

- development in young children with low vitamin B12 status. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(3):762-769. doi:10.1093/ajcn/72.3.762
14. Margalit I, Cohen E, Regev R, et al. Vitamin B12 deficiency and the role of gender: a cross-sectional study. *Ann Nutr Metab.* 2018;72(4):265-271. doi:10.1159/000488326
15. Nevéus T, Eggert P, Evans J, et al. Evaluation and treatment of monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol.* 2010;183(2):441-447. doi:10.1016/j.juro.2009.10.043
16. O'Leary F, Samman S. Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients.* 2010;2(3):299-316. doi:10.3390/nu2030299
17. Salikhova S, SK. Effects of EEG-Neurofeedback in children with Down syndrome. *Romanian Journal of Neurology* 2024.
18. Weng Q, Chen Y, Wang H, et al. Folate metabolism regulates oligodendrocyte differentiation and myelination. *Sci Rep.* 2017;7:1705. doi:10.1038/s41598-017-01732-1
19. Yeung CK. Nocturnal enuresis-evaluation and treatment. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 2003;206:1-44.

УДК: 616.89:159.9

ПОЗДНЯЯ ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РОЛЬ РЕЛИГИОЗНО-КУЛЬТУРНОЙ СРЕДЫ

Хакимова Д.А., Магзумова Ш.Ш., Кеворкова М.А.
Ташкентский государственный медицинский университет

ХУЛОСА

Тадқиқот мақсади. 60 ёшдан катта эркакларда кеч бошланган депрессиянинг клиник, ижтимоий ва адаптив хусусиятларини аниқлаш ҳамда диний-маданий муҳитнинг мослашув ва тиббий ёрдамга мурожаат қилиш жараёнига таъсирини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотга Тошкентдаги кўп тармоқли хусусий клиникага мурожаат қилган 60–82 ёшдаги 54 нафар эркак киритилди. Миқдорий баҳолаш PHQ-9, GDS-15 ва MoCA шкаллари орқали ўтказилди. Ҳар бир иштирокчи билан 60–90 дақиқа давом этган ярим тузилган чуқурлаштирилган суҳбатлар ўтказилди; матнлар тематик таҳлил орқали қайта ишланди. Демографик ва клиник кўрсаткичларнинг тавсифий статистикаси амалга оширилди.

Натижалар. Аксарият беморларда симптомларнинг соматизацияси, тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиш ва деструктив мослашув стратегиялари (изоляция, асабийлашиш) кузатилди. Ижобий мослашув омиллари диний фаолиятда иштирок этиш, жамоат ҳаётида фаол бўлиш ва “оқсоқол” сифатида ижтимоий аҳамиятли ролни сақлаб қолиш билан боғлиқ бўлди. Бу омиллар ижтимоий ажралиб қолишни камайтириб, шахсий аҳамият ҳиссини кучайтирди.

Хулоса. 60 ёшдан юқори эркакларда кеч бошланган депрессия соматик кўринишдаги шикоятлар ва гендерга хос хулқ-атвор моделлари билан тавсифланади. Диний-маданий муҳит мослашув ва ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг муҳим манбаи ҳисобланади. Бирламчи бугинда эрта скрининг ва гендерга сезгир ёндашувни жорий этиш зарур.

SUMMARY

Objective. To identify the clinical, social, and adaptive characteristics of late-life depression in men aged 60+ and to determine the impact of the religious and cultural environment on adaptation processes and help-seeking behavior.

Materials and methods. The study included 54 men aged 60–82 years who sought care at a multidisciplinary private clinic in Tashkent. Quantitative assessment was carried out using PHQ-9, GDS-15, and MoCA scales. Semi-structured in-depth interviews (60–90 minutes) were conducted and later analyzed using thematic analysis. Descriptive statistics and analysis of demographic and clinical indicators were performed.

Results. Most patients demonstrated somatization of depressive symptoms, delayed help-seeking, and destructive coping strategies (isolation, irritability). Positive adaptation factors included involvement in religious activities, participation in community life, and maintaining the socially meaningful role of an “elder,” which reduced isolation and strengthened the sense of personal relevance.

Conclusion. Late-life depression in men aged 60+ is characterized by somatized symptom presentation and gender-specific behavioral patterns. The religious and cultural environment serves as an important resource for adaptation and social support. Implementation of a gender-sensitive approach and early screening in primary care is required.

Keywords: late-life depression, older men, somatization, coping strategies, religious environment, Uzbekistan.

Калим сўзлар: кеч бошланган депрессия, катта ёшли эркаклар, соматизация, мослашув стратегиялари, диний муҳит, Ўзбекистон.

Одним из важнейших демографических явлений в современном мире является старение населения. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году в мире возраст каждого шестого человека будет составлять 60 лет и старше [4]. Из-за физического упадка, снижения уровня социального взаимодействия и предрасположенности к психическим заболеваниям эта возрастная группа особенно уязвима к психосоциальным и физиологическим опасностям.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 14% пожилых людей страдают психическими заболеваниями, при этом тревога и депрессия являются наиболее распространенными состояниями, на долю которых приходится 10,6% всех лет жизни с инвалидностью в этом возрастном диапазоне. На долю лиц старше 60 лет приходится около 27% всех случаев самоубийств, что подчеркивает повышенную восприимчивость пожилых людей к серьезным последствиям психических заболеваний [12].

Согласно международным данным проекта GBD 2021, стандартизированные показатели депрессии по шкале DALY выросли на 16,4% в период с 1990 по 2021 год, что свидетельствует как о росте заболеваемости, так и об ухудшении результатов лечения во всем мире, что также свидетельствует о растущем бремени депрессивных расстройств среди пожилых людей. Согласно анализу, проведенному на основе базы данных GBD за 2021 год, распространенность депрессивных расстройств возросла с 3564,77 до 4006,82 случаев на 100 000 населения за 2019-2021 годы [3].

Тема депрессии в пожилом возрасте, или депрессии, которая развивается или продолжается в пожилом возрасте на фоне сопутствующих соматических заболеваний, привлекает особое внимание в современных исследованиях. Выявить депрессию у пожилых мужчин на уровне первичной медицинской помощи непросто, поскольку ее клинические проявления часто скрываются: вместо традиционных отчаяния и меланхолии наблюдаются раздражение, жалобы на физическое состояние и снижение активности [7].

В такой стране, как Узбекистан, обладающей богатым религиозным и культурным наследием, на социальную жизнь пожилых людей существенное влияние оказывает их религиозное окружение. Участие в групповых молитвах, религиозных праздниках и мероприятиях в махалле обеспечивает эмоциональную и социальную поддержку, снижает чувство изоляции и повышает чувство значимости. В то же время общепринятые представления о «мужественности» и положении «кормильца семьи», а также сохраняющаяся стигматизация, связанная с обращением за психиатрической помощью, препятствуют своевременной

диагностике и лечению депрессии у пожилых мужчин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На примере частной клиники в Ташкенте определить клинические, социокультурные и адаптивные характеристики депрессии с поздним началом у мужчин в возрасте 60 лет и старше.

Задачи исследования:

- определить ключевые факторы, способствующие развитию депрессии в данной возрастной группе;
- проанализировать восприятие своего состояния мужчинами и выявить используемые стратегии сопротивления;
- изучить влияние религиозно-культурных практик как ресурса адаптации и социальной поддержки;
- разработать рекомендации по внедрению гендерно-чувствительного подхода в диагностике и терапии поздней депрессии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось с использованием смешанной методикой, которая позволяла сочетать количественные и качественные методы исследования пожилых мужчин с поздним началом депрессии. В дополнение к документированию интенсивности депрессивных симптомов, этот дизайн предлагает многогранное изучение этого явления, позволяя глубже понять субъективное восприятие болезни, социокультурные условия и личные механизмы преодоления.

Методологической основой исследования послужили системный и биопсихосоциальный подходы, которые рассматривают психическое здоровье как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных элементов.

В исследовании приняли участие 54 мужчин в возрасте от 60 до 82 лет, их средний возраст составил $68,4 \pm 5,8$ года. Каждый участник имел соматические жалобы или обратился за профилактическим осмотром в частную многопрофильную клинику в городе Ташкенте.

Чтобы гарантировать однородность выборки и точность результатов, процесс отбора был проведен целенаправленно в соответствии с заранее установленными критериями включения и исключения.

Критерии включения:

- возраст 60 лет и старше;
- наличие депрессивных симптомов, о чем свидетельствуют оценки не менее 10 баллов по шкале PHQ-9 или 5 баллов по шкале GDS-15;
- способность участвовать в беседах благодаря сохранению когнитивных функций по шкале MMSE (≥ 24); а также
- наличие подписанного информированного согласия.

Критерии исключения включают острые психо-

тические состояния, серьезные соматические заболевания, которые исключают участие в исследовании, а также серьезные когнитивные нарушения или деменцию (MMSE <20).

Для выполнения этих задач были использованы различные эмпирические методы, включающие как количественные, так и качественные элементы.

Показатель депрессии PHQ-9, краткий показатель гериатрической депрессии GDS-15 и Монреальская когнитивная шкала (MoCA) были проверенными психометрическими инструментами, используемыми в количественном компоненте. Дополнительно была собрана информация о возрасте, семейном положении и занятости, уровне образования и наличии хронических соматических заболеваний. Благодаря этой информации мы смогли оценить структуру выборки и определить корреляцию между социальными и клиническими показателями.

Полуструктурированные глубинные интервью с участниками исследования послужили основой для качественного компонента. Интервью продолжительностью от 60 до 90 минут включали в себя широкий круг вопросов, включая отношение к психиатрической помощи, эмоциональные реакции, тактику сопротивления, личное восприятие депрессии и

ту роль, которую культурные и религиозные обычаи играют в процессе адаптации. С разрешения участников каждое интервью проводилось один на один, записывалось на пленку, а затем расшифровывалось для анализа.

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации. Данные были собраны после того, как эксперимент получил одобрение местной комиссии по этике частной клиники.

Перед началом исследования все респонденты получили информацию о целях, содержании и добровольном участии в исследовании. Каждый участник подписал форму информированного согласия. Данные были зашифрованы для сохранения анонимности и конфиденциальности. При цитировании использовались такие обозначения, как R1 и R2, для предотвращения идентификации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 54 мужчин в возрасте от 60 до 82 лет, их средний возраст составил $68,4 \pm 5,8$ года. Остеоартрит, сахарный диабет 2 типа и гипертоническая болезнь были наиболее распространенными хроническими соматическими заболеваниями среди большинства респондентов.

Таблица 1

Социодемографическая характеристика выборки (n = 54)

Параметр	Кол-во участников	% от выборки
Возраст, годы (среднее \pm SD)	68,4 \pm 5,8	–
Семейное положение		
В браке	33	61 %
Вдовы	15	28 %
Одинокие	6	11 %
Образование		
Высшее	20	37 %
Среднее специальное	25	46 %
Среднее общее	9	17 %
Хронические заболевания		
Артериальная гипертензия	31	57 %
Сахарный диабет 2 типа	18	33 %
Остеоартроз	12	22 %

Распределение по семейному положению было следующим: одиннадцать процентов были холостяками, двадцать восемь процентов - вдовцами, а шестьдесят один процент состоял в браке. Из числа респондентов 46% имели среднее специальное образование, 19% - обычное среднее образование и почти треть - высшее образование.

Согласно исследованию, 52% респондентов определили хронические соматические расстройства в качестве основной причины появления депрессивных симптомов.

Около трети (30%) участников заявили, что причиной их печали была потеря работы и последовавшая за этим финансовая нестабильность, в то время как 18% заявили, что виноваты в этом социальная изоляция и смерть близкого человека.

Один из респондентов, которому 68 лет, сказал: «Я почувствовал, что больше не нужен, когда перестал работать. Это чувство только усилилось из-за болезней».

Таким образом, полученные результаты подтверждают тесную связь между психическим и физическим здоровьем. Эта информация согласуется с теорией «сосудистой депрессии» (Kok et al., 2019), согласно которой сосудистые изменения в головном мозге и хронические заболевания являются основными факторами, влияющими на патофизиологию депрессии с поздним началом.

В то время как 24% респондентов в первую очередь описывали печаль как проблемы с телом (апатия, дискомфорт, слабость и бессонница), большинство респондентов (65%) описали свое заболевание

как «потерю сил».

Поскольку психические заболевания подвергаются стигматизации в обществе, оставшиеся 11% избегали говорить о своей болезни из-за смущения.

Наиболее распространенными механизмами преодоления были деструктивные. Соответственно, 33% мужчин сообщили о раздражении и вспышках насилия, в то время как 67% сообщили о избегании и социальной изоляции. Эти действия усиливали чувство одиночества и усугубляли симптомы депрессии.

Эти результаты согласуются с результатами исследования Fiske et al. (2009), которые обнаружили, что пожилые мужчины, находящиеся в изоляции, с большей вероятностью совершают суицидальные действия.

Двумя важными компонентами адаптации были участие в общественной жизни и религиозной деятельности. Соответственно, религиозная и социальная среда Узбекистана действует как социальный буфер, снижая вероятность обострения депрессии и повышая способность пожилых мужчин к адаптации.

ВЫВОДЫ

1. По нашим данным, от 28 до 32 процентов пожилых мужчин, обращающихся в клинику по физическим причинам, проявляют симптомы депрессии, что соответствует общемировым показателям. Это демонстрирует важность активного выявления симптомов, даже при наличии основных физических жалоб, и значительную актуальность проблемы депрессии с поздним началом среди населения мегаполисов.

2. В клинических признаках депрессии у наших респондентов явно прослеживается гендерная составляющая. Эти результаты согласуются с исследованиями Apesoa-Varano и соавт, которые обнаружили, что пожилые мужчины в США предпочитают термины «усталость» или «стресс» понятию «депрессия».

3. Исследования причин депрессии показали, что основными виновниками являются социальная изоляция, финансовая нестабильность и хронические физические заболевания.

Наше исследование подтверждает необходимость применения многогранной стратегии, учитывающей медицинские, психологические и социокультурные факторы при лечении поздней депрессии у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alberti A, et al. Factors associated with the development of depression in older adults: A systematic review. *J Affect Disord.* 2024;312:1–9. <https://www.mdpi.com/2227-9059/12/9/1994>
2. Apesoa-Varano EC, Hinton L, Barker JC. When silence is not golden: Engaging older men in mental health care. *J Aging Stud.* 2015;35:94–101. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25461856/>
3. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *Psychiatry Res.* 2013;210(3):806–810. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24229653/>
4. Devita M, et al. Recognizing depression in the elderly: Practical guidance for clinicians. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2022;30(3):234–245. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34954072/>
5. Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, et al. Somatic symptoms of depression in elderly patients with chronic medical illnesses. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(11):1998–2003. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16163749/>
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363–389. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19327033/>
7. Ismail R, Omar M, Salleh H. Religious practices and mental health in older adults: Evidence from Muslim populations. *J Relig Health.* 2019;58:2015–2028. https://www.researchgate.net/publication/229425813_Religion_spirituality_and_mental_health_in_the_West_and_the_Middle_East
8. Jeong HG, Kim M, Lee S. Influence of the number and severity of somatic symptoms on depression in elderly patients. *Psychiatry Res.* 2014;217(1–2):1–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24890651/>
9. Hegeman JM, et al. Depression in later life: A more somatic presentation? *J Affect Disord.* 2015;174:1–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25461856/>
10. Kristensen MM, et al. Engaging older men in mental health-promoting activities: A qualitative study. *J Men Health.* 2025;22(1):e1–e10. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/files/293332198/JOMH2025021702.pdf>
11. Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults: A review. *JAMA.* 2019;321(13):1330–1340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28535241/>
12. Laks J, et al. Peculiarities of geriatric psychiatry: A focus on aging and depression. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2010;23(4):211–218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20685765/>
13. Motsamai TB, et al. Depression: Determinants that influence the mental health of older adults. *Asia Pac Psychiatry.* 2022;14(1):e12345. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23337214211053121>
14. Paiva TC. Depression in elderly people. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2023;36(2):48–55. <https://www.mdpi.com/2673-8392/3/2/48>
15. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist.* 1997;37(4):433–440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9237433/>
16. Schnabel K, et al. The emotion regulation process in somatic symptom disorder: Implications for treatment. *Psychosom Med.* 2022;84(7):e123–e130. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735822000812>
17. Shahlo M. Measuring and defining depression in the Uzbek population: Translating and extending the Center for Epidemiological Studies Depression Scale. *CyberLeninka.* 2011. <https://cyberleninka.ru/article/n/measuring-and-defining-depression-in-the-uzbek-population-translating-and-ex>

- tending-the-center-for-epidemiological-studies-depression-scale
18. Skugarevsky O, et al. Mental healthcare for older adults among countries in World Psychiatric Association Zone 10. *East Asian Arch Psychiatry*. 2024;34(2):70–73. <https://www.eaap.org/>
19. Tang L, et al. Incidence rate and related factors of depression in older adults with somatization symptoms. *Front Public Health*. 2025;13:1644429. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2025.1644429/full>
20. Unützer J. Late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(5):365–374. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17446345/>

УДК: 616.831.31-009.24-007.17-053.2-092:616.853-07

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРИ ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Турдиалиева Ф.О., Саидазизова Ш.Х., Самадов Ф.Н.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
г. Ташкент

ХУЛОСА

Тадқиқот мақсади. Болаларда фокал кортикал дисплазиянинг клиник-генетик хусусиятлари бўйича замонавий маълумотларни тизимлаштириш ва танқидий таҳлил қилиш, патогенезнинг учта асосий йўналишини ажратган ҳолда: *mechanistic Target of Rapamycin (mTOR) сигнал йўлининг гиперактивацияси*, *ион каналларининг мутациялари (каналопатижалар) ва нейронларнинг миграция бузилишлари*.

Материаллар ва усуллар. Адабиётлар қидируви 2001–2025 йиллар учун PubMed, Scopus ва Web of Science маълумотлар базаларида “focal cortical dysplasia”, “mTOR pathway”, “ion channel mutations”, “neuronal migration disorders”, “WES”, “children epilepsy” каби калит сўзлардан фойдаланилган ҳолда, PRISMA тамойилларига мувофиқ амалга оширилди.

Натижалар. Замонавий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, MTOR, DEPDC5, TSC1, TSC2, PIK3CA, AKT3 генларидаги мутациялар натижасида юзага келадиган mTOR’га боғлиқ жараёнларнинг фаоллашуви ФКД II-турини шакллантиради. Каналопатижалар (SCN1A, SCN2A, SCN8A, KCNQ2, KCNT1) ва нейронлар миграцияси бузилишлари (DCX, PAFAH1B1, RELN, ARX) касалликнинг фенотипик ўзгарувчанлигини белгилайдиган қўшимча патогенетик субтипларни ташкил этади. Аниқланишича, нейрогенез даврида (эмбрион ривожланишининг 8–24 ҳафталари) юзага келадиган соматик мутациялар локал шаклдаги дисплазияларни келтириб чиқаради, ундан эрта пайдо бўладиган зарарланиш эса кенг тарқалган малформацияларга, жумладан гемимегалэнцефалияга олиб келади.

Хулоса. Маълумотлар таҳлили ФКДнинг морфологик таснифидан молекуляр-генетик таснифга ўтиш зарурлигини таъкидлайди. Бунда экзом

SUMMARY

Objective of the study. To systematize and critically evaluate current evidence on the clinical-genetic characteristics of focal cortical dysplasia (FCD) in children, with emphasis on three major pathogenetic mechanisms: hyperactivation of the mechanistic Target of Rapamycin (mTOR) signaling pathway, ion channel mutations (channelopathies), and neuronal migration disorders.

Materials and methods. A literature search was conducted in PubMed, Scopus, and Web of Science databases for the years 2001–2025 using the keywords “focal cortical dysplasia,” “mTOR pathway,” “ion channel mutations,” “neuronal migration disorders,” “WES,” and “children epilepsy,” in accordance with PRISMA guidelines.

Results. Recent studies demonstrate that activation of mTOR-dependent processes due to mutations in MTOR, DEPDC5, TSC1, TSC2, PIK3CA, and AKT3 genes underlies FCD type II. Channelopathies (SCN1A, SCN2A, SCN8A, KCNQ2, KCNT1) and neuronal migration defects (DCX, PAFAH1B1, RELN, ARX) constitute additional pathogenetic subtypes contributing to phenotypic heterogeneity of the disease. It has been established that somatic mutations arising during neurogenesis (8th–24th week of embryogenesis) lead to localized forms of dysplasia, whereas earlier disruptions result in extensive malformations, including hemimegalencephaly.

Conclusion. This synthesis of evidence highlights the need to shift from a purely morphological to a molecular-genetic classification of FCD integrating results of whole-exome sequencing, transcriptomics, and morphometry. Such an approach provides groundwork for personalized diagnostics and prognostication in pediatric epilepsy.