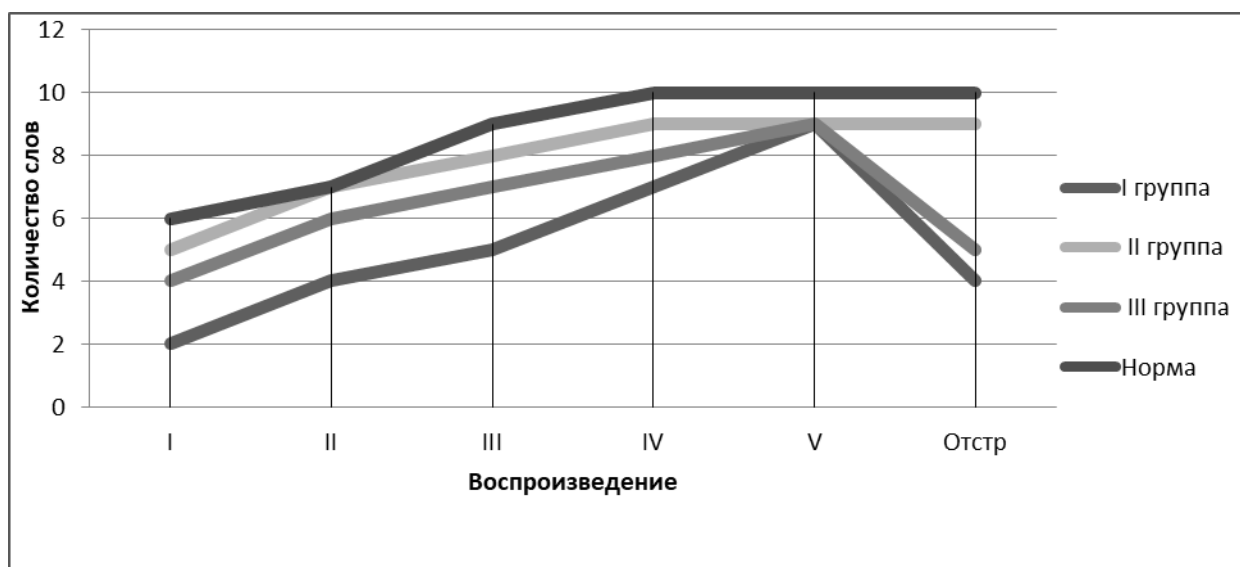
больные выкуривали по 1-2 папиресе с целью потенцирования эйфории, ускорения мыслительных процессов, тем самым немного менялась картина опьянения и обуславливала положительность сочетанного приёма.

Трамадоловый абстинентный синдром развивался через 1-2 дня после приема последней дозы и достигал пика на третий день. Симптомы отмены трамадола среди исследуемых были объективно менее выраженными, чем симптомы, возникающие при приеме других опиоидов, и субъективно тяжелее. В клинике сочетанной зависимости стали доминировать проявления опийного абстинентного синдрома. Острый период абстинентного синдрома у больных с полизависимостью был длительным, 11–12 дней (58,5% больных I группы; 36,4% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,05$ ), а также остаточные явления в виде чувства внутреннего напряжения, беспокойства, немотивированной раздражительности, конфликтности, тревожности, агрессивности наблюдались в течение 21–24 дней (69,8% больных I группы; 45,5% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,05$ ). При монозависимости острый период был краток, в течение 8–10 дней (41,5% больных I группы; 63,6% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,05$ ), а период остаточных явлений 15–20 дней (30,2% больных I группы; 54,5% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,05$ ).

Изменения личности характеризовались грубостью, повышенной агрессией, эксплозивностью, лживостью, черствостью к близким, снижением волевой активности. Вместе с тем наблюдались и недементные когнитивные нарушения, описанные в пятой главе **«Когнитивные расстройства у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола»**.

Основным источником когнитивных дисфункций при сочетанном злоупотреблении трамадолом явилась каннабиноидная группа. При сочетанном употреблении и моноупотреблении гашиша наблюдаются нарушения всех мнестических процессов: фиксация, ретенция и репродукция, с большей выраженностью при полизависимости (рис. 2). Малый объем (2–4 слова) слуховой кратковременной памяти был выше среди больных с полизависимостью (67,9% больных I группы; 11,3% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 53,1% больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ), объем (5–7 слов) был выше у больных с трамадоловой зависимостью (32% больных I группы; 88,6% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 46,8% больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ). Показатели объема слуховой долговременной памяти были ниже у больных с полизависимостью (8,9% больных I группы; 81,8% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 37,5% больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ).

Метод пиктограмм по А.Р. Лурия также продемонстрировал низкую продуктивность запоминания в I и III группах (79,2% больных I группы; 34,1% больных II группы ( $P_{1-2} < 0,001$ ) и 78,2% больных III группы ( $P_{1-3} > 0,05$ ). Средний балл МОСА теста для больных I группы составил  $21,4 \pm 2,42$ , для больных II группы  $24,5 \pm 1,15$  ( $P_{1-2} < 0,01$ ) и больных III группы  $22,81 \pm 1,09$  ( $P_{1-3} > 0,05$ ). Среди больных I и III группы МОСА тест показал большие затруднения в исполнительных функциях и отсроченном воспроизведении, у больных с трамадоловой зависимостью – ослабление памяти и снижение объема запоминания.



**Рис. 2. Кривые запоминания в исследуемых группах и в норме**

Среди больных, употребляющих каннабис, преобладали умеренные когнитивные расстройства (I группа – 73,6%; II группа – 15,9%; III группа – 71,9% ( $P_{1-2} < 0,001$ ;  $P_{1-3} > 0,05$ ), а среди больных с трамадоловой зависимостью – легкие когнитивные расстройства (I группа – 26,4%; II группа – 61,4%; III группа – 28,1% ( $P_{1-2} < 0,001$ ;  $P_{1-3} > 0,05$ ). Изучение корреляции частоты формирования поли- или монозависимости со степенью тяжести когнитивных расстройств обнаружило наличие средней силы связи ( $C=0,51$ ;  $P < 0,001$ ).

**В шестой главе «Оптимизация лечебно-профилактического процесса при сочетанной зависимости от гашиша и трамадола»** представлены разработка прогностической матрицы комплексной оценки риска формирования полизависимости и алгоритм оптимизации лечебно-профилактической помощи при сочетанной зависимости от гашиша и трамадола.

Корреляционный анализ преморбидных факторов риска и клинико-динамических особенностей позволил разработать прогностическую матрицу для комплексной оценки риска возникновения сочетанной зависимости от гашиша и трамадола (табл. 5) с выделением возможного диапазона риска, а также поддиапазоны (табл. 6), тем самым определились пороговые значения итоговых прогностических коэффициентов и группы риска возникновения патологии.

Предлагаемая интегральная матрица на основе метода Т. Байса в модификации Е.Н. Шигана позволяет несложным способом выделить среди больных с монозависимостью от гашиша лиц с различной степенью риска формирования полизависимости. Предусматривается использование матрицы как в амбулаторных, так и в стационарных условиях при разработке индивидуальных лечебно-реабилитационных и профилактических программ, направленных на профилактику развития полизависимости.

Таблица 5

**Прогностическая матрица для комплексной оценки риска формирования  
сочетанной зависимости от гашиша и трамадола**

Фактор риска	Градация факторов	г, интенсивный показатель	М, нормирующий показатель на 85 лиц	НИП	RR	Х, интегрированный показатель	Min	Max
Преморбидный тип личности	Астенический	3,7	3,5	1,049	1,14	3,49	3,49	14,73
	Психастенический	14,8	14,1	1,049	1,14	3,49		
	Циклоидный	1,9	4,7	0,394	3,05	9,30		
	Эпилептоидный	11,1	9,4	1,181	1,02	3,10		
	Истерический	5,6	8,2	0,675	1,78	5,43		
	Неустойчивый	11,1	44,7	0,249	4,83	14,73		
	Конформный	11,1	15,3	0,726	1,65	5,04		
Вид семьи	Полноценная	31,5	34,1	0,923	1,30	4,51	3,02	12,02
	Неполноценная	20,4	58,8	0,346	3,47	12,02		
	Опекунство	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
Вид воспитания	Гипопротекция	27,8	61,2	0,454	2,64	6,98	3,02	6,98
	Доминирующая гиперпротекция	5,6	8,2	0,675	1,78	4,70		
	Потворствующая гиперпротекция	11,1	15,3	0,726	1,65	4,36		
	Эмоциональная отверженность	7,4	7,1	1,049	1,14	3,02		
	Жестокие взаимоотношения	3,7	4,7	0,787	1,52	4,03		
Первое эйфоризирующее вещество – каннабиноиды	Да	20,4	54,1	0,376	3,19	10,17	4,52	10,17
	Нет	38,9	45,9	0,848	1,42	4,52		
Возраст первого употребления каннабиноидов	До 16 лет	38,9	80,0	0,486	2,47	6,10	2,91	6,10
	Старше 16 лет	20,4	20,0	1,019	1,18	2,91		
Эффект первого приема	Приятные переживания	18,5	65,9	0,281	4,27	18,23	4,03	18,23
	Неприятные ощущения	38,9	30,6	1,271	0,94	4,03		
	Не помнят	1,9	3,5	0,525	2,29	9,77		
Длительность эпизодического употребления каннабиса	До 1 года	13,0	45,9	0,283	4,25	18,05	5,86	18,05
	До 3 лет	38,9	44,7	0,870	1,38	5,86		
	Больше 3 лет	7,4	9,4	0,787	1,52	6,48		

Длительность регулярного употребления каннабиса	До 6 мес.	20,4	55,3	0,368	3,26	10,62	4,50	10,62
	Более 6 мес.	38,9	44,7	0,870	1,38	4,50		
Становление абстинентного синдрома от каннабиноидов	1,5–2 года	11,1	48,2	0,230	5,21	27,14	5,96	27,14
	3–5 лет	40,7	44,7	0,911	1,32	6,86		
	Более 5 лет	7,4	7,1	1,049	1,14	5,96		
							∑37,3	∑124,0

**Таблица 6**

**Значения поддиапазонов и группы индивидуального прогноза риска возникновения сочетанной зависимости от гашиша и трамадола**

Поддиапазон	Размер поддиапазона	Группа риска
Слабая вероятность	37,3÷53,7	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность	53,8÷80,5	Внимание
Высокая вероятность	80,6÷124,0	Неблагоприятный прогноз

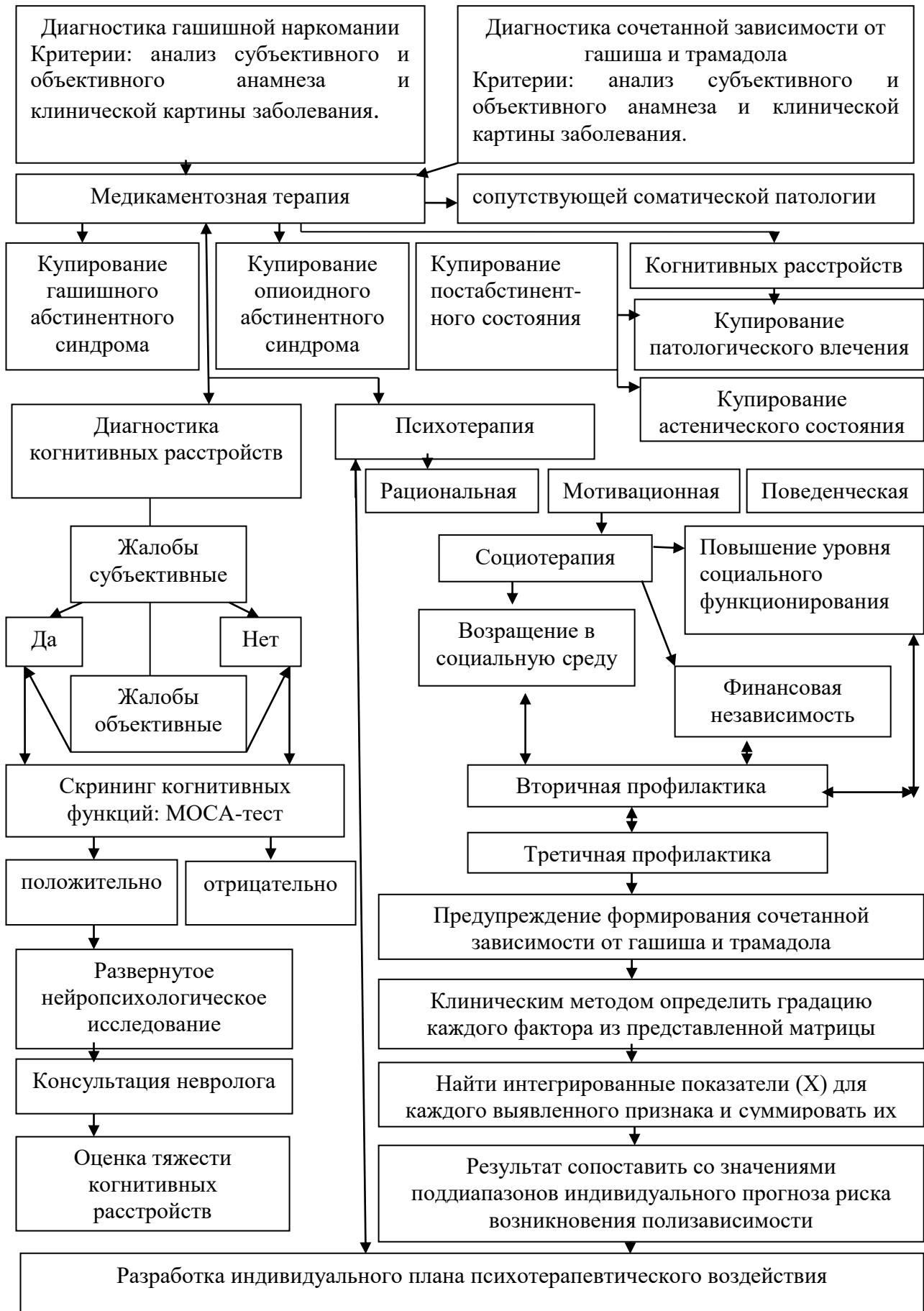
Психические и поведенческие расстройства являются мультифакторальными заболеваниями. Биопсихосоциальный подход требует сочетания трех индивидуальных факторов: биологических, личностных и социальных, которые представляют единый целый этиопатогенетический комплекс. Знание биопсихосоциальных факторов позволяет разработать индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий и воздействовать на биологическом, психологическом и социальном уровне.

После определения вероятностного прогноза необходимо проведение программы групповой психотерапии, максимально приближенной к личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии, отличительной чертой которой является поэтапное воздействие на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы. Тренинги состоят из информационно-диагностического и лечебно-реконструктивного направления. В результате индивидуально разработанное медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие направлено на формирование новых мотивов поведения, предупреждения формирования перехода монозависимости от каннабиноидов в полизависимость.

Практическим результатом исследования явилась разработка алгоритма, направленного на оптимизацию лечебно-профилактических мероприятий. Данный алгоритм позволяет разработать индивидуальный план лечения на основе биопсихосоциального подхода, что обеспечит эффективность лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий с ориентацией на достижение максимального терапевтического результата.



## Алгоритм оптимизации лечебно-профилактического процесса при сочетанном злоупотреблении гашишем и трамаadolом



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В большинстве случаев формированию полизависимости от гашиша и трамадола предшествует каннабиноидная монозависимость, течение которой отличается высокой прогредиентностью с укороченным периодом эпизодического употребления наркотика, быстрым переходом на его регулярный приём, стремительным ростом интенсивности патологического влечения, становлением клинически выраженного абстинентного синдрома и нарастанием патологических изменений личности.

2. В отличие от трамадоловой мононаркомании, начальный этап сочетанного употребления гашиша и трамадола характеризуется более длительным периодом эпизодического приёма и замедленным формированием синдрома зависимости от опиоида при сохранении предпочтительности наркотика каннабиноидной группы. После возникновения патологического влечения к трамадолу наблюдается резкое смещение клинической картины в сторону преобладания опиоидной зависимости с доминированием опиоидного абстинентного синдрома и сочетанным паттерном употребления трамадола и гашиша. Характерен рост толерантности к трамадолу при сохранении стабильной толерантности к гашишу.

3. Статистически значимыми предикторами формирования полизависимости от гашиша и трамадола являются неустойчивый преморбидный тип личности, воспитание по типу гипопротекции в условиях неполной семьи, ранний возраст знакомства с каннабиноидами, употребление их в качестве первого в жизни психоактивного вещества с возникновением выраженной эйфории в момент первого приёма.

4. В отличие от трамадоловой мононаркомании, при сочетанном употреблении гашиша и трамадола прогрессируют признаки нарушения когнитивных функций в виде ослабления кратковременной и долговременной слуховой памяти, снижения способности к концентрации внимания, замедления и снижения уровня мыслительных операций. Когнитивные дисфункции привносятся в клинику полизависимости каннабиноидами и достигают умеренной степени выраженности.

5. Вероятностный прогноз формирования сочетанной зависимости от гашиша и трамадола может осуществляться на основе интегральной оценки преморбидных факторов и клинических особенностей гашишной мононаркомании, предшествующей началу приёма опиатов. При этом основную прогностическую нагрузку несут длительность эпизодического, а также регулярного употребления каннабиноидов без зависимости и сроки становления каннабиноидного абстинентного синдрома.

6. Профилактика перехода от моноупотребления каннабиноидов к гашишно-трамадоловой полизависимости должна охватывать мероприятия биологического, психологического и социального уровней в виде индивидуально подобранного комплекса медикаментозной терапии, психотерапевтических и социальных воздействий.

**SCIENTIFIC COUNCIL NO.DSc.30/04.12.2019.Tib.31.01  
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT  
THE CENTER FOR DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL  
QUALIFICATIONS OF MEDICAL WORKERS**

---

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**KHAYREDINOVA INARA ILGIZOVNA**

**PSYCHIATRIC AND BEHAVIORAL DISTURBANCE AFTER  
COMBINATION OF HASHISH WITH TRAMADOL ABUSE**

**14.00.18 – Psychiatry and Narcology**

**DISSERTATION ABSTRACT  
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2021**

The subject of doctor of philosophy (PhD) dissertation registered by the Supreme attestation commission under the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan in №B2018.2.PhD/Tib678.

The dissertation has been done in the Tashkent medical academy.

Abstract of the doctoral dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.tipme.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

**Scientific chief:** Ashurov Zarifjon Sharifovich  
doctor of medical science, junior professor

**Official opponents:** Tursunhodjaeva Lyudmila Aleksandrovna  
doctor of medical science, professor

Abdullaeva Vasiliya Karimbekovna  
doctor of medical science, junior professor

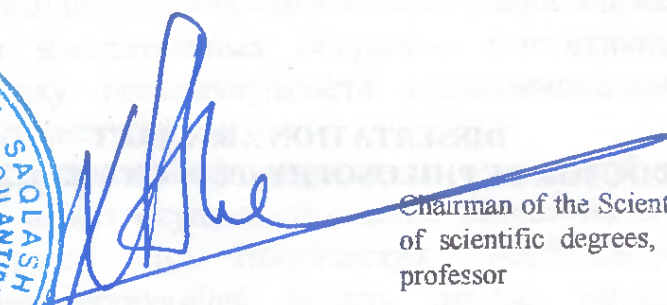
**Leading organization:** Samarkand state medical institute

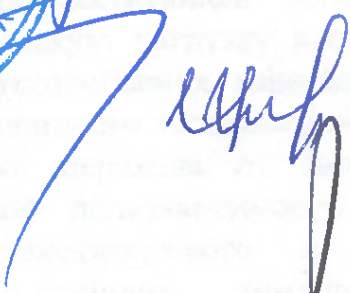
The defense of the dissertation will be held on « 8 » July 2021 at 10<sup>00</sup> at the meeting of the Scientific Council No. DSc.30/04.12.2019.Tib.31-01 at the Center for development of professional qualifications of medical workers (Address: Parkent st., 51, Mirzo Ulugbek district, Tashkent, 100007. Phone/fax: (+99871) 2681744), e-mail: info@tipme.uz)

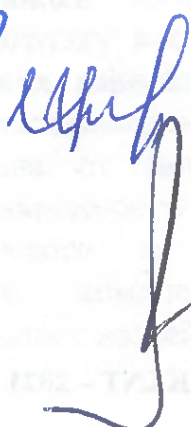
The dissertation can be reviewed at the Information resource center of the Center for development of professional qualifications of medical workers (is registered under No 93) (Address: Parkent st., 51, Mirzo Ulugbek district, Tashkent, 100007. Phone/fax: (+99871) 2681744).

Abstract of dissertation sent out on « 23 » June 2021 year  
(Registry record No. \_\_\_\_\_ dated « \_\_\_\_\_ » 2021).



  
**Kh.A. Akitov**  
Chairman of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medicine, professor

  
**N.N. Ubaydullaeva**  
Scientific secretary of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medicine, docent

  
**U.H. Aïimov**  
Chairman of the Scientific seminar of the Scientific council on award of scientific degrees, Doctor of medicine, professor

## **INTRODUCTION (abstract of the doctor of philosophy PhD dissertation)**

**The aim of the research work:** to research the patterns of development and clinical and dynamic characteristics of mental and behavioral disorders as a result of the combined use of hashish and tramadol, and the development of principles for optimizing therapeutic and preventive care.

**The object of the research work** was personality-biological and social-psychological factors, as well as clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, and clinical-psychological characteristics of males with combined dependence on hashish and tramadol.

### **The scientific novelty of the study:**

Clinical and dynamic features of addiction on hashish and tramadol, patterns of development, clinical and syndromic polymorphisms and their interaction were revealed;

Prognostic criteria of biological, socio-psychological factors influencing the pathocharacterological development of persons with a high risk of polydrug addiction were determined and substantiated;

A moderate deterioration and slowing down of cognitive dysfunction in persons with hashish and tramadol poly-addiction was revealed;

An algorithm for differentiated treatment and prevention of polydrug abuse based on a biopsychosocial model of the course and formation of mental and behavioral disorders was optimized.

### **Implementation of the research results.**

Based on the scientific results obtained on the characteristics of the clinic and the differential diagnosis of mental and behavioral disorders due to the combined use of hashish and tramadol methodological recommendations were developed:

Methodological recommendations «Algorithm for the prevention of the use of drugs such as hashish and tramadol among young people» have been developed (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №8 n/d 84 dated July 1, 2020). Methodological recommendations made it possible to in a simple way identify individuals predisposed to the development of combined addiction on hashish and tramadol, to optimize preventive measures.

The results of scientific research on mental and behavioral disorders caused by the combined use of hashish and tramadol have been introduced into health care practice, in particular, into the practice of the Chirchik city medical association and the Andijan regional neuropsychiatric dispensary (certificate of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №8 n/z 84 dated February 15, 2021 ). The implementations made it possible to orient doctors of narcology to the provision of differentiated therapeutic and preventive care aimed at preventing the development of polydependence and the development of a relapse of the disease.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, a literature review, a general description of the material and research methods, four chapters dedicated to our research, a conclusion, a list of references and applications. The volume of the thesis is presented on 116 pages.

**НАШР ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (часть I; part I)**

1. Хайрединова И.И. Спайс-синтетический наркотик // Неврология. – Ташкент, 2016. – № 2.– С. 52–55 (14.00.00, №4).
2. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. The Impact of Combined Cannabis and Tramadol Abuse on Cognitive and Behavioral Spheres // Central Asian Journal of Medicine.Vol. 2018. – 2, p 133–144 (14.00.00, №13).
3. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Цитохром Р 450 и метаболизм трамадола // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2018. – № 3.– С. 55–59 (14.00.00, №13).
4. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш., Кеворкова М.А. Терапия умеренных когнитивных нарушений донепезил гидрохлоридом у больных с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола // Неврология. – Ташкент,2019. – № 3. – С. 56–58 (14.00.00, №4).
5. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш., Ядгарова Н.Ф. Screening for cognitive dysfunctions in patients with combined hashish and tramadol addiction // Global Journal of Medical Research: A Neurology and Nervous System, 2020, Vol.20 Issue 3 Version 1.0 -p.1-7 (Impact factor 2,16)
6. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш., Гиязитдинова И.И., Аграновский М.Л. A complex of risk factors for developing dependence on the combined abuse of hashish and tramadol // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 2020.Vol.14, № 4- p.7618-7623.(4)

**II бўлим (часть II; part II)**

7. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш., Гиязитдинова Э.И. Общие закономерности формирования синдрома зависимости от сочетанного злоупотребления гашиша и трамадола // Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей: Международная научно-практическая конференция. – Гродно, 3-4 октября, 2019. – С. 220–224.
8. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Premorbid peculiarities of person suffering with combined abuse of hashish and tramadol // European Psychiatry. J of the European psychiatric association, 2019.Vol.565-p.s 750-751
9. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш., Кеворкова М.А. Когнитивные нарушения у больных с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола // Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация: Международная научно-практическая конференция. – Ташкент, 30 мая 2019 г. – С. 154.
10. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Effectiveness of donepezil in patients with the combined abuse of cannabis and tramadol suffering from cognitive impairment // Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, Volume 29, 2019 - Issue sup1. – Истанбул, 2019. – С. 118–119.

11. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Когнитивные и поведенческие расстройства, обусловленные сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск VI. – СПб., 2019. – С. 149.

12. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Клинико-динамические особенности синдрома зависимости от сочетанного злоупотребления гашиша и трамадола // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2019. – №4.1. – С. 117-118.

13. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Применение Монреальской шкалы оценки когнитивных функций у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент, 2020. – № 2. – С. 198-199.

14. Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш. Алгоритм профилактики употребления наркотиков типа гашиша и трамадола среди лиц молодого возраста // Методические рекомендации. – Ташкент, 2020. – С. 20.

Автореферат «Til va adabiyot ta'limi» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.



Босишга рухсат этилди: 24.06.2021 йил.  
Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табоғи 3. Адади: 100. Буюртма: № 35.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,  
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.