

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ АЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК ИLMИЙ-
АМАЛИЙ МАРКАЗИ**

**“ ОБСЕСИВ-КОМПУЛСИВ БУЗУҚЛИК ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

“КЕЛИШИЛГАН”
Республика ихтисослаштирилган рухий
саломатлик илмий-амалий маркази
директори
Z.Sh.Ашуров



“ ” “ ” 202__ йил

**“ ОБСЕССИВ-КОМПУЛСИВ БУЗИЛИШ ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**“ОБСЕССИВ-КОМПУЛСИВ БУЗУҚЛИК
” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11

F42.0	Асосан шилқим фикрлар ёки мулоҳазалар
F42.1	Асосан мажбурий ҳаракат [обсесиф ritual]
F42.2	Аралаш шилқим фикрлар ва ҳаракатлар
F42.8	Бошқа обсесиф-компульсив бузилишлар
F42.9	Обсесиф-компульсив бузилиш аниқланмаган
	https://icd.who.int/browse10/2010/en#
6B2Z	Обсесиф-компульсив ёки тегишли касалликлар, аниқланмаган
6B2Y	Бошқа белгиланган обсесиф-компульсив ёки тегишли касалликлар
6B20.1	Танқиднинг камайиши ёки йўқлиги билан обсесиф-компульсив бузуқлик
6B20.0	Қониқарли ёки бузилмаган танқид билан обсесиф-компульсив бузуқлик
	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази

Биз клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшдик:

Алимов Ў. Х. - т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири.

Абдуллаева В. К. – т.ф.д., профессор, ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси мудири.

Масъул ижрочилар

Ашуров З. Ш. - т.ф.д., профессор, . РИРСИАМ директори, Тошкент тиббиёт академиясининг психиатрия ва наркология кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош психиатр ва нарколог, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси Президенти.

Чембаев Б. Р.PhD, РИРСИАМ директорининг психиатрия бўйича ўринбосари.

Рогов А. В. – PhD., ТошПМИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси ассистенти.

Тақризчилар

Сиволап Ю.П. - Тиббиёт фанлари доктори, узлуксиз тиббий таълим факультети психиатрия, психотерапия ва Психосоматик патология кафедраси профессори, Патрис Лумумба РУДН

Велияева А.С. - психиатрия, тиббий психология ва наркология, Самарқанд давлат тиббиёт кафедраси мудири

Клиник протокол олий таълим муассасалари факультети, Ўзбекистон психиатрлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалар шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний

Йиғилишида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди.

Ишчи гуруҳ раҳбарияти:

З. Ш. Ашуров - т.ф.д., проф., РИРСИАМ директори

Клиник протокол №3 15 май 2025 у. Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди

Илмий Кенгаш раиси- РИРСИАМ директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор З. Ш. Ашуров

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ибадуллаев Зарифбой Ражабович-Тошкент Тиббиёт Академияси

2. Нурхаджаев Собир Носирхаджаевич-Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

IAA	–	иккинчи авлод антипсихотиклари
AD	–	антидепрессантлар
BAA	–	биринчи авлод антипсихотиклари
MChS	–	миянинг чуқур стимуляцияси
IMAO-A	–	моноаминоксидаз а ингибиторлари (и маслаҳат))
SQOI	–	серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари
KXT	–	когнитив хулқ-атвор терапияси
KCTKT	–	кортико-стриато-таламо-кортикал тизим
OKB	–	обсесиф-компульсив бузуқлик
OHMK	–	ўткир мия қон айланишининг бузилиши
OFK	–	орбитофронтал кортекс
OSK	–	ески сингулат кортекси
PFT	–	психофармасотерапия
PET	–	позитрон эмиссия томографияси
SSQOI	–	селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари
SSNQI	–	селектив serotonin ва норепинефринни қайтариб олиш ингибиторлари
TSA	–	трисиклик антидепрессантлар
MRT	–	магнит-резонанс томография
фMRT	–	функционал магнит-резонанс томография
tTMS	–	циклик (импульс) транскраниал магнит стимуляция
MSh	–	мия шикастланиши
EKG	–	электрокардиография
EPS	–	экстрапирамидал симптомлар
EKT	–	электроконвулсив терапия
EEG	–	электроенцефалография
ERP	–	Экспозицион терапия
FLY-BOCS	–	Florida yel-Braun obsesif-kompulsiv kasalliklar shkalasi Йела-Брауна
NMDA-receptor	–	N-metil-D-aspartatni tanlab bog'laydigan glutamat ionotrop retseptorlari (NMDA)
PANDAS	–	стрептококк инфекцияси билан боғлиқ Педиатрик отоиммун нейрпсихиятрик касалликлар

Мундарижа:

1.“_ ОБСЕСИФ-КОМПУЛСИВ

БУЗУҚЛИК” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 5

2.“ ОБСЕСИФ-КОМПУЛСИВ

БУЗУҚЛИК” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ..... 13

3.“ ОБСЕСИФ-КОМПУЛСИВ

БУЗУҚЛИК ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 20

Протокол Фойдаланувчилари:

1. Психиатрлар;
2. Психотерапевтлар
3. Клиник психологлар
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
6. Умумий амалиёт шифокорлари
7. Умумий амалиёт шифокорлари
8. Тиббиёт олий ўқув юртлири талабалари, резидентлар, магистрлар, докторантлар

Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) диагностика усуллари учун (диагностик аралашувлар)

ДИДБШ	Декодлаш
1	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) профилактик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ДИДБШ	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РНОСни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида РНОС ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНОСдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ТИДБШ) профилактик, диагностик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ТИДБШ	Декодлаш
--------------	-----------------

А	Кучли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамияtsiz, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга ега ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

Таърифлар

Обсесиф-компульсив бузуқлик (ОКБ) такрорий обсесиф фикрлар, тасвирлар, импульслар ёки ғоялар (Обсесёнлар) билан тавсифланади, одатда ташвиш ёки азоб-уқубатларни келтириб чиқаради (қайгу), шунингдек такрорий идеатор (аклий) ёки хулқ-атвор ходисалари (мажбурлашлар), уларни обсесёнларга мувофиқ ёки муайян қоидаларга мувофиқ бажариш зарурати ҳисси билан бирга келади.. "ҳаракатнинг тўлиқлиги" туйғусига еришиш учун кузатилиши керак.

Етиология Патогенез

ОКБ ривожланишига ҳам генетик, ҳам атроф-муҳит омиллари таъсир қилади. Кўплаб тадқиқотлар кортико-стриато-таламокортикал тизимнинг (КСТХ) касалликнинг патофизиологиясидаги иштирокини кўлаб-қувватлайди. Миянинг бошқа қисмлари ҳам ОКБ патогенезида иштирок этади.

Егизак тадқиқотлар ва ОКБ оилаларини ўрганиш ОКБ етиопатогенезида катта ирсий компонент мавжудлигини тасдиқлади. Шу билан бирга, болалик даврида ОКБ манифестида катталарга қараганда кўпроқ генетик омиллар қайд этилган. ОКБ ривожланиш еҳтимолига таъсир қилувчи ўзига хос генлар ва генлар гуруҳлари номаълум, аммо бу соҳада тадқиқотлар давом етмоқда.

ОКБ ривожланиш еҳтимолига бир нечта атроф-муҳит омиллари таъсир қилади, аммо сабаб-оқибат муносабатлари ҳозирча ишончли тасдиқланмаган. Бундай омиллар сифатида қуйидагиларни ажратиш мумкин. Баъзи болаларда ОКБНИНГ намоён бўлиши ёки кучайиши а типдаги стрептококк инфекцияси билан боғлиқ бўлган *pandas* деб номланувчи отоиммун жараён билан боғлиқ бўлиб, *PANDAS* доирасида ОКБ белгилари а гуруҳидаги бета-гемолитик стрептококкларга отоиммун реакциядан келиб чиқади, бу еса базал ганглионларнинг шикастланишига олиб келади. Шуни таъкидлаш керакки, бошқа юқумли воситалар ҳам шунга ўхшаш ҳолатни келтириб чиқариши мумкин – "Педиатрик ўткир нейропсихиатрик синдром".

Пременстрёел ва туғруқдан кейинги даврлар ОКБНИНГ намоён бўлишига ёки кучайишига олиб келиши мумкин, шунинг учун гормонал тебранишлар ОКБ ривожланишида етиологик рол ўйнаши мумкин деган тахмин мавжуд. Вояга етган беморларда травматик ходисалардан кейин ОКБ ривожланиши тасвирланган ва шунинг учун стрессга ўткир реакция ушбу бузуқлик учун "қўзғатувчи омил" бўлиб хизмат қилиши мумкинлиги тахмин қилинмоқда. Кстксга таъсир қилган неврологик шикастланишдан (ОНМК, Мш) кейин ОКБ ривожланишининг кўплаб ҳолатлари ҳақида тавсифлар мавжуд. Бундан ташқари, ктсс худудларида нейрохирургик аралашувлар катталардаги ОКБ белгиларининг интенсивлиги ва частотасини камайтириши мумкинлиги кўрсатилган.

Ҳайвонларда ўтказилган тажрибаларда ушбу тизимнинг нотўғри ишлаши ОКБГА ўхшаш хатти-харакатларга олиб келиши кўрсатилган.

Нейроимагинг тадқиқотлари ОКБ билан оғриган беморларда кстсда анатомик аномалликларни аниқлади. Мета-таҳлилларда қарама-қарши натижаларга ега бўлишига қарамай, умуман олганда, аксарият ишларда орбитофронтал кортекс (ОФС), олдинги сингулат гирус (ППИ) ва стриатумдаги аномалиялар қайд етилган. Бир нечта нейроимагинг тадқиқотларининг мета-таҳлили дорсомедиал prefrontal кортекс, пастки frontal гирус ва серебеллумдаги аномалликларни ҳам аниқлади. Бир нечта халқаро тадқиқотларда олинган нейроанатомик маълумотларнинг мета-таҳлилида катталар беморлари ва ОКБ билан оғриган болаларда субкортикал бузилишларнинг турли шакллари, хусусан, катталардаги Пале балл ва хипокампусдаги аномалиялар ва болаларда кўриш туберкулёзидаги аномалиялар аниқланди. Позитрон эмиссия томографияси (ПЕТ) ва функционал магнит-резонанс томография (фмрт) КСТСС жойларида, шу жумладан ОФС, ППИ ва стриатумда Окбда ғайритабиий фаолликни аниқлади. Семptomларни кўзғатганда ғайритабиий фаоллик кучайиши ва муваффақиятли даволаниш билан нормаллашиши аниқланди. Когнитив вазифаларни бажаришда фмри ёрдамида олиб борилган тадқиқотлар ОКБ билан оғриган беморларда КСТСС ishida бузилишлар мавжудлигини кўрсатди. Масалан, бир нечта тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ОКБ билан оғриган беморлар кетма-кет ўрганиш вазифаларини бажараётганда хипокампусдаги фаолликни аниқладилар, соғлом беморларда еса striatum фаоллиги қайд етилди.

ОКБ патогенезида serotonin ва (ёки) допамин тизимларининг роли ҳақида тахминлар мавжуд. Ушбу гипотезаларни синаб кўришга қаратилган фармакологик ва нейроимагинг тадқиқотлари натижалари қарама-қарши бўлиб чиқди. Бундан ташқари, баъзи замонавий моделларда ОКБ белгилари тўғридан-тўғри ёки билвосита кортико-striatal йўлларда глутаматержик нейротрансмиссиянинг бузилиши билан боғлиқ деб тахмин қилинади.

Эпидемиология

Турли ҳисоб-китобларга кўра ОКБНИНГ тарқалиши аҳолининг тахминан 1-3% ни ташкил қилади. Аёлларда тарқалиш балоғат yoshida бироз юқорироқ, болаликда еса, аксинча, еркаклар кўпроқ касал бўлишади. ОКБ бошланишининг ўртача yoshi 19-20 ёш. 14 ёшга келиб, касаллик беморларнинг 25 фоизида ривожланади, 35 ёшдан кейин касаллик манифести кам учрайди. Еркак беморларда касалликнинг бошланиши, қоида тарикасида, олдинроқ бўлади, шунинг учун уларнинг 25 фоизида биринчи намоийшлар 10 ёшга келиб пайдо бўлади, аёлларда еса бу фоиз анча паст бўлади.

ОКБ билан оғриган беморларнинг 76 фоизида Анксиете спектрининг бузилиши (ваҳима бузилиши, ижтимоий фобия, умумий ташвиш бузилиши, изоляция қилинган фобиялар), 63 фоизида аффектив бузилишлар (кўпинча такрорий депрессив бузилиш (41%)), 23-32 фоизида — асосан ананкастик хусусиятларга ега бўлган кўшма шахсият бузилиши.

Бундан ташқари, ОКБ билан касалланган одамларнинг 29% гача турли хил тиклар туфайли ёрдам сўрашади. Ушбу комбинация болалик даврида ОКБ пайдо бўлган еркаклар учун кўпроқ хосдир. Бундан ташқари, Окбда дисморфобия, трикотилломания ва невротик экскорациялар (компульсив чизиш ва тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланишининг бошқа шакллари) популяцияга қараганда тез-тез учрайди.

Шу билан бирга, обсессив-компульсив синдром шизофрения ва шизоаффектив бузуқлик (беморларнинг 12%), биполяр бузуқлик, анорексия нервоза ва булимия нервоза ва Tourette синдромида умумий популяцияга қараганда тез-тез учрайди.

Клиника

Беморларда ОКБ обсессён ёки мажбурлаш ёки иккаласи бир вақтнинг ўзида намоён бўлади. Бундан ташқари, тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу синдромларнинг ҳар бирига қараганда тез-тез учрайдиган обсессён ва мажбурлашнинг клиник кўринишидаги комбинациядир.

Обсессия-бу такрорланадиган ёки бир-бирига боғлиқ бўлмаган фикрлар, ғоялар, ёки мотивлар. Обсесёнлар завқ келтирмайди ва ўзбошимчалик билан қабул қилинмайди. Улар безовта қилувчи, исталмаган ва кўпчилик одамлар пайдо бўлишидан азият чекишади ёки ташвишланадилар. ОКБ билан оғриган беморлар еътибор бермаслик, олдини олиш, обсесённи бостириш ёки уларни бошқа фикрлар ёки ҳаракатлар билан зарарсизлантиришга ҳаракат қилишади (масалан, маросимларни бажариш).

Компульсия(маросимлар) – бу такрорий хатти-ҳаракатлар ёки идеатор ҳаракатлар, бу одам обсесёнларнинг мазмуни билан боғлиқ ҳолда ёки бажарилишнинг аниқлигини талаб қиладиган қоидаларга мувофиқ ёки бажарилишнинг "тўлиқлиги", "тўлиқлиги" туйғусига еришишни талаб қилади. Мақсад обсесён туйғули юзага келадиган хафагарчиликни камайтириш ёки исталмаган ҳодисаларнинг олдини олишдир. Шу билан бирга, мажбурлашлар ушбу "хавфли" ҳодисалар билан ҳеч қандай Реал тарзда боғлиқ эмас ёки оддий ҳаракатлар билан таққослаганда ортиқча. Мажбурлашлар, шунингдек, "тўлиқсизлик" туйғусидан халос бўлиш учун ҳам амалга оширилиши мумкин — масалан, ҳаракатни "мутлақо тўғри"бажарилгунга қадар қайта-қайта такрорлаш зарурати. Маросимларни бажариш қизиқарли эмас, гарчи баъзи беморлар ташвиш ва ноқулайликдан халос бўлишади.

Обсесёнлар ва мажбурлашлар частотаси ва интенсивлиги жиҳатидан ҳар хил бўлиши мумкин – кунига 1-2 соатдан уларнинг аҳамиятиз интенсивлиги билан доимий равишда мавжуд бўлган оғриқли аломатлар, меҳнат қобилиятини ва (ёки) ҳаёт сифатини сезиларли даражада камайтиради.

Обсесиф фикрлар ёки мажбурий ҳаракатлар пайдо бўлганда, бемор турли хил ҳис-туйғуларни бошдан кечириши мумкин. Шундай қилиб, баъзи беморлар ваҳима ҳужумлари (Психовегетатив пароксизмалар) ривожланиши ва такрорланиши мумкин бўлган аниқ ташвишларни ҳис қилишади. Бошқа беморлар нафрат ҳисси ҳақида хабар беришади. Маросимни бажараётганда, кўплаб беморлар ёқимсиз "тўлиқсизлик" ёки ноқулайлик ҳис қилишади, улар ҳаракатлар бажарилмагунча тўхтамайди (масалан, баъзи нарсалар "тўғри" тарзда жойлаштирилган).

ОКБ билан оғриган кўплаб беморларда нотўғри еътиқод ва муносабат мавжуд, жумладан:

бўлажак воқеалар учун ўз-ўзини масъулият ҳисси ва муваффақиятсизликнинг салбий оқибатларини бўрттириб кўрсатишга мойиллик

перфекционизм ва ноаниқликка тоқат қила олмаслик ("ноаниқликка нисбатан паст бағрикенглик")

идеатор ҳодисалар (фикрлар) нинг роли ва аҳамиятини қайта баҳолаш – масалан, "ёмон, тақикланган" фикрларга ега бўлиш ҳам ҳақиқий ҳаракатлар каби ёмон еканлигига ишониш

, обсесиф фикрлашни енгиш қобилиятига ишониш.

ОКБ ва ўз жонига қасд қилиш хатти – ҳаракатлари ўртасида боғлиқлик мавжуд, ҳаёт давомида ОКБ билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш фикрларининг пайдо бўлиши – 63,5%, ўз жонига қасд қилишга уринишлар-46%. Коморбид руҳий патологияси, депрессия ва ташвиш белгилари, ўз жонига қасд қилишга уринишлар тарихи бўлган беморлар кўпроқ хавф остида. Беморларнинг бир қисми атрофдагиларга зарар етказишдан обсесиф кўрқувни бошдан кечиришади, аммо улар умумий популяциядаги одамларга қараганда тажовузкор хатти-ҳаракатлар қилиш еҳтимоли кўпроқ еканлиги ҳақида ҳеч қандай маълумот йўқ.

ОКБ билан оғриган беморлар ўзларининг обсесиф фикрлари ва маросимларининг маъносизлиги ва ҳаддан ташқари кўплигини турлича баҳолайдилар. Семптомларни танқид қилиш даражаси individual хусусиятларга боғлиқ ва касаллик ривожланиши билан ўзгариши мумкин. Ишларнинг озгина фоизда (4% дан кам), танқидий муносабат бўлмаса, обсесиф фикрлар хаёлпарастга айланиши мумкин – масалан, беморнинг фикрлари бошқа одамга ҳақиқий зарар етказиши мумкинлигига ишончи бўлса.

ОКБ белгиларининг ривожланиши кўпинча аста-секин, ўткир бошланиши, масалан, юқумли касалликдан кейин тасвирланган. Даволашсиз ОКБ одатда сурункали бўлиб, симптомларнинг барқарорлашиши ва ҳатто сусайиши билан кечади. Баъзи беморларда курс эпизодик характерга ега, камдан – кам ҳолларда курс ноқулай-симптоматологиянинг оғирлиги ва мураккаблиги билан.

Окбда, кўпинча ОКБ билан оғриган беморлар обсессён ва мажбурлашни кучайтирадиган одамлардан, нарсалардан, жойлардан қочишганда, қочиш хатти-ҳаракатлари шаклланади. Масалан, ифлосланиш кўрқуви билан, бу хатти – ҳаракатлар ифлосланиш ёки инфекция хавфини камайтириш учун жамоат жойларига – ресторанларга, ҳожатхоналарга тарқалиши мумкин. Агрессив таркибга ега бўлган интрузив фикрларга ега беморлар ижтимоий ўзаро таъсирларни чеклашлари мумкин. Қочиш хатти-ҳаракатлари ҳаётнинг турли соҳаларини қамраб олиши ва кундалик фаолият, иш қобилияти ва (ёки) ҳаёт сифатини сезиларли даражада бузиши мумкин.

Тегишли терапия бўлмаса, катталардаги Окбда ремиссия даражаси жуда паст-тахминан 20%. Фаол терапия билан ҳам, беморларнинг фақат кичик бир қисми вақт ўтиши билан тўлиқ тикланади.

ОКБНИНГ ривожланиши ҳаёт сифатининг ёмонлашишига олиб келади, шунингдек, ижтимоий ва меҳнат мослашувини сезиларли даражада бузади. Бузилишлар турмуш тарзининг кўп жиҳатларига тааллуқлидир ва симптомларнинг оғирлигига боғлиқ. Қоида тариқасида, обсессён ёки мажбурлашнинг куйидаги оқибатлари уларга олиб келади:

интрузив фикрларни "айлантириш" ва маросимларни бажариш учун сарфланган вақт

ОКБ белгиларининг кучайишига олиб келадиган вазиятларга нисбатан қочиш хатти-ҳаракатлари аломатлар сюжети (мазмун) билан боғлиқ ўзига хос чекловлар.

Диагностика

Ташхис қўйиш мезонлари

А. Обсессиялар ҳам, мажбурлашлар ҳам (ёки иккаласи ҳам биргаликда) кўп кунларда камида икки ҳафта давомида тақдим етилади.

В. Обсессиялари (фикрлар, ғоялар ёки тасвирлар) ва мажбурлашлар (ҳаракатлар) куйидаги белгиларни ўз ичига олади, уларнинг барчаси мавжуд бўлиши керак:

1. Улар бемор томонидан ўз онгида пайдо бўлган деб қабул қилинади ва атрофдаги таъсирлар ёки шахслар томонидан юкланмайди.

2. Улар такрорланади ва ёқимсиз; ҳеч бўлмаганда битта обсессён ёки мажбурлашни бемор ҳаддан ташқари ёки маъносиз деб тушуниши керак.

3. Мавзу уларга қарши туришга ҳаракат қилади, аммо агар улар узок вақт мавжуд бўлса, унда баъзи Обсессёнлар ёки мажбурлашларга қаршилик аҳамиятсиз бўлиши мумкин. Ҳеч бўлмаганда қаршилик муваффақиятсиз бўлган битта обсессён ёки мажбурлаш бўлиши керак.

4. Мажбурий ҳаракатларни амалга ошириш ва обсессиф фикрларнинг ўзи ёқимли ҳиссиётларни келтириб чиқармайди. (Бу хусусият вақтинча ташвиш ва зўриқишни енгиллаштириш билан чекланиши керак).

В. Обсессиялар ёки мажбурлашлар азоб-уқубатларни келтириб чиқаради ёки беморнинг ижтимоий ёки individual фаолиятига халақит беради, одатда вақтни беҳуда сарфлаш орқали.

Г. енг кўп ишлатиладиган истисно мезонлари. Обсессиялар ёки мажбурлашлар шизофрения ва унга боғлиқ касалликлар (Ф20-Ф29) ёки (аффектив) кайфият бузилиши (Ф30-Ф39) каби бошқа руҳий касалликларнинг натижаси емас.

Шикоятлар ва анамнез

- ОКБ билан оғриган беморларнинг психиатрига мурожаат қилиш, бу бузилишнинг оғирлигини белгилайдиган обсессиф фикрлар ва маросимларни енгиш ноқулайлиги билан боғлиқ. Беморлар individual стереотипик фикрларнинг беихтиёр пайдо бўлиши ва безовталаниши, шунингдек, таъсирчан рангли хотиралар, мулоҳазалар ва кўркувлар (масалан, куфр фикрлари ёки бошқа одамга зарар етказиш кўркуви) билан боғлиқ фикрлаш қийинчиликларидан шикоят қиладилар.; маросимларни бажариш, икки марта текшириш учун кўпроқ вақт сарфлаш зарурати тўғрисида (масалан, ешик тўғри ёпилганлигини, газ ўчирилганлигини ва ҳоказоларни қайта-қайта текшириш зарурати); ташвиш, "нотўғри" тартибда ёки ҳатто бошқа одамларнинг хатти-ҳаракатлари билан "тўлиқсизлик" ҳисси (масалан, столни "тўғри" қўйиш зарурати); ижтимоий бундай хатти-ҳаракатлар туфайли фаолият (масалан, жамоат ҳожатхоналарида ифлосланиш кўркуви туфайли уйдан ташқарида вақт ўтказмалик). Бундай беморлар, аксарият ҳолларда, Обсесёнлар ва ҳолатларнинг ғайритабиийлиги, мантиқсизлиги тўғрисида тушунча кўрсатадилар, аммо уларни енгишга уринишларида кучсиздирлар. Кўпинча улар "ақлдан озиш", тажовузкор ёки автоагрессив истакларни амалга ошириш кўркувини билдирадилар. Қарама-қарши Обсесёнлар бўлса, уларнинг пайдо бўлиши кучли ташвиш билан бирга кучли ички курашга олиб келиши мумкин.
- Субъектив анамнезни батафсил таҳлил қилиш касалликнинг бошланиш вақти ва табиатини аниқлашга, шунингдек, қочиш хатти-ҳаракатларининг динамикасини баҳолашга қаратилган.
- Беморлар диссимуляция қилиши мумкин бўлган мажбурий симптоматологиянинг ҳажми ва оғирлигини баҳолаш учун объектив анамнестик маълумотларни (беморнинг яқинларидан олинган маълумотлар) олиш керак.
- Психиатрик тарихни йиғишда ОКБ ривожланиш хавфи гуруҳлари есга олинishi керак, улар орасида депрессия, ташвиш белгилари, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш ва сирт фаол моддалар тарихи, дисморфофобия ёки овқатланиш бузилиши бўлган беморлар мавжуд.
- Обсесиф ва мажбурий симптомларни янада самарали аниқлаш учун сиз қуйидаги тўғридан-тўғри саволлардан фойдаланишингиз мумкин:
 - Ва қўлларингизни/бутун танангизни тез-тез ювасизми?
 - Ўзингизнинг муайян ҳаракатларингизни тез-тез назорат қиласизми/икки марта текширасизми?
 - Агар сиз улардан халос бўлишга ҳаракат қилсангиз ҳам, сизни безовта қиладиган ва қила олмайдиган фикрларингиз борми?
 - Ва кундалик ишларни бажариш жуда узоқ вақт талаб қиладими?
 - Ва сиз ўзингизнинг нарсаларингиз орасида тартибни сақлайсизми, сизда бирон бир махсус қоидалар борми, уларни бузиш сизни жуда хафа қилиши мумкинми?
 - Ва бу муаммолар сизни қанчалик безовта қилмоқда?

5C	ОКБ учун шунга ўхшаш скрининг, шунингдек, терининг шикастланиши руҳий касалликка ҳамроҳ бўлиши ёки иккинчи даражали бўлиши мумкин бўлган дерматологик клиникаларда беморларда тавсия етилади.
-----------	---

2B	Агар беморга ОКБ ташхиси қўйилган бўлса, ўз-ўзига зарар етказадиган ва ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларини ривожланиш хавфини баҳолаш тавсия етилади, айниқса депрессия белгилари мавжуд бўлса. Ушбу хавфларни, шунингдек тажовузкорлик хавфини
-----------	--

	баҳолашда компулсияларнинг бемор ва унинг атрофидаги хатти-ҳаракатларга таъсирини, шунингдек, коморбид касалликлар ва психососял омилларни ҳисобга олиш тавсия этилади. Биргаликда соматик ва руҳий патологияни ва бошқа хавф омилларини истисно қилиш тавсия этилади.
--	--

Fizikal tekshiriv

5C	Jismoniy tekshiruvni somatik kasalliklarni istisno qilish, o'ziga zarar etkazadigan xatti-harakatlarning izlarini aniqlash, shu jumladan tashqi tekshiruvdan, bo'yi, tana vaznini, jismoniy rivojlanish darajasini, bemorning terining yaxlitligini o'lchashdan boshlash tavsiya etiladi. o'z-o'zini kesish (ularning yoshini hisobga olgan holda), somatik holatni baholash. OKB bilan og'rigan bemorlarning batafsil fizik tekshiruvi intruziv harakatlar va marosimlarni bajarish bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan teri va shilliq pardalarning shikastlanishini va boshqa sog'liq uchun xavflarni aniqlashga qaratilgan.
----	---

Laborator tekshiriv

Hozirgi vaqtda OKB diagnostikasi uchun laboratoriya usullari mavjud emas. Laboratoriya tadqiqotlari boshqa klinik o'xshash patologiyani istisno qilish uchun ishlatiladi.

5C	OKB bilan og'rigan bemorlarga somatik patologiyani istisno qilish va psixofarmakologik terapiya paytida nojo'ya ta'sirlarni rivojlanish xavfini baholash uchun umumiy (klinik) qon testini, biokimyoviy umumiy terapevtik qon testini, qalqonsimon bez gormonlari (TTG, T3, T4) uchun qon testini o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

Instrumental tekshiriv

Hozirgi vaqtda bo'yoq diagnostikasining instrumental usullari mavjud emas.

3B	OKB bilan og'rigan bemorlarga miyaning bioelektrik potentsialini baholash va paroksimal holatlarni istisno qilish uchun elektroensefalografiya (EEG) o'tkazish tavsiya etiladi.
----	---

3B	OKB bilan og'rigan bemorlarga yurak-qon tomir patologiyasini istisno qilish uchun elektrokardiografik tekshiruv (EKG) tavsiya etiladi.
----	--

2B	Miyaning organik shikastlanishini istisno qilish uchun miyaning magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) tavsiya etiladi.
----	--

Boshqa diagnostik tadqiqotlar

2B	OKB zo'ravonligini psixometrik baholash uchun "oltin standart" bu yel-Braun obsesif – kompulsiv kasalliklar shkalasi. O'lchov Obsesyonlar va majburlashlarning nazorat ro'yxatidan va ularning og'irligini baholaydigan o'lchovdan iborat. Terapiya boshlanishidan oldin va simptomlar dinamikasini ob'ektiv baholash uchun yel – Braun shkalasi bo'yicha asosiy baholashni o'tkazish tavsiya etiladi. Ushbu maktabda bemorni to'ldirish va mutaxassis tomonidan to'ldirish uchun versiya mavjud bo'lib, uni turli vaziyatlarda ishlatishga imkon beradi
----	--

5C	Bemorning psixologik va shaxsiy xususiyatlarini, shuningdek psixoterapevtik ta'sirning maqsadlarini aniqlash uchun eksperimental psixologik tadqiqotlar o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

OKB kasallik bo'lib, uning patogenezi va klinik ko'rinishlariga psixologik omillar katta hissa qo'shadi va samarali davolash usullaridan biri psixoterapiyadir. Ruhiy kasalliklarni tushunishning biopsixosoyal kontseptsiyasiga asoslanib, eksperimental-psixologik diagnostika o'tkazish va psixoterapevtik ta'sir maqsadlarini aniqlash uchun tibbiy psixologlarni poliprofessional guruhlariga jalb qilish muhim ko'rinadi.

4C	Agar OKB borligiga shubha qilingan bo'lsa, Anksiyete-fobik va stress bilan bog'liq kasalliklarning turli shakllari, depressiv epizod, tiklar, anankastik (obsesif-kompulsiv) shaxsiyat
----	--

buzilishi, ovqatlanish buzilishi, haydovchi kasalliklarida impulsiv harakatlar, dismorfofobiya sindromi va shizofreniya spektri buzilishlarida obsesyon belgilari bilan differentsial tashxis qo'yish tavsiya etiladi.

Даволаш

Психофармакотерапия

1А ОКБ ташхиси қўйилган барча беморларга обсессив ва мажбурий симптомларни тузатиш учун психофармакотерапия (ПФТ) ва (ёки) психотерапия (когнитив хулқ-атвор терапияси, СБТ; таъсир қилиш терапияси, ЕРТ) тавсия етилади. Беморларнинг аксарияти ушбу даволаш усулларида бирига ёки иккаласининг комбинациясига ижобий жавоб беришади, аммо беморларнинг 40-60 фоизи даволаниш давомийлиги ва интенсивлиги (дозаси) бўйича етарли бўлганидан кейин ҳам қолдиқ (қолдиқ) аломатларини сақлаб қолишади.

2С Антидепрессантлар биринчи танлов дори сифатида тавсия етилади, бунда серотонинни қайта тиклаш механизми, биринчи навбатда ССРИ аниқ инхибе қилинади.

ОКБда ссриларнинг терапевтик таъсирини ривожлантириш депрессияни даволашдан кўра кўпроқ вақт талаб етади. СҚОИ дастлабки тайинлашдан кейин профилактик даволаниш босқичи максимал самарали дозада камида 12 ой давом етиши керак. ОКБда таъсир ривожланадиган ССРИ дозалари (ескиталограм, Флувоксамин, пароксетин, флуоксетин, сертралин), коида тариқасида, депрессияни даволашда қўлланиладиганлардан ошиб кетади.

Флуоксетиннинг бошланғич дозаси кунига 20 мг, терапевтик ва қўллаб - қувватловчи – кунига 20-60 мг, максимал-кунига 120 мг. Агар керак бўлса, дозани ерталаб ва кечкурун қабулларга бўлиш мумкин, таъсир, коида тариқасида, терапиянинг 6-8 хафталигидан олдин ривожланмайди.

Ескиталограмнинг бошланғич дозаси кунига 10 мг, максимал дозаси кунига 60 мг. Кунига 20-30 мг дан ортиқ дозаларни қўллаш яхши тушунилмаган. Қўллаб-қувватловчи терапия курси камида 6 ой.

Флувоксаминнинг бошланғич дозаси кунига 50 мг, терапевтик дозалар оралиғи кунига 100-300 мг. Доза бардошлилигига қараб ҳар 4-7 кунда аста-секин кунига 50 мг га оширилади. Максимал доз кунига 450 мг га етиши мумкин. Доза ерталаб ва кечкурун дозага бўлинади, катта доз кечаси буюрилади.

Пароксетиннинг бошланғич дозалари кунига 20 мг, терапевтик ва парваришлаш дозалари оралиғи кунига 20-60 мг; катта дозаларни қўллаш яхши ўрганилмаган, аммо максимал дозаси кунига 100 мг га етиши мумкин. Доза кунига бир марта олинади ва клиник таъсирга еришилгунга қадар ҳафтасига 10 мг оралиғида оширилади. Терапиянинг таъсири 6 ойлик терапия давомида қўллаб-қувватланади, ОКБ учун узоқроқ фойдаланиш етарли даражада ўрганилмаган.

Сертралиннинг бошланғич дозаси кунига бир марта 50 мг, терапевтик дозалар оралиғи кунига бир марта 50-200 мг. Юқори дозалардан фойдаланиш ёмон ўрганилган, максимал дозаси кунига 400 мг. Доза ҳафтасига 50 мг дан оширилади. Самарали терапия бир неча ой давом етиши мумкин.

ОКБ бўйича оғир оилавий тарихга ега бўлиш, тажовузкор, жинсий ва диний мазмундаги обсессивларнинг мавжудлиги, орбитофронтал кортексдаги глюкоза метаболизмининг заифлашиши, шунингдек ўнгдаги стриатумнинг каудат танасида глюкоза метаболизмининг кучайиши СҚОИ яхши жавоб беришнинг башоратчиси бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Патологик йиғиш белгиларининг мавжудлиги (Harding), бирга келадиган депрессия, шунингдек, меҳнат ва ижтимоий фаолият даражасининг сезиларли даражада пасайиши СҚОИ ёмон жавоб беришнинг башоратчиси бўлиб хизмат қилиши мумкин.

1B	Кломипрамин-селектив бўлмаган моноаминни қайтариб олиш ингибитори, аниқ серотонинпозитив таъсирга ега ТСА, Окбни даволаш учун иккинчи даражали дори сифатида тавсия етилади. Кломипраминнинг Обсесёнлар ва мажбурлашларга нисбатан самарадорлиги бир неча бор такрорланган РСТЛАРДА, шу жумладан катта кўп марказли синовларда ва мета-таҳлилларда тасдиқланган. Окбдаги кломипрамин самарадорлиги бўйича СҚОИ билан таққосланади ёки биров самаралироқ даволаш усули сифатида кўриб чиқилади, аммо бу ссриларга қараганда камроқ қулай хавфсизлик ва портативлик профилига ега. Беморларнинг мувофиқлигини сезиларли даражада камайтирадиган препаратнинг энг кенг тарқалган ён таъсири орасида антиколинержик (ксеростомия, ич қотиши, сийдикни ушлаб туриш, турар жой бузилиши ва бошқалар), антигистамин (седасён, вазн ортиши), анти-алфа-адренергик (гипотензия), аритмик таъсирлар (ЕКГ мониторинги зарур) ва конвулсив чегаранинг пасайиши.
-----------	---

Даволаш кечаси 25 мг кломипрамин ўз ичига олган 1 таблеткани буюриш билан бошланади. Кейин даволанишнинг биринчи ҳафтасида препаратнинг дозаси аста-секин ҳар бир неча кунда (толерантликка қараб) 100-150 мг суткалик дозага етгунча (одатда 2 ҳафта ичида) 25 мг га оширилади. дозани ошириш даврида ошқозон-ичак трактининг тирнаш хусусияти олдини олиш учун препаратни озиқ-овқат билан қабул қилиш тавсия етилади. Оғир ҳолатларда суткалик дозани максимал даражага кўтариш мумкин-қунига 250 мг. Препарат билан қўллаб-қувватловчи терапия бир неча ой давом етиши мумкин ва седасённинг олдини олиш учун бутун дозани қунига бир марта буюриш мумкин. Кломипраминнинг minimal самарали дозасини сақлаш тавсия етилади. Терапияни бошлашдан олдин гипокалемияни йўқ қилиш керак. Кломипраминни қабул қилишда камдан-кам учрайдиган, аммо хавфли нохуш ҳодисалар конвулсив тутилишлар ва гиперферментемиядир. Тез-тез ва нисбатан хавфсиз кирувчи таъсирлар тахяритмия, қуруқ шиллик пардалар ва сийиш қийинлиги кўринишидаги барча Тсаларга хос периферик таъсирлардир. турар жойнинг бузилиши ва ичак ҳаракатининг секинлашиши. Беморларнинг аксарияти кломипраминни қониқарли даражада тоқат қиладилар, аммо бу препаратнинг толерантлиги СҚОИ толерантлигидан кўра ёмонроқ.

Селектив serotonin ва норепинефринни қайтариб олиш ингибиторлари(ССНҚИ)

4C	Иккинчи даражали терапия сифатида венлафаксиндан фойдаланиш тавсия етилади. Венлафаксин билан даволашнинг қисқа курси (12 ҳафта) самарадорлиги бўйича м кломипрамин билан даволаш курси билан таққосланиши кўрсатилган, Венлафаксин еса яхши бардошлик билан ажралиб туради.
-----------	--

Дастлабки дозалар одатда қунига 75 мг ни ташкил қилади, аммо сезгир беморларда даволанишни қунига 37,5 мг дозада бошлаш мумкин; терапевтик ва парваришlash дозаси қунига 75 – 225 мг, оғир ҳолатларда максимал доз қунига 375 мг бўлиши мумкин. Зудлик билан чиқариладиган препарат қунига 2-3 марта, доимий чиқариладиган препарат қунига бир марта буюрилади. Доза клиник таъсирга еришилгунга қадар 4-7 кун оралиғида 75 мг дан оширилади. Қунига 225 мг дан юқори дозалар камдан кам қўлланилади ва уларнинг самарадорлиги яхши тушунилмаган. Терапиянинг таъсири 6 ойлик терапия давомида қўллаб-қувватланади, ОКБ учун узоқроқ фойдаланиш етарли даражада ўрганилмаган.

4C	Дулоксетинни иккинчи даражали муқобил дори сифатида қўллаш тавсия етилади. Дулоксетин ОКБ белгилари бўйича самарадорликни кўрсатади, аммо бу маълумотлар кичик намуналар ва клиник ҳолатлар сериясига ега бўлган тадқиқотларда олинган.
-----------	---

Дулоксетиннинг бошланғич дозаси кунига 30 мг, икки дозага бўлинади, терапевтик дозаси кунига 60 мг. Дозани ошириш ҳар куни 30 мг дан амалга оширилиши мумкин бўлса-да, баъзи беморлар дозани юмшоқроқ оширишни талаб қилади (ҳафтасига бир марта 30 мг). Максимал дозаси кунига 120 мг ни ташкил қилади, аммо юқори дозаларнинг самарадорлиги тўғрисида аниқ далиллар йўқ. Клиник таъсирни сақлаб қолиш учун даволаниш бир неча ой давом этиши мумкин, беморнинг ахволини диққат билан кузатиб бориш керак.

4C	Милнасиран бир қатор терапевтик жиҳатдан чидамли ҳолатларда ёки фармакокинетик тўқнашувлар мавжуд бўлганда (милнасиран бошқа СҚОИ қараганда анча паст даражада жигар томонидан метаболланади) ёки бошқа биринчи ва иккинчи даражали дорилар самарасиз бўлганда муқобил восита сифатида тавсия этилади.
-----------	--

Milnacipraning terapevtik va maksimal dozasi kuniga 300 mg (kuniga 3 marta 100 mg).

Психотерапия

Психотерапия ОКБНИ даволашнинг самарали усули ҳисобланади. Психофармакотерапия ва психотерапиянинг комбинацияси энг мақбулдир. Психотерапияга қўшилиш барча терапевтик босқичларда мумкин. Тўғридан-тўғри ОКБ белгилари, психотерапия усуллари (КХТ, ЕРП) ва турмуш тарзи, мослашиш даражаси ва стрессни енгиш билан боғлиқ бўлган омилларга қаратилган психотерапиянинг ўзига хос бўлмаган усуллари (екзистенциал - гуманистик терапия, оилавий клиник ва психологик маслаҳат, қисқа муддатли клиник ва психологик маслаҳат, атроф-муҳит терапияси ва бошқалар).

5C	<ol style="list-style-type: none"> 1) 1) Психотерапевтик аралашув қийин ва қуйидаги тоифадаги беморларда тавсия этилмайди: 2) 2) 1) ўзини ошкор қилишдан қўрқадиган ва психологик ҳимоя қилиш механизмлари мажмуасида рад этишнинг устунлиги бўлган беморлар; 3) 3) 2) ўзгариш мотивацияси етарли бўлмаган беморлар, касалликдан аниқ иккинчи даражали фойда; 4) 4) 3) шахслараро сезгирлиги паст бўлган беморлар; 5) 5) 4) психотерапия машғулотларида мунтазам қатнаша олмайдиган беморлар; 6) 6) 5) individual ва гуруҳ психотерапиясида фаол оғзаки нутқ ва тинглаш жараёнида иштирок етмайдиган беморлар; 7) 7) 6)характерли хусусиятлари individual ва гуруҳ психотерапиясида конструктив ишлашга имкон бермайдиган ва ушбу ишдан фойдаланадиган беморлар.
-----------	---

1A	Монотерапия шаклида ёки ПФТ билан биргаликда психотерапия ОКБ ташхиси қўйилгандан сўнг дарҳол тавсия этилади.
-----------	---

1B	Психотерапия биринчи даражали монотерапия сифатида фармакологик жиҳатдан бузилмаган, энгил ва ўртача даражадаги безовталиқ ёки нотўғри ишлаш даражаси бўлган беморларда, оғир психиатрик патологияси бўлмаган беморларда ва турли сабабларга кўра ПФТНИ кечиктиришни ёки ПФТДАН воз кечишни афзал кўрган беморларда тавсия этилади.
-----------	---

2A	Психотерапия ОКБ белгиларининг ҳар қандай зўравонлиги учун даволашнинг ҳар қандай босқичида қўшимча (ПФТГА ёрдамчи) усул сифатида тавсия этилади. КХТ ва изоляция қилинган таъсир қилиш терапияси гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қиладиган беморларда, шунингдек, когнитив пасайиш, психологик даволаниш учун мотивация етишмаслиги ва оғир психиатрик патология билан оғриган беморларда самарасиз ва тавсия этилмайди. Комбинацияланган терапия (ПФТ + психотерапия) фақат ПФТга қараганда яхшироқ ишлаш кўрсаткичларини намоён этади.
-----------	---

2B	ОКБ билан оғриган беморларда ташвиш ва зўриқиш даражасини янада самарали ва доимий равишда камайтириш, стрессни енгиш, ўзини ўзи бошқариш кўникмаларини ўргатиш, дам олишни ўрганиш, мантиқсиз муносабатларни тузатиш ва бошқалар учун психофармакотерапия билан биргаликда турли хил психотерапиядан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	--

5C	ОКБ билан оғриган беморларга ташвиш ва зўриқишни камайтириш, иррационал муносабатларни ўзгартириш ва мослашувчан фикрлаш ва хулқ-атвор кўникмаларини ўзлаштириш учун КХТ ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

5C	ОКБ билан оғриган беморларга ташвиш, зўриқиш даражасини пасайтириш, кўзгатувчи стимуллар таъсирини енгиш ва фобик ва мажбурий хатти-ҳаракатларнинг оғирлигини камайтириш учун ЕРП ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

5C	ОКБ билан оғриган беморларга ташвиш ва зўриқишнинг умумий даражасини пасайтириш ва ўз-ўзини бошқариш кўникмаларини ўргатиш учун Biofeedback техникасидан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	---

Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари

2A	Фармакотерапия ва (ёки) психотерапия олган ОКБ билан оғриган барча беморларга клиник қарорларни асослаш учун даволаш самарадорлигини баҳолаш тавсия этилади. Танланган терапия усулига қараб, даволанишнинг самарадорлигини баҳолаш 2, 4, 6, 8 ва 12 ҳафталик даволанишдан кейин мунтазам равишда амалга оширилиши тавсия этилади.
-----------	--

выбора Birinchi tanlov terapiyasi samarasiz bo'lgan strategiyalar

SNRI monoterapiyasini (klomipramin, SSRI yoki SNRI) olgan bemorlarning taxminan 40-60 foizi etarli dozalash va davomiylikka (kamida 4-6 hafta) javob bermaydilar. Reaktsiyaning yo'qligi terapiyaga javobning etarli emasligini anglatadi, ya'ni. Fly-BOCS shkalasi bo'yicha simptomlarning 25-35% dan kam kamayishi Amerika psixiatriya assotsiatsiyasi yo'riqnomasida SSRI va klomipramin (IOZS) ga boshqa vositalarni, xususan, birinchi avlod antipsikotiklarini (App) yoki ikkinchi avlodni (AVP) faqat 8-12 haftadan so'ng qo'shishni ko'rib chiqish tavsiya etiladi IOZS monoterapiyasi. Terapiyaning birinchi bosqichi samarasiz bo'lgan strategiyalar allaqachon buyurilgan IOZSGA boshqa antidepressantni qo'shishni o'z ichiga olishi mumkin (SSRILARGA klomipramin qo'shilishi yoki CLOMIPRAMINGA SSRI yoki SSRI qo'shilishi), ОКБ uchun o'rtacha terapevtik dozalardan yuqori dozalarni qo'llash, qon bosimining parenteral shakllaridan foydalanish, shuningdek, IOZSGA boshqa guruhlarning dori-darmonlarini qo'shish va farmakologik bo'lmagan terapiya usullarini o'tkazish. Qo'shimcha (klomipraminga yordamchi) vositalar bilan har qanday terapiya ehtiyotkorlik bilan (Tercihen haftalik) portativlik va xavfsizlik monitoringini talab qiladi.

4C	Agar monoterapiya samaradorligi etarli bo'lmasa, KLOMIPRAMINNI SSRI bilan birlashtirish tavsiya etiladi.
-----------	--

SQOI bilan kombinatsiyalangan klomipramin terapiyasining dozalari terapevtik diapazonda qolsada, serotonin sindromi rivojlanish xavfi ortishi sababli maksimal dozalarni qo'llash juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak.

2B	Antidepressantlarni parenteral yuborish (klomipramin) terapevtik ta'sirning boshlanishini tezlashtirishga imkon beradi, ammo 4-6 hafta o'tgach, xuddi shu antidepressantning taqqoslanadigan og'iz dozasi bilan samaradorlikdagi farqlar yumshatilishi mumkin. Terapevtik refrakterlik uchun IV klomipramin og'iz orqali qabul qilingan klomipraminga qaraganda samaraliroq ekanligi isbotlangan va terapevtik chidamli holatlarda foydalanish uchun tavsiya etiladi.
-----------	---

Dozalash rejimi va klomipraminni parenteral qo'llash usuli alohida belgilanadi. Mushak ichiga in'ektsiya 25-50 mg dan boshlanadi, so'ngra sutkalik doza 100-150 mg ga yetguncha dozani har kuni 25 mg (1 ampula) ga oshiradi. yaxshilanish qayd etilgandan so'ng, in'ektsiya soni asta-sekin kamayadi, ularni preparatning og'iz shakllari bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya bilan almashtiradi. Vena ichiga infuziya paytida davolash kuniga bir marta 50-75 mg (2-3 ampuladan iborat) tomir ichiga tomchilatib yuborish bilan boshlanadi. Preparatning maksimal terapevtik dozasi kuniga 150 mg ni tashkil qiladi. Infuzion eritmani tayyorlash uchun 250-500 ml izotonik natriy xlorid eritmasi yoki glyukoza eritmasi ishlatiladi; infuziya davomiyligi 1,5-3 soat. infuziya paytida mumkin bo'lgan kiruvchi reaksiyalarni o'z vaqtida aniqlash uchun bemorni diqqat bilan kuzatib borish kerak. Qon bosimini nazorat qilishga alohida e'tibor berilishi kerak, chunki ortostatik gipotenziya rivojlanishi mumkin. Yaxshilanishga erishilganda, klomipramin yana 3-5 kun ichida IV ga yuboriladi. Keyin, erishilgan ta'sirni saqlab qolish uchun ular preparatni og'iz orqali qabul qilishga o'tadilar; 25 mg dan 2 tabletka odatda 25 mg ni o'z ichiga olgan 1 ampulali klomipraminga teng. infuzion terapiyadan preparatni og'iz orqali qabul qilishga bosqichma-bosqich o'tish uchun avval bemorni mushak ichiga yuborish mumkin.

5C

Terapevtik jihatdan chidamli holatlarda SQOI dozalarini maksimal darajaga ko'tarish tavsiya etiladi, yon ta'sirlarni diqqat bilan kuzatib borish va terapiya kursini 4-12 hafta bilan cheklash. Agar ushbu strategiya samarasiz bo'lsa, ba'zi OKB holatlarida SSRI dozalarini ko'rsatmalarda tavsiya etilganidan yuqori darajada ehtiyotkorlik bilan ishlatish tavsiya etiladi.

OKB bilan og'rigan refrakter bemorlarda Amerika psixiatriya assotsiatsiyasi essitalopram dozalarini kuniga 60 mg, fluvoksaminni kuniga 450 mg, fluoksetinni kuniga 120 mg, paroksetinni kuniga 100 mg, sertralinni kuniga 400 mg gacha oshirishni tavsiya qiladi. Shunday qilib, bitta RCT sertralinning kuniga 250-400 mg dozada preparatning standart terapevtik dozalariga nisbatan ustunligini ko'rsatadi. Shunga o'xshash ma'lumotlar bitta ochiq tadqiqotda va essitalopramning yuqori (kuniga 30-50 mg) dozalari bilan bitta RCTDA olingan. SSRI ning yuqori dozalarini qo'llashda ushbu dorilarning oshqozon-ichak va jinsiy yon ta'siri, shuningdek serotonin sindromi rivojlanishi ehtimoli ko'proq.

Antipsikotik vositalar

OKBda refrakterlikni engishning eng yaxshi o'rganilgan usullaridan biri bu allaqachon amalga oshirilayotgan SQOI terapiyasiga antipsikotik vositalarni qo'shishdir. Bunday kombinatsiyalangan terapiyaning 4-8 xaftaligi davomida bemorlarning taxminan uchdan bir qismi sezilarli yaxshilanishga ega. Hozirgi vaqtda ushbu ko'rsatkich bo'yicha na bizning mamlakatimizda, na chet ellarda antipsikotik dorilar qayd etilmagan.

1A

Haloperidol, risperidon va aripiprazol birinchi navbatda okbning refrakter holatlarida foydalanish uchun tavsiya etiladi.

Haloperidolning boshlang'ich dozasi dastlabki 3 kun davomida kuniga 2 mg ni tashkil qiladi, so'ngra bemorning davolanishga bo'lgan munosabatiga qarab, doz asta-sekin har uch kunda 2 mg/kunga 10 mg/kungacha oshiriladi va 2-3 dozaga taqsimlanadi. OKBda haloperidolning yuqori dozalari kam o'rganilgan va kamdan – kam hollarda qo'llaniladi, maksimal dozasi kuniga 10 mg. EPS paydo bo'lganda, Markaziy antikolinergik ta'sirga ega dorilar birlashtiriladi.

Risperidon, haloperidolning ozgina afzalliklariga qaramay, haloperidolga qaraganda yaxshiroq tolerantlikka ega (EPSni kamroq qo'zg'atadi) va tashvish va depressiya belgilarining yaxshilanishiga olib keladi. Risperidonning boshlang'ich dozasi kuniga 0,5-1 mg ni tashkil qiladi, so'ngra tolerantlikka qarab doz asta-sekin kuniga 0,5-1 mg ga oshiriladi, aksariyat hollarda kuniga 2-4 mg gacha va 2 dozaga taqsimlanadi. OKBda risperidonning yuqori dozalari etarlicha o'rganilmagan va kamdan – kam hollarda qo'llaniladi, maksimal dozasi kuniga 6 mg.

Aripiprazolning boshlang'ich dozasi kuniga 5 mg ni tashkil qiladi, dozasi asta – sekin (har 2 haftada bir marta) maksimal darajaga yetguncha 5 mg ga oshiriladi-kuniga 20 mg. Terapevtik va parvarishlash dozasi kuniga bir marta kuniga 10-15 mg ni tashkil qiladi. OKBda aripiprazolning

yuqori dozalarini qo'llash etarli darajada o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 20 mg ni tashkil qiladi. Boshqa AVPLARDAN farqli o'laroq, aripiprazol shubha va vazn ortishiga yo'l qo'ymaydi.

2A	Ketiapin, olanzapin va paliperidon SQOI kuchaytiruvchi terapiyasining ikkinchi qatori sifatida tavsiya etiladi.
-----------	---

Ketiapinning boshlang'ich dozasi kuniga 25 mg ni tashkil qiladi. Yaxshi bardoshlik bilan doz har hafta kuniga 25 mg dan terapevtik dozaga 200 mg/kungacha oshiriladi. Doza odatda kuniga 2-3 dozaga taqsimlanadi. Klinik ta'sirga va individual tolerantlikka qarab, dozani maksimal darajaga ko'tarish mumkin - kuniga 600 mg. Ketiapin antidepressant va bezovtalikka qarshi ta'sirga ega, bu tegishli komorbid simptomlari bo'lgan bemorlarda qo'llanilishi mumkin.

Olanzapinning boshlang'ich dozasi kuniga 5 mg ni tashkil qiladi, ta'sirga qarab doz har hafta kuniga bir marta 5 mg dan 10-15 mg gacha oshiriladi. OKBda olanzapinning yuqori dozalari etarlicha o'rganilmagan va kamdan – kam hollarda qo'llaniladi, maksimal dozasi kuniga 20 mg.

Paliperidonning boshlang'ich dozasi kuniga 3 mg ni tashkil qiladi, so'ngra tolerantlikka qarab, doz asta-sekin kuniga 3 mg ga 5 kunlik interval bilan oshiriladi. Ko'p hollarda terapevtik doz kuniga bir marta kuniga 6 mg ni tashkil qiladi. OKBda paliperidonning yuqori dozalari etarli darajada o'rganilmagan, maksimal o'rganilgan dozasi kuniga 9 mg.

4C	Amisulprid yuqoridagi antipsikotik dorilarning samarasizligi yoki intoleransi uchun tavsiya etiladi.
-----------	--

Amisulpridning boshlang'ich dozasi kuniga bir marta kuniga 200 mg, terapevtik dozasi kuniga 200-600 mg. Kuniga 400 mg dan ortiq doz ikki dozaga taqsimlanadi. OKBda amisulpridning yuqori dozalari etarli darajada o'rganilmagan va kamdan – kam hollarda qo'llaniladi, o'rganilgan maksimal dozasi kuniga 600 mg.

4C	Klozapinni OKB uchun ishlatish tavsiya etilmaydi, chunki ishonchli samaradorlik ma'lumotlari mavjud emas. Bundan tashqari, klozapin obsesif-kompulsiv simptomlarning paydo bo'lishiga olib kelishi yoki shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda mavjud bo'lgan Obsessiyalar va majburlashlarning ko'payishiga olib kelishi mumkin (bu xavf dozosavisim bo'lib, klozapin shizofreniya bilan og'rigan bemorga birlamchi buyurilganda 20-25% ni tashkil qiladi).
-----------	--

Antikonvulsanlar

2B	Refrakter OKB uchun kompulsiyalarga (lekin obsessiyaga emas) nisbatan 50-400 mg (o'rtacha doz 178 mg/kun) sutkalik dozada topiramat bilan adjuvant terapiyaning samaradorligi ko'rsatilgan. Preparat terapevtik chidamli OKB uchun qo'shimcha terapiya sifatida tavsiya etiladi.
-----------	--

Topiramatning boshlang'ich dozasi kuniga bir marta kuniga 25 mg, terapevtik dozasi kuniga 100-200 mg. Dozani titrlash har hafta 50 mg dan amalga oshiriladi. Doza ertalab va kechqurun qabul qilish uchun taqsimlanadi. OKBda topiramatning yuqori dozalarini qo'llash etarli darajada o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 400 mg. Minimal terapiya kursi 12 hafta.

4C	Okbga chidamli holatlarda terapiya samaradorligini oshirish uchun lamotrigindan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	--

Teri toshmalarining rivojlanishi tufayli dozani titrlash juda asta-sekin amalga oshirilishi kerak, ayniqsa boshqa antiepileptik dorilarga allergik reaksiyalari bo'lgan bemorlarda. Lamotriginning boshlang'ich dozasi 2 hafta davomida kuniga bir marta 25 mg/kun, 3 va 4-haftalarda dozasi kuniga 50 mg, 5-haftada kuniga bir marta 100 mg, 6-haftadan boshlab dozani kuniga 200 mg gacha oshirish mumkin. kun. Terapevtik doz kuniga bir marta kuniga 100-200 mg ni tashkil qiladi. OKBda lamotriginning yuqori dozalarini qo'llash etarli darajada o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 400 mg. Jigar glyukuronidatsiyasi fermentlarining inhibitörleri yoki induktorlari bilan birgalikda qo'llanilganda, lamotrigin dozasi tegishli tuzatishni talab qiladi.

3B	Gabapentin OKB bilan og'rigan bemorlarda fluoksetin ta'siriga erishishni tezlashtirish uchun tavsiya etiladi.
-----------	---

Gabapentinning boshlang'ich dozasi davolanishning birinchi kunida bir marta 300 mg, ikkinchi kuni kuniga ikki marta 300 mg va uchinchi kuni kuniga 3 marta 300 mg, terapevtik dozasi kuniga 300-600 mg ni tashkil qiladi. OKBda gabapentinning yuqori dozalarini qo'llash o'rganilmagan, o'rganilgan maksimal doz kuniga 600 mg.

Boshqa vositalar

3B	Mirtazapin antidepressantidan foydalanish tavsiya etiladi. Mirtazapin serotonerjik ta'sirga erishish uchun SQOI dan farqli mexanizmga, shuningdek alfa-adrenolitik ta'sirga ega.
-----------	--

Mirtazapinning boshlang'ich dozasi kechasi bir marta 15 mg, terapevtik dozasi kuniga 30-45 mg, dozani 15-30 mg ga oshirish 1-2 haftalik terapiyadan so'ng asta – sekin amalga oshiriladi. Preparat aniq sedativ ta'sirga ega, shuning uchun butun sutkalik doza odatda yotishdan oldin bir marta buyuriladi. O'rganilgan maksimal doz-kuniga 60 mg.

2A	Ondansetron, serotonin 5ht3 retseptorlari blokeri, hozirda asosan qusishga qarshi dori sifatida ishlatiladi. Ondansetron turli sabablarga ko'ra SSRILARDAN tashqari App yoki AVPNI qabul qila olmaydigan yoki qabul qilishni istamaydigan refrakter OKB bemorlarida potentsial samarali muqobil yordamchi terapiya usuli (kunlik 1-8 mg dozada) sifatida tavsiya etiladi.
-----------	---

Ondansetronning boshlang'ich dozasi kuniga 1 mg, terapevtik dozasi kuniga bir marta 2-8 mg/kun. OKBda ondansetronning yuqori dozalarini qo'llash o'rganilmagan.

2A	Ta'sir mexanizmi bo'yicha ondansetronga yaqin bo'lgan granisetron preparati OKB bilan SIOSSGA chidamli bemorlarda Fluvoksamin bilan birgalikda rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatdi va agar u samarasiz yoki murosasiz bo'lsa, ondansetron bilan kuchaytiruvchi terapiyaga alternativa sifatida tavsiya etilishi mumkin.
-----------	---

Granisetronning terapevtik dozasi kuniga bir marta kuniga 2 mg ni tashkil qiladi. OKBda granisetronning yuqori dozalarini qo'llash o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 2 mg.

2A	Asetilsistein, glutamaterjik ta'sirga ega dori, terapiyaga chidamli OKB bemorlarida SSRILARGA qo'shilganda samarali ekanligi isbotlangan va bunday bemorlarda foydalanish uchun tavsiya etiladi.
-----------	--

Asetilsisteinning terapevtik dozasi kuniga uch marta kuniga 600-3000 mg ni tashkil qiladi. Terapiya kursi 8-16 hafta, agar ta'sir ko'rsatilsa, parvarishlash terapiyasi bir yildan ortiq davom etishi mumkin. Maksimal dozasi kuniga 3000 mg.

2B	Hozirgi vaqtda Altsgeymer tipidagi demansni davolash uchun keng qo'llaniladigan raqobatdosh bo'lmagan NMDA retseptorlari antagonisti memantin refrakter OKB uchun yordamchi vosita sifatida samarali ekanligini ko'rsatdi va SSRI terapevtik qarshiligi bo'lgan bemorlarda foydalanish uchun tavsiya etiladi.
-----------	---

Memantin boshlang'ich dozasi kuniga 5 mg ni tashkil qiladi, yaxshi bardoshlik bilan doz asta - sekin haftasiga 5 mg ga oshiriladi, terapevtik dozasi kuniga ikki marta kuniga 20 mg. OKBda memantin yuqori dozalarini qo'llash etarli darajada o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 16 mg.

Бутунжаҳон биологик психиатрия жамиятлари федерацияси (ВФСБП), Америка психиатрия ассоциацияси (АПА) ва Канада психиатрия ассоциациясининг кўрсатмалари фармакотерапия самарадорлигини баҳолаш зарурлигини кўрсатади (шу жумладан расмийлаштирилган психометрик воситалар - Флй-БОСС шкаласи ёрдамида) ва ҳар 4-6 ҳафтада даволаниш режимини қайта кўриб чиқиш. Шу билан бирга, беморларнинг ярмида ССРИ таъсири секинроқ ривожланади ва максимал дозаларга яқин дозаларда камида 8-12 ҳафталик терапияни талаб қилади.

Психотерапияда курснинг тўғри давомийлиги 8 ёки 16 ҳафта бўлиб, машғулотлар ҳафтасига 2 ёки 1 марта 90-120 дақиқа давом этади. Бундай ҳолда, психотерапия курси охирида даволаниш самарадорлигини баҳолаш керак.

Ўтказилган ПФТ ва (ёки) психотерапия самарадорлигини баҳолаш учун клиник интервью (клиник-психопатологик тадқиқотлар) ва психометрик воситалар/тарозилар (ФЛЙ-БОСС ва бошқалар) қўлланилади. Бундай ҳолда, таъсир (терапевтик аралашувга жавоб) ФЛЙ - БОСС шкаласи бўйича умумий баллнинг камида 25-35% га камайиши сифатида баҳоланади. Шу билан бирга, клиник тушунча терапияга жавоб ҳар доим ҳам клиник самарадорликнинг етарли ўлчови бўлиб хизмат қила олмайди, чунки симптомларнинг камайиш даражаси унинг дастлабки оғирлигига боғлиқ ва оғир ҳолатларда жиддий қолдиқ симптоматология сақланиб қолиши мумкин, бу ҳали ҳам ижтимоий фаолиятни қийинлаштиради ва беморни ёмонлаштиради. Шунинг учун қолдиқ симптомларнинг *minimal* зўравонлиги билан ремиссия ҳолатига еришиш муҳимдир. ФЛЙ-БОСС шкаласи бўйича Окбда ремиссия учун симптомларнинг мақбул даражаси умумий балл 14 дан кам, тикланиш еса 10-12 баллдан кам.

Гиёҳванд бўлмаган усуллар

2А	Чуқур мия стимуляцияси (ДСМ) нейрохирургик даволаш усули бўлиб, электродларни миянинг маълум жойларига электр импульслари билан нерв тўқимасини рағбатлантирадиган имплантация қилишни ўз ичига олади. Усулнинг ўзига хос хусусияти унинг қайтарувчанлиги (яъни электродларни имплантация қилиш имконияти) ва мослашувчанлиги, яъни <i>individual</i> стимуляция параметрларини (частота, интенсивлик, оқим кучи ва бошқаларни) сошлаш қобилиятидир.) даволаш пайтида. Ушбу усул Parkinson касаллигининг узоқ босқичларида доимий ногирон восита аломатларини тузатиш учун энг кўп қўлланилади. Окбда ушбу усулдан фойдаланиш фақат бошқа терапия турларига тўлиқ чидамли бўлса ва бошқа нейрохирургик усуллар билан бир қаторда "охирги чора воситаси" сифатида кўриб чиқилса тавсия етилади."
-----------	---

Тиббий хизматлар номенклатурасига мувофиқ ГСМ бир нечта процедураларни ўз ичига олади: нейростимуляторни имплантация қилиш, интрасеребрал электродларни имплантация қилиш, стереотактик усул билан интрасеребрал электродларни имплантация қилиш ва мияни электр стимуляцияси. Стереотактик электродни киритиш ва стимуляция қилиш учун анатомик мақсадлар хилма-хилдир-ички капсуланнинг олд қисми, *pallid* глобуснинг *medial* қисми, *ventral* капсула/*ventral striatum*, ядро акумбенслари, субталамик ядролар ва пастки таламик педикула. Турли хил стимуляция параметрлари (оқим ва кучланиш, қутбланиш, импульс хусусиятлари ва частотаси ва бошқалар.) кенг фарқ қилади ва алоҳида танланади. Муваффақият учун психологик ёрдам, оилавий маслаҳат ва психотерапия муҳим аҳамиятга ега.

1А	Транскраниал магнит стимуляция, биринчи навбатда ритмик (пулс) ёки циклик (смс), шунингдек чуқур ТМС ўртача ва тез самарадорликни кўрсатди. Шу билан бирга, восита обсессёнлари ва кўшма депрессив аломатлар кўпроқ даражада камайди. Қисқа икки ҳафталик курсни ва яхши толерантликни ҳисобга олган ҳолда, ТМС ОКБНИНГ фармакорезистант шакллари учун тавсия етилиши мумкин.
-----------	---

Энг самарали ТМС режими ва стимуляция нуқталарининг таърифини аниқлаштириш керак бўлса - да, ҳозирда *medial prefrontal* кортекс майдонидан юқори частотали (20 Гц) чуқур ТМСГА устунлик берилади (техника FDA томонидан 2019 йилда чидамли ОКБ учун тасдиқланган) ва олдинги сингулат кортекси дастлабки "провокация" билан "белгилари даволаш буюк самарадорлигини, шунингдек кўшимча автомобил майдони юқорида ўнг томонлама *prefrontal* Стмс еришиш учун.

3В	Ҳозирги кунда рефрактер Окбда самарадорликнинг ишончли далиллари мавжуд бўлмаган доривор бўлмаган экспериментал усулларга электроконвулсив терапия (ект) ва бир қатор нейрохирургик техникалар, шу жумладан <i>gamma</i> радиожарроҳлик (" <i>gamma</i> пичок") (икки
-----------	---

	томонлама олдинги капсулотомия, сингулотомия, субкаудал трактотомия, палидотомия, таламотомия). Шунинг учун ушбу даволаш усулларининг барчасини тиббий амалиётда кенг қўллаш учун тавсия етиш мумкин эмас. Истисно-бу оғир қўшма депрессия ва ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлган ЕСТДАН фойдаланиш.
--	--

Рецидивга қарши терапия

5C	Агар даволашнинг биринчи босқичидан (яъни 8-12 ҳафта давомида ССРИ монотерапияси) ёки кейинги босқичлардан (кломипрамин билан алмаштириш ёки ССРИ ёрдамчи моддалари ва даволаш усулларини 8-12 ҳафта давомида қўллаш) кейин клиник таъсирга еришилса, терапияни 1-2 йил давом еттириш тавсия етилади. Фармакотерапия тўхтатилган тақдирда, дориларнинг дозаси аста-секин, ҳар 10-25 ойда 1-2% га камайтирилиши керак.
-----------	---

Клиник таъсирга еришиш ОКБ белгиларининг интенсивлигини (зўравонлигини), уларнинг частотаси ва давомийлигини, шунингдек, беморда безовталиқ ва мослашиш бузилиши даражасини камайтиришни англатади. Терапия пайтида симптомларнинг камайиши одатда ФЛЙ-БОСС психометрик шкаласи бўйича баҳоланади.

3B	Семптомларнинг юқори зўравонлиги ва рефрактерлик мавжуд бўлганда, фармакотерапияни муддаиз ўтказиш тавсия етилади.
-----------	--

Реабилитация

3B	ОКБ билан оғриган беморларга беморларнинг вақтинча меҳнат қобилиятини йўқотиш, жамиятда ерта социализация ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун реабилитация чораларидан фойдаланиш тавсия етилади.
-----------	---

5C	ОКБ билан оғриган барча беморларга реабилитация мақсадида психотерапия тавсия етилади. Биринчидан, биз беморни реабилитация қилиш ва унинг ижтимоий-меҳнат ва тиббий прогнозини яхшилашга бевосита ҳисса қўшадиган тўғридан-тўғри ОКБ белгилари, психотерапия усуллари (СБТ, ЕРП) ҳақида гапирамиз. Иккинчидан, турмуш тарзи, мослашиш даражаси ва стрессни енгиш билан боғлиқ бўлган омилларга (екзистенциал-гуманистик терапия, оилавий клиник ва психологик маслаҳат, қисқа муддатли клиник ва психологик маслаҳат, атроф-муҳит терапияси ва бошқалар) қаратилган ўзига хос бўлмаган психотерапия усуллари тавсия етилиши мумкин.
-----------	--

O'zbekiston Respublikasining "asosiy dori vositalari umumiy ro'yxatiga" kiritilgan dori vositalari guruhlari

Kod	Anatomik va terapevtik kimyoviy tasniflash guruhlari (ATC)	Xalqaro patentlanmagan nom	Kuniga o'rtacha doz	Kurs uchun o'rtacha doz
N05AA	Fenotiyazin alifatik birikmalari	Xlorpromazin Levomepromazin	600 mg 100 mg	6000 mg 1000 mg
N05AB	Fenotiyazin piperazin birikmalari	Trifluoperazin Flufenazin	20 mg 100 mg	420 mg 1000 mg
N05AC	Fenotiyazin piperidin birikmalari	Tioridazin	200 mg	4200 mg
N05AD	Butirofenon birikmalari	Haloperidol	10 mg	210 mg
N05AH	Diazepinlar, oksazepinlar va tiazepinlar	Ketiapin Klozapin Olanzapin	400 mg 200 mg 10 mg	8400 mg 4200 mg 100 mg
N05AL	Benzamidlar	Sulpirid Tiaprid	300 mg 300 mg	6300 mg 6300 mg
N05AX	Boshqa antipsikotik vositalar	Risperidon	2 mg	42 mg
N03AF	Karboksamid hosilalari	Karbamazepin	400 mg	1200 mg
N03AG	Yog' kislotalarining hosilalari	Вальпроевая кислота	750 mg	22500 mg
N03AX	Boshqa antiepileptik dorilar	Lamotrigin	25 – 50 mg	1500mg
N05AN	Lityum tuzi	Лития соли	300-600mg	18000mg
N06AB	Selektiv serotoninni qaytarib olish inhibitörleri	Fluoksetin Sertralin	20mg 20mg	600mg 600mg
N06AX	Boshqa antidepressantlar	Trazodon Mirtazapin Venlafaksin	100mg 30mg 75 mg	3000mg 900mg 2250 mg
N06AA	Selektiv bo'lmagan monoaminni qaytarib olish inhibitörleri	Amitriptilin	75 mg	2250 mg

Профилактика

5C	ОКБ билан оғриган беморларга даволанишни иложи борича ерта бошлаш, ПФТНИ тўғри қабул қилиш ва психотерапия машғулотлари жадвалига риоя қилиш ва соғлиқ ва турмуш тарзи билан боғлиқ хавф омилларини тузатиш тавсия этилади. ОКБ белгиларининг олдини олишга қаратилган махсус профилактика мавжуд эмас.
-----------	---

5C	ОКБ курсининг оғирлигига қараб, вазиятни динамик баҳолаш, терапияни тузатиш учун кўрсатмаларни аниқлаш ва касалхонага ўз вақтида ётқизиш учун полипрофессионал гуруҳ мутахассислари, шу жумладан психиатр, психотерапевт томонидан мунтазам амбулатория кузатуви тавсия етилади.
-----------	--

5C	Агар парасуицидал ва ўз жонига қасд қилиш фикрлари ёки ҳаракатлари мавжуд бўлса, фаол диспансер назорати тавсия етилади.
-----------	--

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил етиш

(барқарорлаштирувчи) ва қўллаб-қувватловчи (профилактик/релапсга қарши). Психотерапия (СБТ, ЕРП), шу жумладан реабилитация учун ишлатилади ва ижтимоий-меҳнат мослашувини (реабилитацияни) яхшилашга, биргаликда безовталик касаллигини камайтиришга ёрдам беради ва даволанишнинг ҳар қандай босқичида қўлланилади.

Стационар даволаниш (касалхонага ётқизиш) учун кўрсатмалар бир вақтнинг ўзида депрессия, оғир қайғу, ўз жонига қасд қилиш ва парасуицидал фикрлар ва ўз жонига қасд қилиш хавфининг мавжудлиги, шифохонада янада интенсив терапевтик тадбирларни талаб қиладиган даволанишга чидамлилиқ, шунингдек аниқ ижтимоий ва меҳнат етишмовчилиги бўлиши мумкин (масалан, чекловчи хатти - ҳаракатлар ёки оғир ногиронлик мажбурлашлари туфайли). Стационар даволанишдан сўнг, касалхонадан чиқиш учун асос вазиятни яхшилаш, янги даволаш режимига қониқарли бардошлиқ ва ўз жонига қасд қилиш хавфининг йўқлиги ҳисобланади.

Қўшимча маълумот

Ноқулай курс ва терапевтик қаршилик ривожланишига ҳисса қўшадиган омиллар:

коморбид руҳий касалликлар (шахсият бузилиши, депрессия, шизофрения спектрининг бузилиши ва бошқалар);

ноқулай ижтимоий ва оилавий шароитлар (қўллаб-қувватловчи муҳитнинг етишмаслиги, ёлғизлик);

турмуш тарзи билан боғлиқ ноқулай омиллар (стрессли вазиятлар, жисмоний ҳарақатсизлик, соғлом иш ва дам олиш режимининг йўқлиги, тўғри уйку-уйғониш режими);

паст мувофиқлик (даволанишга ёмон риоя қилиш);

спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш (хусусан, психостимуляторлар ва бензодиазепин ҳосилалари);

. аппни қўллаш, ҳалоперидолнинг кичик дозалари бундан мустасно. Допамин рецепторлари учун аниқ антагонизмга ега антипсихотик дориларни қабул қилишда юзага келадиган экстрапирамидал бузилишлар мажбурлашни кучайтириши мумкин (восита обсессёнлари);

серотонержик фаолликни оширувчи бир нечта дориларни асоссиз қўллаш (МАОИ-а кломипрамин, ССРИ ёки СНРИ билан биргаликда) serotonin синдромини ривожланиш хавфини ошириши мумкин;

релапсга қарши терапия вақтини асоссиз равишда қисқартириш симптомларнинг кучайишига олиб келиши мумкин.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
1.	Тўлиқ психиатрик текширув ўтказилди (шу жумладан объектив ва субъектив тарихни тўплаш, ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш)	Ха/Йок
2.	Биргаликда патология ва бошқа хавф омилларини истисно қилиш учун клиник текширув ўтказилди	Ха/Йок

3.	Умумий (клиник) қон текшируви, биокимёвий умумий терапевтик қон текшируви, умумий сийдик таҳлили, қон зардобининг умумий трийодотиронин (Т3) даражаси, қон зардобининг еркин трийодотиронин (Т3) даражаси, қон зардобининг умумий тироксин (Т4) даражаси, қон зардобининг еркин тироксин (Т4) даражаси, қондаги қалқонсимон безни стимуляция қилувчи гормон даражаси; электрокардиография, електроенцефалография	Ха/Йок
4.	Экспериментал психологик текширув ўтказилди	Ха/Йок
5.	Терапия буюрилади ва даволаш самарадорлиги баҳоланади (2, 4, 6, 8 ва 12 ҳафталик даволанишдан кейин усулга қараб)	Ха/Йок
6.	Агар биринчи танлов терапиясининг таъсири бўлмаса ёки етарли бўлмаса (терапевтик қаршилик мавжудлиги), терапия тузатилади	Ха/Йок
7.	ОКБ белгиларининг интенсивлиги (зўравонлиги), уларнинг частотаси ва давомийлиги, шунингдек, беморнинг қайғу ва мослашув даражасининг пасайиши кузатилди	Ха/Йок

ОКБ биологик терапия алгоритми

ОКБ ташхиси қўйилгандан сўнг, симптомларнинг оғирлиги, бошланиш yoshi, типология, мақсад белгилари, коморбид касалликлар, шунингдек, олдинги терапиянинг самарадорлиги ва бардошлилигини баҳолашдан сўнг, 8-12 ҳафта ичида биринчи даражали ССРИЛАРДАН бири билан монотерапия алгоритмининг И босқичига ўтиш керак.

ССРИ дозалари бошқа Анксиете касалликларидагидан юқори қўлланилади (диаграммага қаранг). Терапия усулига қараб, терапиянинг 14-28 кунларида даволаш самарадорлигини баҳолаш керак. Таъсир бўлмаса, ташхисни аниқлаштириш ва самарасизликнинг ятрогеник сабабларини истисно қилиш керак, уларнинг асосийлари дозанинг етарли емаслиги ва (ёки) терапиянинг етарли емаслиги.

Ҳақиқий самарасизлик ёки интолерантлик ҳолатида ССРИЛАРНИНГ биринчи курси ИИ босқичга ўтиши керак – кломипрамин ёки бошқа ССРИЛАРНИНГ монотерапияси (шунингдек, 8-12 ҳафта ичида). Иккинчи босқичнинг иккита усулининг самарадорлиги (бошқа ССРИ ёки кломипраминга ўтиш) таққосланади – иккала ҳолатда ҳам терапевтик таъсир беморларнинг 30-40 фоизида учрайди. Бошқа антидепрессантларга ўтишнинг самарадорлиги янада такомиллаштиришни талаб қилади. Кломипрамин ҳолатида терапевтик таъсирни кучайтириш учун 10-14 кун давомида (юрак-қон томир функциялари мониторинги билан стационар шароитда) томир ичига юбориш, сўнгра оғиз орқали қабул қилишга ўтиш жоиздир. Еффе́кта еришилганда, улар бир хил antidepressant билан бир хил antidepressant билан монотерапиянинг узок (Терсихен 1-2 йил) даврига олдинги ёки бироз кичикроқ дозаларда ўтадилар (кломипрамин учун парваришlash дозаси терапевтик дозадан анча паст бўлиши мумкин).

Таърифланган усулларнинг самарасизлиги билан улар 8-12 ҳафта ичида ёрдамчи терапияга ўтадилар (ИИИ– В босқичлар). Ҳозирги вақтда ссриларнинг антипсихотик дорилар билан комбинацияси энг самарали деб тан олинган. Бундай комбинациялардан фойдаланганда беморнинг соматик ва рухий ҳолатини диққат билан кузатиб бориш керак (яхшиси ҳар ҳафта). Арипипразол, рисперидон ва озроқ даражада кветиапин, амисулприд, оланзапинва палиперидон ўртача терапевтик дозаларда (диаграммага қаранг). Ҳалоперидолни кичик дозаларда (қунига 5 мг гача) бириктириш мумкин.

ИВ босқичда қўлланиладиган муқобил даволаш усулларига антиэпилептик дорилар (gabapentin 300-900 мг/кун, ламотригин 100-200 мг/кун, топирамат 100-200 мг/кун), шунингдек мемантин 10-20 мг/кун, асетилстеин 600-1200 мг/кун, миртазапин 30-60 мг/кун ва бошқалар киради.ondansetron қунига 1-8 мг. В босқичда қўлланиладиган экспериментал ёрдамчи терапия усуллари илгари фойдаланилмаган вариантларни ўз ичига олиши мумкин.

Агар терапевтик таъсирга еришилса, улар adjuvant воситани босқичма-босқич бекор қилиш ёки антипсихотик воситалар билан ССРИЛАРНИНГ узок муддатли комбинацияланган терапияси билан олдинги ИОЗСНИ узок муддатли (1-2 йил) даволашга ўтадилар.

Ҳар қандай босқичда чора-тадбирлар самарасиз бўлса, ташхиснинг тўғрилигини қайта баҳолаш, мувофиқликни текшириш, терапевтик таъсирга ҳалақит берадиган коморбид рухий касалликлар ва қўшма касалликларни истисно қилиш керак (масалан, гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш, шахсият бузилиши ва бошқалар).

Ижобий маълумотлар бўлмаса, улар кейинги босқичларга ўтадилар, улар инвазив бўлмаган дори-дармонсиз терапия усулларини (стмс, чукур ТМС), шунингдек ёқилғи-мойлаш материалларини ўз ичига олади. Стмс нинг барча вариантлари орасида қўшимча motor соҳаси устида ўнг томонлама prefrontal стмс энг самарали ҳисобланади. Ёқилғи-мойлаш материалларининг камчиликлари нейрохирургик аралашувга хос бўлган инвазивлик ва ножўя таъсирлардир ("биринчи танлов самарасиз бўлган стратегиялар – гиёҳванд бўлмаган усуллар" бўлимига қаранг). Ҳозирги вақтда бошқа дори-дармонсиз ва нейрохирургик усуллар экспериментал бўлиб, фақат аниқ қайғу ва ногиронлик билан доимий қаршилик ҳолатларида кўрсатилади. Ект ўз жонига қасд қилиш фикрлари

ва оғир коморбид депрессия мавжуд бўлганда ҳам қўлланилиши мумкин. Агар дори-дармонсиз усул самарали бўлиб чиқса, ССРИ учун узок муддатли монотерапияга ўтиш керак.

Психотерапия фармакологик жиҳатдан бузилмаган, енгил ва ўртача даражадаги безовталиқ ёки нотўғри ишлаш даражаси бўлган беморларда, оғир психиатрик патологияси бўлмаган беморларда ва турли сабабларга кўра ПФТНИ кечиктиришни ёки ПФТДАН воз кечишни афзал кўрган беморларда биринчи даражали монотерапия сифатида қаралиши керак. Психотерапияни ОКБ белгиларининг ҳар қандай зўравонлиги учун даволашнинг ҳар қандай босқичида қўшимча (ПФТГА ёрдамчи) усул деб ҳисоблаш мумкин.