

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-AMALIY
MARKAZI**

**“OBSESIM-KOMPULSIV BUZUQLIK” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT – 2025

“KELISHILGAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy
salomatlik ilmiy-amaliy
markazi direktori
Z.Sh.Ashurov



“ _____ ” “ _____ ” 202__ yil

“OBSESSIV-KOMPULSIV BUZILISH”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

**“OBSESIV-KOMPULSIV BUZUQLIK”
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

Kirish qismi

F42.0	Asosan shilqim fikrlar yoki mulohazalar
F42.1	Asosan majburiy harakat [obsesif ritual]
F42.2	Aralash shilqim fikrlar va harakatlar
F42.8	Boshqa obsesif-kompulsiv buzilishlar
F42.9	Obsesif-kompulsiv buzilish aniqlanmagan
	https://icd.who.int/browse10/2010/en#
6B2Z	Obsesif-kompulsiv yoki tegishli kasalliklar, aniqlanmagan
6B2Y	Boshqa belgilangan obsesif-kompulsiv yoki tegishli kasalliklar
6B20.1	Tanqidning kamayishi yoki yo'qligi bilan obsesif-kompulsiv buzuqlik
6B20.0	Qoniqarli yoki buzilmagan tanqid bilan obsesif-kompulsiv buzuqlik
	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi

Biz klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shdik:

Alimov O'. X. - t.f.d., professor, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Abdullayeva V. K. – t.f.d., professor, ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining bosh psixiatri ba narkolog, O'zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Chembayev B. R. PhD, RIRSIAM direktorining psixiatriya bo'yicha o'rinbosari.

Rogov A. V. – PhD., ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini assistenti.

Taqrizchilar

Sivolap Yu.P. - Tibbiyot fanlari doktori, uzluksiz tibbiy ta'lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va Psixosomatik patologiya kafedrasini professori, Patris Lumumba RUDN

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrasini mudiri

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari fakulteti, O'zbekiston psixiatrlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIAM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), hududiy muassasalar shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga yerishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya yetildi.

Ishchi guruh rahbariyati:

Z. Sh. Ashurov - t.f.d., prof., RIRSIAM direktori

Klinik protokol №3 15 may 2025 y. Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi

Ilmiy Kengash raisi- RIRSIAM direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor Z. Sh. Ashurov

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi yekspertlar guruhi yekspertlari tomonidan yekspert bahosi:

1. Ibadullaev Zarifboy Rajabovich-Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
2. Nurxadjaev Sobir Nosirxadjaevich-Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

IAA	–	ikkinchi avlod antipsixotiklari
AD	–	antidepressantlar
BAA	–	birinchi avlod antipsikotiklari
MChS	–	miyaning chuqur stimulyatsiyasi
IMAO-A	–	monoamin oksidaza ingibitorlari (I tip))
SQOI	–	serotoninni qaytarib olish ingibitorlari
KXT	–	kognitiv xulq-atvor terapiyasi
KCTKT	–	kortiko-striato-talamo-kortikal tizim
OKB	–	obsesif-kompulsiv buzuvchilik
OHMK	–	o'tkir miya qon aylanishining buzilishi
OFK	–	orbitofrontal korteks
OSK	–	oldingi singulat korteks
PFT	–	psixofarmakoterapiya
PET	–	pozitron emissiya tomografiyasi
SSQOI	–	selektiv serotoninni qaytarib olish ingibitorlari
SSNQI	–	selektiv serotonin va norepinefrinni qaytarib olish ingibitorlari
TSA	–	trisiklik antidepressantlar
MRT	–	magnit-rezonans tomografiya
φMRT	–	funksional magnit-rezonans tomografiya
tTMS	–	tsiklik (impuls) transkraniyal magnit stimulyatsiya
MSh	–	miya shikastlanishi
EKG	–	elektrokardiografiya
EPS	–	ekstrapiramidal simptomlar
EKT	–	elektrokonvulsiv terapiya
EEG	–	elektroensefalografiya
ERP	–	Ekspozitsion terapiya
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	–	streptokokk infeksiyasi bilan bog'liq Pediatrik otoimmun neyropsikiyatrik kasalliklar

Mundarija

1.	“_OBSESIF-KOMPULSIV BUZUQLIK” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	5-bet
2.	“OBSESIF-KOMPULSIV BUZUQLIK” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	22-bet
3.	“ OBSESIF-KOMPULSIV BUZUQLIK ” NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI	25-bet

Protokol Foydalanuvchilari:

1. Psixiatrlar;
2. Psixoterapevtlar
3. Klinik psixologlar
4. Umumiy amaliyot shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
6. Umumiy amaliyot shifokorlari
7. Umumiy amaliyot shifokorlari
8. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, rezidentlar, magistrlar, doktorantlar

**Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSh) diagnostika usullari uchun
(diagnostik aralashuvlar)**

DIDBSh	Dekodlash
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSh) profilaktik, terapevtik,
reabilitatsiya tadbirlari uchun**

DIDBSh	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RNOSni tizimli ko'rib chiqish
2	Alohida RNOS va meta-tahlilni qo'llagan holda RNOSdan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni muntazam ravishda ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (TIDBSh) profilaktik, diagnostik,
terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun**

TIDBSh	Dekodlash
--------	-----------

A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

Ta'riflar

Obsesif-kompulsiv buzqlik (OKB) takroriy obsesif fikrlar, tasvirlar, impulsar yoki g'oyalar (Obsesyonlar) bilan tavsiflanadi, odatda tashvish yoki azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi (qayg'u), shuningdek takroriy ideator (aqliy) yoki xulq-atvor hodisalari (majburlashlar), ularni obsesyonlarga muvofiq yoki muayyan qoidalarga muvofiq bajarish zarurati hissi bilan birga keladi.. "harakatning to'liqligi" tuyg'usiga erishish uchun kuzatilishi kerak.

Etiologiya va patogenezi

OKB rivojlanishiga ham genetik, ham atrof-muhit omillari ta'sir qiladi. Ko'plab tadqiqotlar kortiko-striato-talamokortikal tizimning (KSTX) kasallikning patofiziologiyasidagi ishtirokini qo'llab-quvvatlaydi. Miyaning boshqa qismlari ham OKB patogenezida ishtirok etadi.

Egizak tadqiqotlar va OKB oilalarini o'rganish OKB etiopatogenezida katta irsiy komponent mavjudligini tasdiqladi. Shu bilan birga, bolalik davrida OKB manifestida kattalarga qaraganda ko'proq genetik omillar qayd etilgan. OKB rivojlanish ehtimoliga ta'sir qiluvchi o'ziga xos genlar va genlar guruhlarini noma'lum, ammo bu sohada tadqiqotlar davom etmoqda.

OKB rivojlanish ehtimoliga bir nechta atrof-muhit omillari ta'sir qiladi, ammo sabab-oqibat munosabatlari hozircha ishonchli tasdiqlanmagan. Bunday omillar sifatida quyidagilarni ajratish mumkin. Ba'zi bolalarda OKBNING namoyon bo'lishi yoki kuchayishi a tipidagi streptokokk infeksiyasi bilan bog'liq bo'lgan pandas deb nomlanuvchi otoimmün jarayon bilan bog'liq bo'lib, PANDAS doirasida OKB belgilari a guruhidagi beta-gemolitik streptokokklarga otoimmün reaksiyadan kelib chiqadi, bu esa bazal ganglionlarning shikastlanishiga olib keladi. Shuni ta'kidlash kerakki, boshqa yuqumli vositalar ham shunga o'xshash holatni keltirib chiqarishi mumkin – "Pediatrik o'tkir neyropsikiyatrik sindrom".

Premenstrüel va tug'ruqdan keyingi davrlar OKBNING namoyon bo'lishiga yoki kuchayishiga olib kelishi mumkin, shuning uchun gormonal tebraniqlar OKB rivojlanishida etiologik rol o'ynashi mumkin degan taxmin mavjud. Voyaga etgan bemorlarda travmatik hodisalardan keyin OKB rivojlanishi tasvirlangan va shuning uchun stressga o'tkir reaksiya ushbu buzqlik uchun "qo'zg'atuvchi omil" bo'lib xizmat qilishi mumkinligi taxmin qilinmoqda. Kstksga ta'sir qilgan nevrologik shikastlanishdan (ONMK, Msh) keyin OKB rivojlanishining ko'plab holatlari haqida tavsiflar mavjud. Bundan tashqari, kstcs hududlarida neyroxirurgik aralashuvlar kattalardagi OKB belgilarining intensivligi va chastotasini kamaytirishi mumkinligi ko'rsatilgan. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribalarda ushbu tizimning noto'g'ri ishlashi OKBGA o'xshash xatti-harakatlarga olib kelishi ko'rsatilgan.

Neyroimaging tadqiqotlari OKB bilan og'rigan bemorlarda kstcda anatomik anormalliklarni aniqladi. Meta-tahlillarda qarama-qarshi natijalarga ega bo'lishiga qaramay, umuman olganda, aksariyat ishlarda orbitofrontal korteks (OFC), oldingi singulat girus (PPI) va striatumdagi anomaliyalar qayd etilgan. Bir nechta neyroimaging tadqiqotlarining meta-tahlili dorsomedial prefrontal korteks, pastki frontal girus va serebellumdagi anormalliklarni ham aniqladi. Bir nechta xalqaro tadqiqotlarda olingan neyroanatomik ma'lumotlarning meta-tahlilida kattalar bemorlari va OKB bilan og'rigan bolalarda subkortikal buzilishlarning turli shakllari, xususan, kattalardagi Pale ball va hipokampusdagi anomaliyalar va bolalarda ko'rish tuberkulyozidagi anomaliyalar aniqlandi. Pozitron emissiya tomografiyasi (PET) va funktsional magnit-rezonans tomografiya (fMRt) KSTCS joylarida, shu jumladan OFC, PPI va striatumda OKBda g'ayritabiiy faollikni aniqladi. Semptomlarni qo'zg'atganda g'ayritabiiy faollik kuchayishi va muvaffaqiyatli davolanish bilan normallasishi aniqlandi. Kognitiv vazifalarni bajarishda fMRI yordamida olib borilgan tadqiqotlar OKB bilan og'rigan bemorlarda KSTCS ishida buzilishlar mavjudligini ko'rsatdi. Masalan, bir nechta tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, OKB bilan og'rigan bemorlar ketma-ket o'rganish vazifalarini bajarayotganda hipokampusdagi faollikni aniqladilar, sog'lom bemorlarda esa striatum faolligi qayd etildi.

OKB patogenezida serotonin va (yoki) dopamin tizimlarining roli haqida taxminlar mavjud. Ushbu gipotezalarni sinab ko'rishga qaratilgan farmakologik va neyroimaging tadqiqotlari natijalari qarama-qarshi bo'lib chiqdi. Bundan tashqari, ba'zi zamonaviy modellarda OKB belgilari to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita kortiko-striatal yo'llarda glutamaterjik neurotransmissiyaning buzilishi bilan bog'liq deb taxmin qilinadi.

Epidemiologiya

Turli hisob-kitoblarga ko'ra OKBNING tarqalishi aholining taxminan 1-3% ni tashkil qiladi. Ayollarda tarqalish balog'at yoshida biroz yuqoriroq, bolalikda esa, aksincha, erkaklar ko'proq kasal bo'lishadi. OKB boshlanishining o'rtacha yoshi 19-20 yosh. 14 yoshga kelib, kasallik bemorlarning 25 foizida rivojlanadi, 35 yoshdan keyin kasallik manifesti kam uchraydi. Erkak bemorlarda kasallikning boshlanishi, qoida tariqasida, oldinroq bo'ladi, shuning uchun ularning 25 foizida birinchi namoyishlar 10 yoshga kelib paydo bo'ladi, ayollarda esa bu foiz ancha past bo'ladi.

OKB bilan og'rigan bemorlarning 76 foizida Anksiyete spektrining buzilishi (vahima buzilishi, ijtimoiy fobiya, umumiy tashvish buzilishi, izolyatsiya qilingan fobiyalar), 63 foizida affektiv buzilishlar (ko'pincha takroriy depressiv buzilish (41%)), 23-32 foizida — asosan anankastik xususiyatlarga ega bo'lgan qo'shma shaxsiyat buzilishi.

Bundan tashqari, OKB bilan kasallangan odamlarning 29% gacha turli xil tiklar tufayli yordam so'rashadi. Ushbu kombinatsiya bolalik davrida OKB paydo bo'lgan erkaklar uchun ko'proq xosdir. Bundan tashqari, OKBda dismorfobiya, trikotillomaniya va nevrotik ekskoratsiyalar (kompulsiv chizish va teri va shilliq pardalarning shikastlanishining boshqa shakllari) populyatsiyaga qaraganda tez-tez uchraydi.

Shu bilan birga, obsesif-kompulsiv sindrom shizofreniya va shizoaffektiv buzuqlik (bemorlarning 12%), bipolyar buzuqlik, anoreksiya nervoza va bulimiya nervoza va Tourette sindromida umumiy populyatsiyaga qaraganda tez-tez uchraydi.

Klinika

Bemorlarda OKB obsesyon yoki majburlash yoki ikkalasi bir vaqtning o'zida namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, bu sindromlarning har biriga qaraganda tez-tez uchraydigan obsesyon va majburlashning klinik ko'rinishidagi kombinatsiyadir.

Obsessiya-bu takrorlanadigan yoki bir-biriga bog'liq bo'lmagan fikrlar, g'oyalar, yoki motivlar. Obsesyonlar zavq keltirmaydi va o'zboshimchalik bilan qabul qilinmaydi. Ular bezovta qiluvchi, istalmagan va ko'pchilik odamlar paydo bo'lishidan aziyat chekishadi yoki tashvishlanadilar. OKB bilan og'rigan bemorlar e'tibor bermaslik, oldini olish, obsesyonni bostirish yoki ularni boshqa

fikrlar yoki harakatlar bilan zararsizlantirishga harakat qilishadi (masalan, marosimlarni bajarish).

Kompulsiya(marosimlar) – bu takroriy xatti-harakatlar yoki ideator harakatlar, bu odam obsesyonlarning mazmuni bilan bog'liq holda yoki bajarilishning aniqligini talab qiladigan qoidalarga muvofiq yoki bajarilishning "to'liqligi", "to'liqligi" tuyg'usiga erishishni talab qiladi. Maqsad obsesyon tufayli yuzaga keladigan xafagarchilikni kamaytirish yoki istalmagan hodisalarning oldini olishdir. Shu bilan birga, majburlashlar ushbu "xavfli" hodisalar bilan hech qanday Real tarzda bog'liq emas yoki oddiy harakatlar bilan taqqoslaganda ortiqcha. Majburlashlar, shuningdek, "to'liqsizlik" tuyg'usidan xalos bo'lish uchun ham amalga oshirilishi mumkin — masalan, harakatni "mutlaqo to'g'ri" bajarilgunga qadar qayta-qayta takrorlash zarurati. Marosimlarni bajarish qiziqarli emas, garchi ba'zi bemorlar tashvish va noqulaylikdan xalos bo'lishadi.

Obsesyonlar va majburlashlar chastotasi va intensivligi jihatidan har xil bo'lishi mumkin – kuniga 1-2 soatdan ularning ahamiyatsiz intensivligi bilan doimiy ravishda mavjud bo'lgan og'riqli alomatlar, mehnat qobiliyatini va (yoki) hayot sifatini sezilarli darajada kamaytiradi.

Obsesif fikrlar yoki majburiy harakatlar paydo bo'lganda, bemor turli xil his-tuyg'ularni boshdan kechirishi mumkin. Shunday qilib, ba'zi bemorlar vahima hujumlari (Psixovegetativ paroksizmalar) rivojlanishi va takrorlanishi mumkin bo'lgan aniq tashvishlarni his qilishadi. Boshqa bemorlar nafrat hissi haqida xabar berishadi. Marosimni bajarayotganda, ko'plab bemorlar yoqimsiz "to'liqsizlik" yoki noqulaylik his qilishadi, ular harakatlar bajarilmaguncha to'xtamaydi (masalan, ba'zi narsalar "to'g'ri" tarzda joylashtirilgan).

OKB bilan og'rigan ko'plab bemorlarda noto'g'ri e'tiqod va munosabat mavjud, jumladan: bo'lajak voqealar uchun o'z-o'zini mas'uliyat hissi va muvaffaqiyatsizlikning salbiy oqibatlarini bo'rttirib ko'rsatishga moyillik

perfeksionizm va noaniqlikka toqat qila olmaslik ("noaniqlikka nisbatan past bag'rikenglik") ideator hodisalar (fikrlar) ning roli va ahamiyatini qayta baholash – masalan, "yomon, taqiqlangan" fikrlarga ega bo'lish ham haqiqiy harakatlar kabi yomon ekanligiga ishonish, obsesif fikrlashni engish qobiliyatiga ishonish.

OKB va o'z joniga qasd qilish xatti – harakatlari o'rtasida bog'liqlik mavjud, hayot davomida OKB bilan og'rigan bemorlarda o'z joniga qasd qilish fikrlarining paydo bo'lishi – 63,5%, o'z joniga qasd qilishga urinishlar-46%. Komorbid ruhiy patologiyasi, depressiya va tashvish belgilari, o'z joniga qasd qilishga urinishlar tarixi bo'lgan bemorlar ko'proq xavf ostida. Bemorlarning bir qismi atrofdagilarga zarar etkazishdan obsesif qo'rquvni boshdan kechirishadi, ammo ular umumiy populyatsiyadagi odamlarga qaraganda tajovuzkor xatti-harakatlar qilish ehtimoli ko'proq ekanligi haqida hech qanday ma'lumot yo'q.

OKB bilan og'rigan bemorlar o'zlarining obsesif fikrlari va marosimlarining ma'nosizligi va haddan tashqari ko'pligini turlicha baholaydilar. Semptomlarni tanqid qilish darajasi individual xususiyatlarga bog'liq va kasallik rivojlanishi bilan o'zgarishi mumkin. Ishlarning ozgina foizida (4% dan kam), tanqidiy munosabat bo'lmasa, obsesif fikrlar xayolparastga aylanishi mumkin – masalan, bemorning fikrlari boshqa odamga haqiqiy zarar etkazishi mumkinligiga ishonchi bo'lsa.

OKB belgilarining rivojlanishi ko'pincha asta-sekin, o'tkir boshlanishi, masalan, yuqumli kasallikdan keyin tasvirlangan. Davolashsiz OKB odatda surunkali bo'lib, simptomlarning barqarorlashishi va hatto susayishi bilan kechadi. Ba'zi bemorlarda kurs epizodik xarakterga ega, kamdan – kam hollarda kurs noqulay-simptomatologiyaning og'irligi va murakkabligi bilan.

OKBda, ko'pincha OKB bilan og'rigan bemorlar obsesyon va majburlashni kuchaytiradigan odamlardan, narsalardan, joylardan qochishganda, qochish xatti-harakatlari shakllanadi. Masalan, ifloslanish qo'rquvi bilan, bu xatti – harakatlar ifloslanish yoki infektsiya xavfini

kamaytirish uchun jamoat joylariga – restoranlarga, hojatxonalarga tarqalishi mumkin. Agressiv tarkibga ega bo'lgan intruziv fikrlarga ega bemorlar ijtimoiy o'zaro ta'sirlarni cheklashlari mumkin. Qochish xatti-harakatlari hayotning turli sohalarini qamrab olishi va kundalik faoliyat, ish qobiliyati va (yoki) hayot sifatini sezilarli darajada buzishi mumkin.

Tegishli terapiya bo'lmasa, kattalardagi OKBda remissiya darajasi juda past-taxminan 20%. Faol terapiya bilan ham, bemorlarning faqat kichik bir qismi vaqt o'tishi bilan to'liq tiklanadi.

OKBNING rivojlanishi hayot sifatining yomonlashishiga olib keladi, shuningdek, ijtimoiy va mehnat moslashuvini sezilarli darajada buzadi. Buzilishlar turmush tarzining ko'p jihatlariga taalluqlidir va simptomlarning og'irligiga bog'liq. Qoida tariqasida, obsesyon yoki majburlashning quyidagi oqibatlarini ularga olib keladi:

intruziv fikrlarni "aylantirish" va marosimlarni bajarish uchun sarflangan vaqt

OKB belgilarining kuchayishiga olib keladigan vaziyatlarga nisbatan qochish xatti-harakatlari alomatlar syujeti (mazmuni) bilan bog'liq o'ziga xos cheklovlar.

Diagnostika

Tashxis qo'yish mezonlari

A. Obsessiyalar ham, majburlashlar ham (yoki ikkalasi ham birgalikda) ko'p kunlarda kamida ikki hafta davomida taqdim etiladi.

B. Obsessiyalari (fikrlar, g'oyalar yoki tasvirlar) va majburlashlar (harakatlar) quyidagi belgilarni o'z ichiga oladi, ularning barchasi mavjud bo'lishi kerak:

1. Ular bemor tomonidan o'z ongida paydo bo'lgan deb qabul qilinadi va atrofdagi ta'sirlar yoki shaxslar tomonidan yuklanmaydi.
2. Ular takrorlanadi va yoqimsiz; hech bo'lmaganda bitta obsesyon yoki majburlashni bemor haddan tashqari yoki ma'nosiz deb tushunishi kerak.
3. Mavzu ularga qarshi turishga harakat qiladi, ammo agar ular uzoq vaqt mavjud bo'lsa, unda ba'zi Obsesyonlar yoki majburlashlarga qarshilik ahamiyatsiz bo'lishi mumkin. Hech bo'lmaganda qarshilik muvaffaqiyatsiz bo'lgan bitta obsesyon yoki majburlash bo'lishi kerak.
4. Majburiy harakatlarni amalga oshirish va obsesif fikrlarning o'zi yoqimli hissiyotlarni keltirib chiqarmaydi. (Bu xususiyat vaqtincha tashvish va zo'riqishni engillashtirish bilan cheklanishi kerak).

B. Obsessiyalar yoki majburlashlar azob-uqubatlarni keltirib chiqaradi yoki bemorning ijtimoiy yoki individual faoliyatiga xalaqit beradi, odatda vaqtning behuda sarflash orqali.

G. eng ko'p ishlatiladigan istisno mezonlari. Obsessiyalar yoki majburlashlar shizofreniya va unga bog'liq kasalliklar (F20-F29) yoki (affektiv) kayfiyat buzilishi (F30-F39) kabi boshqa ruhiy kasalliklarning natijasi emas.

Shikoyatlar va anamnez

OKB bilan og'rigan bemorlarning psixiatriga murojaat qilish, bu buzilishning og'irligini belgilaydigan obsesif fikrlar va marosimlarni engish noqulayligi bilan bog'liq. Bemorlar individual stereotipik fikrlarning beixtiyor paydo bo'lishi va bezovtalanishi, shuningdek, ta'sirchan rangli xotiralar, mulohazalar va qo'rquvlar (masalan, kufr fikrlari yoki boshqa odamga zarar etkazish qo'rquvi) bilan bog'liq fikrlash qiyinchiliklaridan shikoyat qiladilar.; marosimlarni bajarish, ikki marta tekshirish uchun ko'proq vaqt sarflash zarurati to'g'risida (masalan, eshik to'g'ri yopilganligini, gaz o'chirilganligini va hokazolarni qayta-qayta tekshirish zarurati); tashvish, "noto'g'ri" tartibda yoki hatto boshqa odamlarning xatti-harakatlari bilan "to'liqsizlik" hissi (masalan, stolni "to'g'ri" qo'yish zarurati); ijtimoiy bunday xatti-harakatlar tufayli faoliyat (masalan, jamoat hojatxonalarida ifloslanish qo'rquvi tufayli uydan tashqarida vaqt o'tkaza

olmaslik). Bunday bemorlar, aksariyat hollarda, Obsesyonlar va holatlarning g'ayritabiyligi, mantiqsizligi to'g'risida tushuncha ko'rsatadilar, ammo ularni engishga urinishlarida kuchsizdirlar. Ko'pincha ular "aqldan ozish", tajovuzkor yoki avtoagressiv istaklarni amalga oshirish qo'rquvini bildiradilar. Qarama-qarshi Obsesyonlar bo'lsa, ularning paydo bo'lishi kuchli tashvish bilan birga kuchli ichki kurashga olib kelishi mumkin.

Subyektiv anamnezni batafsil tahlil qilish kasallikning boshlanish vaqti va tabiatini aniqlashga, shuningdek, qochish xatti-harakatlarining dinamikasini baholashga qaratilgan.

Bemorlar dissimulyatsiya qilishi mumkin bo'lgan majburiy simptomatologiyaning hajmi va og'irligini baholash uchun ob'ektiv anamnestik ma'lumotlarni (bemorning yaqinlaridan olingan ma'lumotlar) olish kerak.

Psixiatrik tarixni yig'ishda OKB rivojlanish xavfi guruhlari esga olinishi kerak, ular orasida depressiya, tashvish belgilari, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish va sirt faol moddalar tarixi, dismorfofobiya yoki ovqatlanish buzilishi bo'lgan bemorlar mavjud.

Obsesif va majburiy simptomlarni yanada samarali aniqlash uchun siz quyidagi to'g'ridan-to'g'ri savollardan foydalanishingiz mumkin:

- Va qo'llaringizni/butun tanangizni tez-tez yuvasizmi?
- O'zingizning muayyan harakatlaringizni tez-tez nazorat qilasizmi/ikki marta tekshirasizmi?
- Agar siz ulardan xalos bo'lishga harakat qilsangiz ham, sizni bezovta qiladigan va qila olmaydigan fikrlaringiz bormi?
- Va kundalik ishlarni bajarish juda uzoq vaqt talab qiladimi?
- Va siz o'zingizning narsalaringiz orasida tartibni saqlaysizmi, sizda biron bir maxsus qoidalar bormi, ularni buzish sizni juda xafa qilishi mumkinmi?
- Va bu muammolar sizni qanchalik bezovta qilmoqda?

5C	OKB uchun shunga o'xshash skrining, shuningdek, terining shikastlanishi ruhiy kasallikka hamroh bo'lishi yoki ikkinchi darajali bo'lishi mumkin bo'lgan dermatologik klinikalarda bemorlarda tavsiya etiladi.
-----------	---

2B	Agar bemorga OKB tashxisi qo'yilgan bo'lsa, o'z-o'ziga zarar etkazadigan va o'z joniga qasd qilish xatti-harakatlarini rivojlanish xavfini baholash tavsiya etiladi, ayniqsa depressiya belgilari mavjud bo'lsa. Ushbu xavflarni, shuningdek tajovuzkorlik xavfini baholashda kompulsialarning bemor va uning atrofidagi xatti-harakatlarga ta'sirini, shuningdek, komorbid kasalliklar va psixososyal omillarni hisobga olish tavsiya etiladi. Birgalikda somatik va ruhiy patologiyani va boshqa xavf omillarini istisno qilish tavsiya etiladi.
-----------	--

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 paroksizmal 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 patogenezini va klinik ko'rinishlariga psixologik omillar katta hissa qo'shadi va samarali davolash usullaridan biri psixoterapiyadir. Ruhiiy kasalliklarni tushunishning biopsixososyal 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.
----	---

Davolash

Psixofarmakoterapiya

1A	OKB tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga obsesif va majburiy simptomlarni tuzatish uchun psixofarmakoterapiya (PFT) va (yoki) psixoterapiya (kognitiv xulq-atvor terapiyasi, CBT; ta'sir qilish terapiyasi, ERT) tavsiya etiladi. Bemorlarning aksariyati ushbu davolash usullaridan biriga yoki ikkalasining kombinatsiyasiga ijobiy javob berishadi, ammo bemorlarning 40-60 foizi davolanish davomiyligi va intensivligi (dozasi) bo'yicha etarli bo'lganidan keyin ham qoldiq (qoldiq) alomatlarini saqlab qolishadi.
2C	Antidepressantlar birinchi tanlov dori sifatida tavsiya etiladi, bunda serotoninni qayta tiklash mexanizmi, birinchi navbatda SSRI aniq inhibe qilinadi.

OKBda ssrilarning terapevtik ta'sirini rivojlantirish depressiyani davolashdan ko'ra ko'proq vaqt talab etadi. SQOI dastlabki tayinlashdan keyin profilaktik davolanish bosqichi maksimal samarali dozada kamida 12 oy davom etishi kerak. OKBda ta'sir rivojlanadigan SSRI dozalari (eskitalopram, Fluvoksamin, paroksetin, fluoksetin, sertralin), qoida tariqasida, depressiyani davolashda qo'llaniladiganlardan oshib ketadi.

Fluoksetinning boshlang'ich dozasi kuniga 20 mg, terapevtik va qo'llab - quvvatlovchi – kuniga 20-60 mg, maksimal-kuniga 120 mg. Agar kerak bo'lsa, dozani ertalab va kechqurun qabullarga bo'lish mumkin, ta'sir, qoida tariqasida, terapiyaning 6-8 xaftaligidan oldin rivojlanmaydi.

Essitalopramning boshlang'ich dozasi kuniga 10 mg, maksimal dozasi kuniga 60 mg. Kuniga 20-30 mg dan ortiq dozalarni qo'llash yaxshi tushunilmagan. Qo'llab-quvvatlovchi terapiya kursi kamida 6 oy.

Fluvoksaminning boshlang'ich dozasi kuniga 50 mg, terapevtik dozalar oralig'i kuniga 100-300 mg. Doza bardoshlilikiga qarab har 4-7 kunda asta-sekin kuniga 50 mg ga oshiriladi. Maksimal doz kuniga 450 mg ga etishi mumkin. Doza ertalab va kechqurun dozaga bo'linadi, katta doz kechasi buyuriladi.

Paroksetinning boshlang'ich dozalari kuniga 20 mg, terapevtik va parvarishlash dozalari oralig'i kuniga 20-60 mg; katta dozalarni qo'llash yaxshi o'rganilmagan, ammo maksimal dozasi kuniga 100 mg ga etishi mumkin. Doza kuniga bir marta olinadi va klinik ta'sirga erishilgunga qadar haftasiga 10 mg oralig'ida oshiriladi. Terapiyaning ta'siri 6 oylik terapiya davomida qo'llab-quvvatlanadi, OKB uchun uzoqroq foydalanish etarli darajada o'rganilmagan.

Sertralinning boshlang'ich dozasi kuniga bir marta 50 mg, terapevtik dozalar oralig'i kuniga bir marta 50-200 mg. Yuqori dozalardan foydalanish yomon o'rganilgan, maksimal dozasi kuniga 400 mg. Doza haftasiga 50 mg dan oshiriladi. Samarali terapiya bir necha oy davom etishi mumkin.

OKB bo'yicha og'ir oilaviy tarixga ega bo'lish, tajovuzkor, jinsiy va diniy mazmundagi obsesyonlarning mavjudligi, orbitofrontal korteksdagi glyukoza metabolizmining zaiflashishi, shuningdek o'ngdagi striatumning kaudat tanasida glyukoza metabolizmining kuchayishi SQOI yaxshi javob berishning bashoratchisi bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Patologik yig'ish belgilarining mavjudligi (Harding), birga keladigan depressiya, shuningdek, mehnat va ijtimoiy faoliyat darajasining sezilarli darajada pasayishi SQOI yomon javob berishning bashoratchisi bo'lib xizmat qilishi mumkin.

1B

Klomipramin-selektiv bo'lmagan monoaminni qaytarib olish inhibitori, aniq serotoninpozitiv ta'sirga ega TCA, OKBni davolash uchun ikkinchi darajali dori sifatida tavsiya etiladi. Klomipraminning Obsesyonlar va majburlashlarga nisbatan samaradorligi bir necha bor takrorlangan RCTLARDA, shu jumladan katta ko'p markazli sinovlarda va meta-tahlillarda tasdiqlangan. OKBdagi klomipramin samaradorligi bo'yicha SQOI bilan taqqoslanadi yoki biroz samaraliroq davolash usuli sifatida ko'rib chiqiladi, ammo bu ssrilariga qaraganda kamroq qulay xavfsizlik va portativlik profiliga ega. Bemorlarning muvofiqligini sezilarli darajada kamaytiradigan preparatning eng keng tarqalgan yon ta'siri orasida antikolinergik (kserostomiya, ich qotishi, siydikni ushlab turish, turar joy buzilishi va boshqalar), antigistamin (sedasyon, vazn ortishi), anti-alfa-adrenergik (gipotenziya), aritmik ta'sirlar (EKG monitoringi zarur) va konvulsiv chegaraning pasayishi.

Davolash kechasi 25 mg klomipramin o'z ichiga olgan 1 tabletkani buyurish bilan boshlanadi. Keyin davolanishning birinchi haftasida preparatning dozasi asta-sekin har bir necha kunda (tolerantlikka qarab) 100-150 mg sutkalik dozaga yetguncha (odatda 2 hafta ichida) 25 mg ga oshiriladi. dozani oshirish davrida oshqozon-ichak traktining tirnash xususiyati oldini olish uchun preparatni oziq-ovqat bilan qabul qilish tavsiya etiladi. Og'ir holatlarda sutkalik dozani maksimal darajaga ko'tarish mumkin-kuniga 250 mg. Preparat bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya bir necha oy davom etishi mumkin va sedasyonning oldini olish uchun butun dozani kuniga bir marta buyurish mumkin. Klomipraminning minimal samarali dozasi saqlash tavsiya etiladi. Terapiyani boshlashdan oldin gipokalemiyani yo'q qilish kerak. Klomipraminni qabul qilishda kamdan-kam uchraydigan, ammo xavfli noxush hodisalar konvulsiv tutilishlar va giperfermentemiyadir. Tez-tez va nisbatan xavfsiz kiruvchi ta'sirlar taxyartimiya, quruq shilliq pardalar va siyish qiyinligi ko'rinishidagi barcha TCAlarga xos periferik ta'sirlardir. turar joyning buzilishi va ichak harakatining sekinlashishi. Bemorlarning aksariyati klomipraminni qoniqarli darajada toqat qiladilar, ammo bu preparatning tolerantligi SQOI tolerantligidan ko'ra yomonroq.

Selektiv serotonin va norepinefrinni qaytarib olish ingibitorlari(SSNQI)

4C

Ikkinchi darajali terapiya sifatida venlafaksindan foydalanish tavsiya etiladi. Venlafaksin bilan davolashning qisqa kursi (12 hafta) samaradorligi bo'yicha m klomipramin bilan davolash kursi bilan taqqoslanishi ko'rsatilgan, Venlafaksin esa yaxshi bardoshlik bilan ajralib turadi.

Dastlabki dozalar odatda kuniga 75 mg ni tashkil qiladi, ammo sezgir bemorlarda davolanishni kuniga 37,5 mg dozada boshlash mumkin; terapevtik va parvarishlash dozasi kuniga 75 – 225 mg, og'ir holatlarda maksimal doz kuniga 375 mg bo'lishi mumkin. Zudlik bilan chiqariladigan preparat kuniga 2-3 marta, doimiy chiqariladigan preparat kuniga bir marta buyuriladi. Doza klinik ta'sirga erishilgunga qadar 4-7 kun oralig'ida 75 mg dan oshiriladi. Kuniga 225 mg dan yuqori dozalar kamdan kam qo'llaniladi va ularning samaradorligi yaxshi tushunilmagan. Terapiyaning ta'siri 6 oylik terapiya davomida qo'llab-quvvatlanadi, OKB uchun uzoqroq foydalanish etarli darajada o'rganilmagan.

4C	Duloksetinni ikkinchi darajali muqobil dori sifatida qo'llash tavsiya etiladi. Duloksetin OKB belgilari bo'yicha samaradorlikni ko'rsatadi, ammo bu ma'lumotlar kichik namunalarda va klinik holatlar seriyasiga ega bo'lgan tadqiqotlarda olingan.
-----------	---

Duloksetinning boshlang'ich dozasi kuniga 30 mg, ikki dozaga bo'linadi, terapevtik dozasi kuniga 60 mg. Dozani oshirish har kuni 30 mg dan amalga oshirilishi mumkin bo'lsa-da, ba'zi bemorlar dozani yumshoqroq oshirishni talab qiladi (haftasiga bir marta 30 mg). Maksimal dozasi kuniga 120 mg ni tashkil qiladi, ammo yuqori dozalar samaradorligi to'g'risida aniq dalillar yo'q. Klinik ta'sirni saqlab qolish uchun davolanish bir necha oy davom etishi mumkin, bemorning ahvolini diqqat bilan kuzatib borish kerak.

4C	Milnacipran bir qator terapevtik jihatdan chidamli holatlarda yoki farmakokinetik to'qnashuvlar mavjud bo'lganda (milnacipran boshqa SQOI qaraganda ancha past darajada jigar tomonidan metabollanadi) yoki boshqa birinchi va ikkinchi darajali dorilar samarasiz bo'lganda muqobil vosita sifatida tavsiya etiladi.
-----------	---

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

Psixoterapiya

Psixoterapiya OKBNI davolashning samarali usuli hisoblanadi. Psixofarmakoterapiya va psixoterapiyaning kombinatsiyasi eng maqbuldir. Psixoterapiyaga qo'shilish barcha terapevtik bosqichlarda mumkin. To'g'ridan-to'g'ri OKB belgilari, psixoterapiya usullari (KXT, ERP) va turmush tarzi, moslashish darajasi va stressni engish bilan bog'liq bo'lgan omillarga qaratilgan psixoterapiyaning o'ziga xos bo'lmagan usullari (ekzistensial - gumanistik terapiya, oilaviy klinik va psixologik maslahat, qisqa muddatli klinik va psixologik maslahat, atrof-muhit terapiyasi va boshqalar).

5C	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psixoterapevtik aralashuv qiyin va quyidagi toifadagi bemorlarda tavsiya etilmaydi: 2) 1) o'zini oshkor qilishdan qo'rqadigan va psixologik himoya qilish mexanizmlari majmuasida rad etishning ustunligi bo'lgan bemorlar; 3) 2) o'zgarish motivatsiyasi etarli bo'lmagan bemorlar, kasallikdan aniq ikkinchi darajali foyda; 4) 3) shaxslararo sezgirligi past bo'lgan bemorlar; 5) 4) psixoterapiya mashg'ulotlarida muntazam qatnasha olmaydigan bemorlar; 6) 5) individual va guruh psixoterapiyasida faol og'zaki nutq va tinglash jarayonida ishtirok etmaydigan bemorlar; 7) 6) xarakterli xususiyatlari individual va guruh psixoterapiyasida konstruktiv ishlashga imkon bermaydigan va ushbu ishdan foydalanadigan bemorlar.
-----------	--

1A	Monoterapiya shaklida yoki PFT bilan birgalikda psixoterapiya OKB tashxisi qo'yilgandan so'ng darhol tavsiya etiladi.
-----------	---

1B	Psixoterapiya birinchi darajali monoterapiya sifatida farmakologik jihatdan buzilmagan, engil va o'rtacha darajadagi bezovtalik yoki noto'g'ri ishlash darajasi bo'lgan bemorlarda, og'ir psixiatrik patologiyasi bo'lmagan bemorlarda va turli sabablarga ko'ra PFTNI kechiktirishni yoki PFTDAN voz kechishni afzal ko'rgan bemorlarda tavsiya etiladi.
-----------	---

2A	Psixoterapiya OKB belgilarining har qanday zo'ravonligi uchun davolashning har qanday bosqichida qo'shimcha (PFTGA yordamchi) usul sifatida tavsiya etiladi. KXT va izolyatsiya qilingan ta'sir qilish terapiyasi giyohvand moddalarni suiiste'mol qiladigan bemorlarda,
-----------	--

	shuningdek, kognitiv pasayish, psixologik davolanish uchun motivatsiya etishmasligi va og'ir psixiatrik patologiya bilan og'rigan bemorlarda samarasiz va tavsiya etilmaydi. Kombinatsiyalangan terapiya (PFT + psixoterapiya) faqat PFTga qaraganda yaxshiroq ishlash ko'rsatkichlarini namoyish etadi.
--	--

2B	OKB bilan og'rigan bemorlarda tashvish va zo'riqish darajasini yanada samarali va doimiy ravishda kamaytirish, stressni engish, o'zini o'zi boshqarish ko'nikmalarini o'rgatish, dam olishni o'rganish, mantiqsiz munosabatlarni tuzatish va boshqalar uchun psixofarmakoterapiya bilan birgalikda turli xil psixoterapiyadan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	OKB bilan og'rigan bemorlarga tashvish va zo'riqishni kamaytirish, irratsional munosabatlarni o'zgartirish va moslashuvchan fikrlash va xulq-atvor ko'nikmalarini o'zlashtirish uchun KXT o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	OKB bilan og'rigan bemorlarga tashvish, zo'riqish darajasini pasaytirish, qo'zg'atuvchi stimullar ta'sirini engish va fobik va majburiy xatti-harakatlarning og'irligini kamaytirish uchun ERP o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	OKB bilan og'rigan bemorlarga tashvish va zo'riqishning umumiy darajasini pasaytirish va o'z-o'zini boshqarish ko'nikmalarini o'rgatish uchun Biofeedback texnikasidan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	---

Davolash samaradorligini baholash mezonlari

2A	Farmakoterapiya va (yoki) psixoterapiya olgan OKB bilan og'rigan barcha bemorlarga klinik qarorlarni asoslash uchun davolash samaradorligini baholash tavsiya etiladi. Tanlangan terapiya usuliga qarab, davolanishning samaradorligini baholash 2, 4, 6, 8 va 12 haftalik davolanishdan keyin muntazam ravishda amalga oshirilishi tavsiya etiladi.
-----------	--

Butunjahon biologik psixiatriya jamiyatlari federatsiyasi (WFSBP), Amerika psixiatriya assotsiatsiyasi (APA) va Kanada psixiatriya assotsiatsiyasining ko'rsatmalari farmakoterapiya samaradorligini baholash zarurligini ko'rsatadi (shu jumladan rasmiylashtirilgan psixometrik vositalar - Fly-BOCS shkalasi yordamida) va har 4-6 haftada davolanish rejimini qayta ko'rib chiqish. Shu bilan birga, bemorlarning yarmida SSRI ta'siri sekinroq rivojlanadi va maksimal dozalarga yaqin dozalarda kamida 8-12 haftalik terapiyani talab qiladi.

Psixoterapiyada kursning to'g'ri davomiyligi 8 yoki 16 hafta bo'lib, mashg'ulotlar haftasiga 2 yoki 1 marta 90-120 daqiqada davom etadi. Bunday holda, psixoterapiya kursi oxirida davolanish samaradorligini baholash kerak.

O'tkazilgan PFT va (yoki) psixoterapiya samaradorligini baholash uchun klinik intervyu (klinik-psixopatologik tadqiqotlar) va psixometrik vositalar/tarozilar (FLY-BOCS va boshqalar) qo'llaniladi. Bunday holda, ta'sir (terapevtik aralashuvga javob) FLY - BOCS shkalasi bo'yicha umumiy ballning kamida 25-35% ga kamayishi sifatida baholanadi. Shu bilan birga, klinik tushuncha terapiyaga javob har doim ham klinik samaradorlikning etarli o'lchovi bo'lib xizmat qila olmaydi, chunki simptomlarning kamayish darajasi uning dastlabki og'irligiga bog'liq va og'ir holatlarda jiddiy qoldiq simptomatologiya saqlanib qolishi mumkin, bu hali ham ijtimoiy faoliyatni qiyinlashtiradi va bemorni yomonlashtiradi. Shuning uchun qoldiq simptomlarning minimal zo'ravonligi bilan remissiya holatiga erishish muhimdir. FLY-BOCS shkalasi bo'yicha OKBda remissiya uchun simptomlarning maqbul darajasi umumiy ball 14 dan kam, tiklanish esa 10-12 balldan kam.

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), OKB 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 qolsa-da, 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.

Dozlash 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 haftaligi 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 biriktiriladi.

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 dozosisim 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 topirammat 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.
--	--

Memantinning 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 memantinning yuqori dozalarini qo'llash etarli darajada o'rganilmagan, maksimal dozasi kuniga 16 mg.

Dori darmonsiz metod

2A	Miyaning chuqur stimulyatsiyasi (FSM) – bu miyaning ma'lum joylariga elektr impulslari bilan asab to'qimasini stimulyatsiya qiluvchi elektrodlarni joylashtirishni o'z ichiga olgan neyroxirurgik davolash usuli. Usulning o'ziga xos xususiyati uning qaytarilishi (ya'ni elektrodlarni implantatsiya qilish imkoniyati) va moslashuvchanligi, ya'ni davolash paytida individual stimulyatsiya parametrlarini (chastota, intensivlik, oqim kuchi va boshqalar) sozlash qobiliyatidir. Ushbu usul Parkinson kasalligining uzoq bosqichlarida doimiy nogiron motor belgilarini tuzatish uchun eng ko'p qo'llaniladi. OKBda ushbu usuldan foydalanish faqat boshqa terapiya turlariga to'liq qarshilik ko'rsatish uchun tavsiya etiladi va boshqa neyroxirurgik usullar bilan bir qatorda "o'ta tanlov vositasi" sifatida qaraladi.
-----------	---

Tibbiy xizmatlar nomenklaturasiga muvofiq, yoqilg'i-moylash materiallari bir nechta protseduralarni o'z ichiga oladi: neyrostimulyator implantatsiyasi, intraserebral elektrodlarni implantatsiya qilish, stereotaktik usul bilan intraserebral elektrodlarni implantatsiya qilish va miya elektrostimulyatsiyasi. Elektrodlarni stereotaktik kiritish va stimulyatsiya qilish uchun anatomik maqsadlar xilma-xildir-ichki kapsulaning oldingi limbusi, Pale globusning medial qismi, ventral kapsula/ventral striatum, yadro akumbenslari, subtalamik yadrolar va pastki talamik oyoq. Turli xil stimulyatsiya parametrlari (oqim va kuchlanish, kutupluluk, impulslarning xarakteristikasi va chastotasi va boshqalar) keng farq qiladi va individual ravishda tanlanadi. Muvaffaqiyat uchun psixologik yordam, oilaviy maslahat va psixoterapiya muhim ahamiyatga ega.

1A	Transkraniyal magnit stimulyatsiya, birinchi navbatda ritmik (impuls) yoki tsiklik (SMS), shuningdek chuqur TMS o'rtacha va tez samaradorlikni ko'rsatdi. Shu bilan birga, vosita obsesyonlari va komorbid depressiv alomatlar ko'proq kamaydi. Qisqa ikki haftalik kurs va yaxshi tolerantlikni hisobga olgan holda, okbning farmakorezistent shakllari uchun TMS tavsiya etilishi mumkin.
-----------	---

TMS o'tkazishning eng samarali rejimini va stimulyatsiya nuqtasini aniqlashni aniqlashtirish kerak bo'lsa-da, hozirgi vaqtda medial prefrontal korteks hududidan yuqori chastotali (20 Gts) chuqur TMS (bu usul FDA tomonidan 2019 yilda chidamli OKB uchun tasdiqlangan) va oldingi singulat korteksi afzal ko'riladi. davolashning eng yuqori samaradorligiga erishish uchun simptomatologiyani oldindan "provokatsiya qilish" bilan, shuningdek qo'shimcha motor maydoni (supplementary motor area) ustida o'ng tomonlama prefrontal ctms.

3B	Refrakter OKBda samaradorlikni ishonchli tasdiqlay olmaydigan dori-darmonsiz eksperimental usullar orasida elektrokonvulsiv terapiya (ekt) va bir qator neyroxirurgik usullar, shu jumladan gamma radiojarrohlik ("gamma pichog'i") (ikki tomonlama oldingi kapsulotomiya, singulotomiya, subkudal traktotomiya, palidotomiya, talamotomiya) mavjud. Shuning uchun ushbu terapiyaning barcha usullarini davolash amaliyotida keng qo'llash uchun hali tavsiya etish mumkin emas. Istisno-og'ir komorbid depressiya va o'z joniga qasd qilish xavfi yuqori bo'lgan ekt dan foydalanish.
-----------	--

Residivga qarshi terapiya

5C	Davolashning birinchi bosqichidan so'ng (ya'ni SSRI monoterapiyasi 8-12 hafta davomida) yoki keyingi bosqichlardan (klomipramin bilan almashtirish yoki SSRI adjuvant vositalari va davolash usullaridan 8-12 hafta davomida foydalanish) klinik ta'sirga erishilganda, terapiyani 1-2 yil davom ettirish tavsiya etiladi. Farmakoterapiya bekor qilingan taqdirda, dori dozalarini asta-sekin, har 1-2 oyda 10-25% ga kamaytirish kerak.
-----------	---

Klinik ta'sirga erishish OKB belgilarining intensivligi (zo'ravonligi), ularning chastotasi va davomiyligi, shuningdek, bemorning qayg'u darajasi va moslashuv buzilishining pasayishini anglatadi. Terapiya jarayonida simptomlarning kamayishi odatda Fly-BOSS psixometrik shkalasi bo'yicha baholanadi.

3B	Semptomlarning yuqori zo'ravonligi va refrakterlik mavjudligi bilan farmakoterapiya noaniq ravishda uzoq vaqt davomida tavsiya etiladi.
-----------	---

Reabilitatsiya

3B	OKB bilan og'rigan bemorlarga bemorlarning vaqtincha mehnat qobiliyatini yo'qotish, jamiyatda erta sotsializatsiya va hayot sifatini yaxshilash uchun reabilitatsiya choralaridan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	OKB bilan og'rigan barcha bemorlarga reabilitatsiya maqsadida psixoterapiya tavsiya etiladi. Birinchidan, biz bemorni reabilitatsiya qilish va uning ijtimoiy-mehnat va tibbiy prognozini yaxshilashga bevosita hissa qo'shadigan to'g'ridan-to'g'ri OKB belgilari, psixoterapiya usullari (CBT, ERP) haqida gapiramiz. Ikkinchidan, turmush tarzi, moslashish darajasi va stressni engish bilan bog'liq bo'lgan omillarga (ekzistensial-gumanistik terapiya, oilaviy klinik va psixologik maslahat, qisqa muddatli klinik va psixologik maslahat, atrof-muhit terapiyasi va boshqalar) qaratilgan o'ziga xos bo'lmagan psixoterapiya usullari tavsiya etilishi mumkin.
-----------	---

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

Profilaktika

5C	OKB bilan og'rigan bemorlarga davolanishni iloji boricha erta boshlash, PFTNI to'g'ri qabul qilish va psixoterapiya mashg'ulotlari jadvaliga rioya qilish va sog'liq va turmush tarzi bilan bog'liq xavf omillarini tuzatish tavsiya etiladi. OKB belgilarining oldini olishga qaratilgan maxsus profilaktika mavjud emas.
----	--

5C	OKB kursining og'irligiga qarab, vaziyatni dinamik baholash, terapiyani tuzatish uchun ko'rsatmalarni aniqlash va kasalxonaga o'z vaqtida yotqizish uchun poliprofessional guruh mutaxassislari, shu jumladan psixiatr, psixoterapevt tomonidan muntazam ambulatoriya kuzatuv tavsia etiladi.
----	---

5C

Agar parasuitsidal va o'z joniga qasd qilish fikrlari yoki harakatlari mavjud bo'lsa, faol dispanser nazorati tavsiya etiladi.

Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish

(barqarorlashtiruvchi) va qo'llab-quvvatlovchi (profilaktik/relapsga qarshi). Psixoterapiya (CBT, ERP), shu jumladan reabilitatsiya uchun ishlatiladi va ijtimoiy-mehnat moslashuvini (reabilitatsiyani) yaxshilashga, birgalikda bezovtalik kasalligini kamaytirishga yordam beradi va davolanishning har qanday bosqichida qo'llaniladi.

Statsionar davolanish (kasalxonaga yotqizish) uchun ko'rsatmalar bir vaqtning o'zida depressiya, og'ir qayg'u, o'z joniga qasd qilish va parasisidal fikrlar va o'z joniga qasd qilish xavfining mavjudligi, shifoxonada yanada intensiv terapevtik tadbirlarni talab qiladigan davolanishga chidamlilik, shuningdek aniq ijtimoiy va mehnat etishmovchiligi bo'lishi mumkin (masalan, cheklovchi xatti - harakatlar yoki og'ir nogironlik majburlashlari tufayli). Statsionar davolanishdan so'ng, kasalxonadan chiqish uchun asos vaziyatni yaxshilash, yangi davolash rejimiga qoniqarli bardoshlik va o'z joniga qasd qilish xavfining yo'qligi hisoblanadi.

Qo'shimcha ma'lumot

Noqulay kurs va terapevtik qarshilik rivojlanishiga hissa qo'shadigan omillar:

komorbid ruhiy kasalliklar (shaxsiyat buzilishi, depressiya, shizofreniya spektrining buzilishi va boshqalar);

noqulay ijtimoiy va oilaviy sharoitlar (qo'llab-quvvatlovchi muhitning etishmasligi, yolg'izlik);

turmush tarzi bilan bog'liq noqulay omillar (stressli vaziyatlar, jismoniy harakatsizlik, sog'lom ish va dam olish rejimining yo'qligi, to'g'ri uyqu-uyg'onish rejimi);

past muvofiqlik (davolanishga yomon rioya qilish);

spirtli ichimliklar va giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish (xususan, psixostimulyatorlar va benzodiazepin hosilalari);

. appni qo'llash, haloperidolning kichik dozalari bundan mustasno. Dopamin retseptorlari uchun aniq antagonistga ega antipsikotik dorilarni qabul qilishda yuzaga keladigan ekstrapiramidal buzilishlar majburlashni kuchaytirishi mumkin (vosita obsesyonlari);

serotonerjik faollikni oshiruvchi bir nechta dorilarni asossiz qo'llash (MAOI-a klomipramin, SSRI yoki SNRI bilan birgalikda) serotonin sindromini rivojlanish xavfini oshirishi mumkin;

relapsga qarshi terapiya vaqtini asossiz ravishda qisqartirish simptomlarning kuchayishiga olib kelishi mumkin.

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

No	Sifat mezonlari	Baxolash
1.	To'liq psixiatrik tekshiruv o'tkazildi (shu jumladan ob'ektiv va sub'ektiv tarixni to'plash, o'z joniga qasd qilish xavfini baholash)	Ha/Yoq
2.	Birgalikda patologiya va boshqa xavf omillarini istisno qilish uchun klinik tekshiruv o'tkazildi	Ha/Yoq
3.	Umumiy (klinik) qon tekshiruvi, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tekshiruvi, umumiy siydik tahlili, qon zardobining umumiy triiodotironin (T3) darajasi, qon zardobining erkin triiodotironin (T3) darajasi, qon zardobining umumiy tiroksin (T4) darajasi, qon zardobining erkin tiroksin (T4) darajasi, qondagi qalqonsimon bezni stimulyatsiya qiluvchi gormon darajasi; elektrokardiografiya, elektroensefalografiya	Ha/Yoq
4.	Eksperimental psixologik tekshiruv o'tkazildi	Ha/Yoq
5.	Terapiya buyuriladi va davolash samaradorligi baholanadi (2, 4, 6, 8 va 12 haftalik davolanishdan keyin usulga qarab)	Ha/Yoq

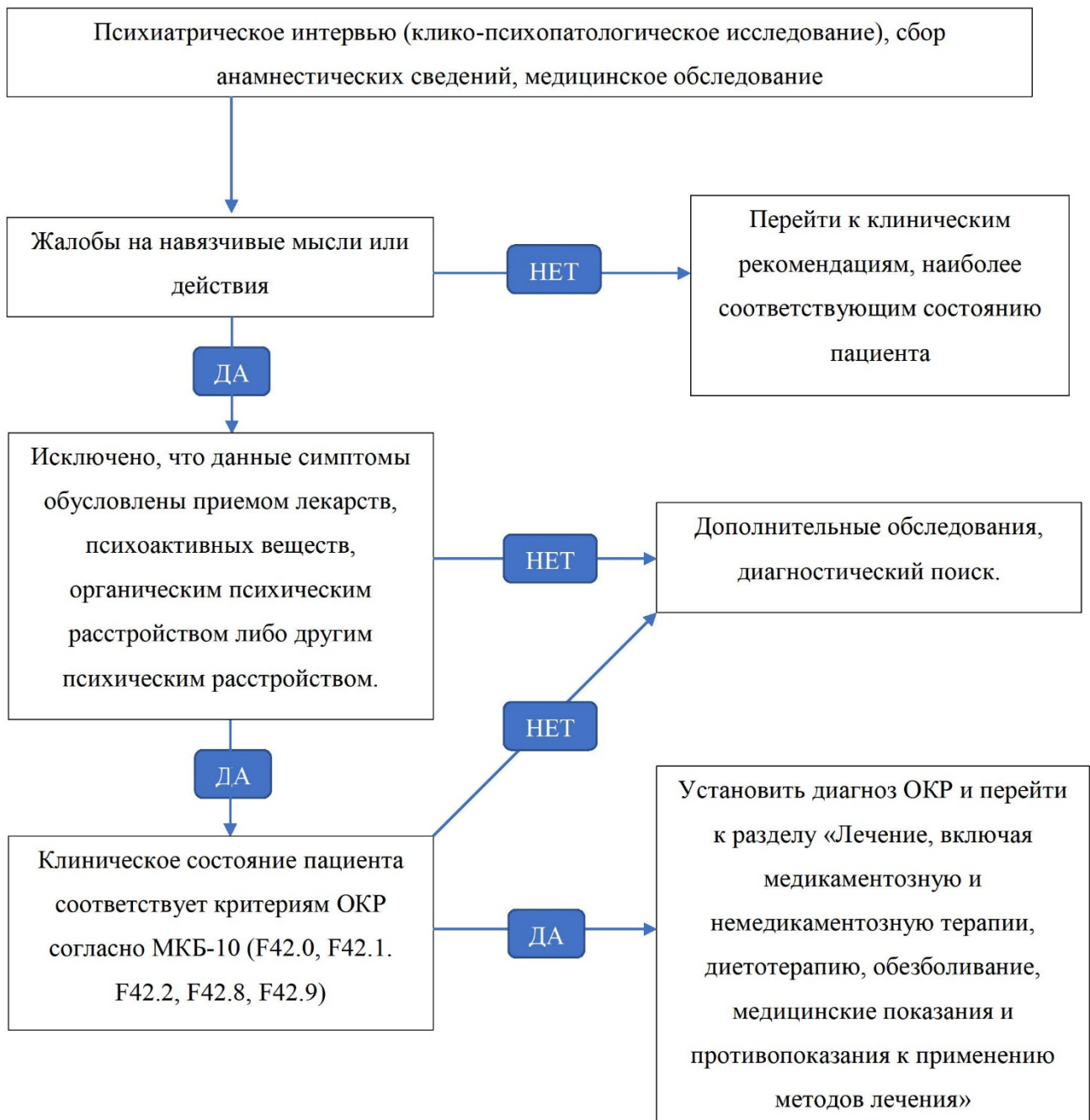
6.	Agar birinchi tanlov terapiyasining ta'siri bo'lmasa yoki etarli bo'lmasa (terapevtik qarshilik mavjudligi), terapiya tuzatiladi	Ha/Yoq
7.	OKB belgilarining intensivligi (zo'ravonligi), ularning chastotasi va davomiyligi, shuningdek, bemorning qayg'u va moslashuv darajasining pasayishi kuzatildi	Ha/Yoq

Shifokor harakatlarning algoritmlari

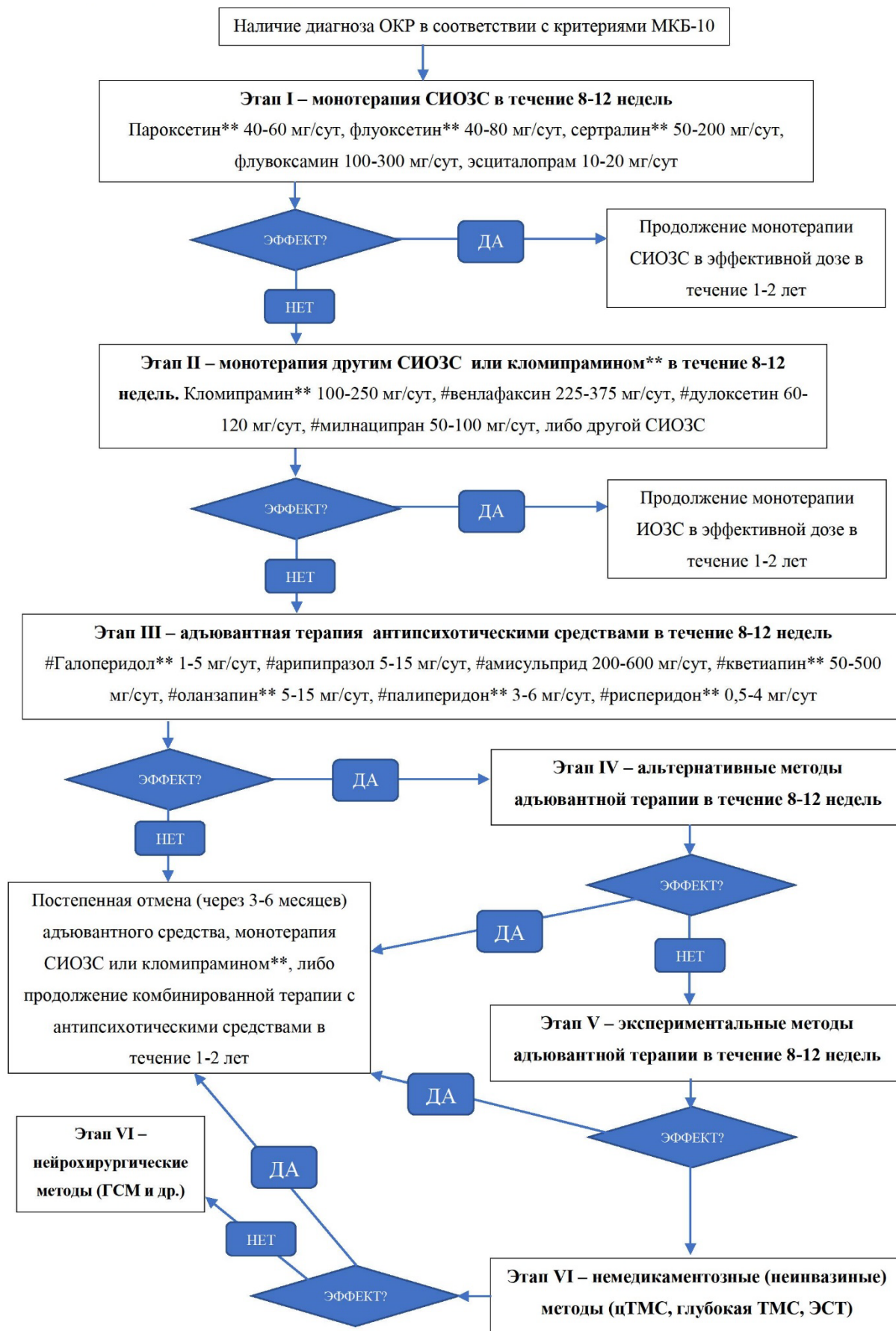
ОКР bilan og'rigan bemorlarni boshqarish algoritmi



ОКВ diagnostikasi algoritmi



ОКВ biologik terapiya algoritmi



OKB tashxisi qo'yilgandan so'ng, simptomlarning og'irligi, boshlanish yoshi, tipologiya, maqsad belgilari, komorbid kasalliklar, shuningdek, oldingi terapiyaning samaradorligi va bardoshlilikini baholashdan so'ng, 8-12 hafta ichida birinchi darajali SSRILARDAN biri bilan monoterapiya algoritmining I bosqichiga o'tish kerak.

SSRI dozalari boshqa Anksiyete kasalliklaridagidan yuqori qo'llaniladi (diagrammaga qarang). Terapiya usuliga qarab, terapiyaning 14-28 kunlarida davolash samaradorligini baholash kerak. Ta'sir bo'lmasa, tashxisni aniqlashtirish va samarasizlikning yatrogenik sabablarini istisno qilish kerak, ularning asosiylari dozaning etarli emasligi va (yoki) terapiyaning etarli emasligi.

Haqiqiy samarasizlik yoki intolerantlik holatida SSRILARNING birinchi kursi II bosqichga o'tishi kerak – klomipramin yoki boshqa SSRILARNING monoterapiyasi (shuningdek, 8-12 hafta ichida). Ikkinchi bosqichning ikkita usulining samaradorligi (boshqa SSRI yoki klomipraminga o'tish) taqqoslanadi – ikkala holatda ham terapevtik ta'sir bemorlarning 30-40 foizida uchraydi. Boshqa antidepressantlarga o'tishning samaradorligi yanada takomillashtirishni talab qiladi. Klomipramin holatida terapevtik ta'sirni kuchaytirish uchun 10-14 kun davomida (yurak-qon tomir funksiyalari monitoringi bilan statsionar sharoitda) tomir ichiga yuborish, so'ngra og'iz orqali qabul qilishga o'tish joizdir. Effektaga erishilganda, ular bir xil antidepressant bilan bir xil antidepressant bilan monoterapiyaning uzoq (Tercihen 1-2 yil) davriga oldingi yoki biroz kichikroq dozalarda o'tadilar (klomipramin uchun parvarishlash dozasi terapevtik dozadan ancha past bo'lishi mumkin).

Ta'riflangan usullarning samarasizligi bilan ular 8-12 hafta ichida yordamchi terapiyaga o'tadilar (III– V bosqichlar). Hozirgi vaqtda ssrilarning antipsikotik dorilar bilan kombinatsiyasi eng samarali deb tan olingan. Bunday kombinatsiyalardan foydalanganda bemorning somatik va ruhiy holatini diqqat bilan kuzatib borish kerak (yaxshisi har hafta). Aripiprazol, risperidon va ozroq darajada kvetiapin, amisulprid, olanzapin va paliperidon o'rtacha terapevtik dozalarda (diagrammaga qarang). Haloperidolni kichik dozalarda (kuniga 5 mg gacha) birlashtirish mumkin.

IV bosqichda qo'llaniladigan muqobil davolash usullariga antiepileptik dorilar (gabapentin 300-900 mg/kun, lamotrigin 100-200 mg/kun, topiramet 100-200 mg/kun), shuningdek memantin 10-20 mg/kun, asetilsistein 600-1200 mg/kun, mirtazapin 30-60 mg/kun va boshqalar kiradi. Ondansetron kuniga 1-8 mg. V bosqichda qo'llaniladigan eksperimental yordamchi terapiya usullari ilgari foydalanilmagan variantlarni o'z ichiga olishi mumkin.

Agar terapevtik ta'sirga erishilsa, ular adjuvant vositani bosqichma-bosqich bekor qilish yoki antipsikotik vositalar bilan SSRILARNING uzoq muddatli kombinatsiyalangan terapiyasi bilan oldingi IOZSNI uzoq muddatli (1-2 yil) davolashga o'tadilar.

Har qanday bosqichda chora-tadbirlar samarasiz bo'lsa, tashxisning to'g'riligini qayta baholash, muvofiqlikni tekshirish, terapevtik ta'sirga xalaqit beradigan komorbid ruhiy kasalliklar va qo'shma kasalliklarni istisno qilish kerak (masalan, giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish, shaxsiyat buzilishi va boshqalar).

Ijroiy ma'lumotlar bo'lmasa, ular keyingi bosqichlarga o'tadilar, ular invaziv bo'lmagan dori-darmonsiz terapiya usullarini (ctms, chuqur TMS), shuningdek yoqilg'i-moylash materiallarini o'z ichiga oladi. Ctms ning barcha variantlari orasida qo'shimcha motor sohasi ustida o'ng tomonlama prefrontal ctms eng samarali hisoblanadi. Yoqilg'i-moylash materiallarining kamchiliklari neyroxirurgik aralashuvga xos bo'lgan invazivlik va nojo'ya ta'sirlardir ("birinchi tanlov samarasiz bo'lgan strategiyalar – giyohvand bo'lmagan usullar" bo'limiga qarang). Hozirgi

vaqtda boshqa dori-darmonsiz va neyroxirurgik usullar eksperimental bo'lib, faqat aniq qayg'u va nogironlik bilan doimiy qarshilik holatlarida ko'rsatiladi. Ekt o'z joniga qasd qilish fikrlari va og'ir komorbid depressiya mavjud bo'lganda ham qo'llanilishi mumkin. Agar dori-darmonsiz usul samarali bo'lib chiqsa, SSRI uchun uzoq muddatli monoterapiyaga o'tish kerak.

Psixoterapiya farmakologik jihatdan buzilmagan, engil va o'rtacha darajadagi bezovtalik yoki noto'g'ri ishlash darajasi bo'lgan bemorlarda, og'ir psixiatrik patologiyasi bo'lmagan bemorlarda va turli sabablarga ko'ra PFTNI kechiktirishni yoki PFTDAN voz kechishni afzal ko'rgan bemorlarda birinchi darajali monoterapiya sifatida qaralishi kerak. Psixoterapiyani OKB belgilarining har qanday zo'ravonligi uchun davolashning har qanday bosqichida qo'shimcha (PFTGA yordamchi) usul deb hisoblash mumkin.

Список литературы

1. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration / V. Brakoulias [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2017. – Vol. 76. – P. 79-86.
2. International Obsessive-Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OCGAS). Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis / *Molecular Psychiatry*. – 2018. – Vol. 23. — №5. – P. 1181-1188.
3. Distinct Subcortical Volume Alterations in Pediatric and Adult OCD: A Worldwide Meta- and Mega-Analysis / P.S. Boedhoe [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. — 2017. – Vol. 174. — №1. – P. 60-69.
4. Hirschtritt M.E. Obsessive-compulsive disorder: Advances in diagnosis and treatment / M.E. Hirschtritt, M.H. Bloch, C.A. Mathews // *JAMA*. – 2017. – Vol. 317. — № 13. – P. 1358-1367.
5. A systematic review of evidence-based treatment strategies for obsessive-compulsive disorder resistant to first-line pharmacotherapy / U. Albert [et al.] // *Current Medicinal Chemistry*. – 2018. – Vol. 25. - №41. – P. 5647-5661.
6. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) / A. Del Casale [et al.] // *Current Neuropharmacology*. – 2019. - Vol. 17. - №8. – P. 1-27.
7. Memantine augmentation improves symptoms in serotonin reuptake inhibitor- refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial / A. Modarresi [et al.] // *Pharmacopsychiatry*. – 2018. – Vol. 51. - №6. – P. 263-269.
8. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. // *Nat Rev Dis Primers*. -2019. – Vol. 5. - N1. – P. 52-68.
9. Kayser R.R. Pharmacotherapy for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. // *J Clin Psychiatry*. – 2020. – Vol.81. - N5- P. 19ac13182. <https://doi.org/10.4088/JCP.19ac13182>
10. Beaulieu A.M., Tabasky E., Osser D.N. The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South Shore Program: an algorithm for adults with obsessive-compulsive disorder. // *Psychiatry Res*. – 2019, Vol. 28, P. 112583.
11. Couto J.P., Moreira R. Oral N-acetylcysteine in the treatment of obsessive- compulsive disorder: a systematic review of the clinical evidence. // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. – 2018. – Vol. 86, P. 245-254.
12. Kishi T., Matsuda Y., Iwata N. Combination therapy of serotonin reuptake inhibitors and memantine for obsessive- compulsive disorder: a meta- analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. // *J Alzheimers Dis*. – 2018.- Vol. 64. - N1. – P. 43-48.
13. Lusicic A., Schruers K.R.J., Pallanti S., et al. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: current perspectives. // *Neuropsychiatr Dis Treat*. – 2018. – Vol. 14. – P. 1721-1736.
14. Carmi L., Tandler A., Bystritsky A. et al. Efficacy and safety of deep transcranial magnetic stimulation for obsessive-compulsive disorder: a prospective multicenter randomized double-blind placebo-controlled trial. // *Am J Psychiatry*. – 2019. – Vol.176. – N11. – P. 931-938.
15. Fineberg N. A., Hollander E., Pallanti S., et al. Clinical advances in obsessive- compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive- Compulsive Spectrum Disorders // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2020 – № 4 (35). – P. 173–193.
16. Rehn S., Eslick G. D., Brakoulias V. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Different Cortical Targets Used in Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) // *The Psychiatric Quarterly*. – 2018 – № 3 (89). – P. 645–665.

17. Grassi G., Pallanti S. Current and up-and-coming pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder in adults. // *Expert Opin Pharmacother.* – 2018. – Vol.19. – N14. -P. 1541-1550.
18. Perera M. P. N. et al. Electrophysiology of obsessive compulsive disorder: a systematic review of the electroencephalographic literature // *Journal of anxiety disorders.* – 2019. – T. 62. – C. 1-14.