



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №1 (21)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 1 (21)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**Тураев Т.М., Велиляева А.С., Хасанова Н.Ш.**

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. В мире эпилепсией страдают около 70 миллионов человек, почти у 60% выявляются тревожно-депрессивные расстройства, которые существенно утяжеляют течение заболевания и снижают эффективность противоэпилептической терапии. Недооценка и поздняя диагностика аффективных расстройств часто являются причиной снижения комплаентности, когнитивного функционирования, уменьшения приверженности к терапии и учащения эпилептических приступов, снижая социальную адаптацию и качество жизни. Целью настоящего исследования явилось изучение нейрофизиологических и нейропсихологических особенностей формирования тревожных расстройств у пациентов с фокальной эпилепсией. В исследование включено 118 пациентов фокальной эпилепсией с тревожно-депрессивными расстройствами, в возрасте от 18 до 45 лет, разделенные на 2 группы в зависимости от латерализации эпилептического очага (лево- (ЛПЭ) или правополушарная (ППЭ)). Проведён сравнительный анализ нейропсихологических (HADS, STAI) и нейрофункциональных (ночной ЭЭГ мониторинг сна) методов исследования. Установлено, что выраженные тревожные расстройства при (ЛПЭ) составили 40,0 % (24/58), в то время как при (ППЭ) этот показатель существенно выше - 75,0 % (45/60), ($\chi^2 = 15,04$; $p < 0,001$). Субклиническая тревога в группе ЛПЭ наблюдалась 20,0 % (12/58), в ППЭ группе этот показатель снизился до 5,0 % (3/60). Таким образом, правополушарные пациенты реже находились в «пограничном» состоянии тревожности: большинство из них ощущали выраженную тревогу, либо находились ближе к норме. Разница (20,0 % vs 5,0 %) также статистически значима ($\chi^2 = 6,00$; $p < 0,05$). Полученные результаты сравнительного анализа категорий HADS-A и STAI подтверждают, что локализация эпилептического очага (право vs лево) является важным прогностическим фактором для своевременного выбора объёма и интенсивности коррекции тревожных расстройств при фокальной эпилепсии.

Ключевые слова: фокальная эпилепсия, правополушарная эпилепсия, левополушарная эпилепсия, тревога, HADS, STAI.

FEATURES OF THE FORMATION OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH EPILEPSY**Turaev T.M., Velilyaeva A.S., Khasanova N.Sh.**

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. Worldwide, approximately 70 million people suffer from epilepsy, and nearly 60% are diagnosed with anxiety and depressive disorders, which significantly aggravate the course of the disease and reduce the effectiveness of antiepileptic therapy. Underestimation and late diagnosis of affective disorders are often the cause of decreased compliance, impaired cognitive functioning, reduced adherence to therapy, and increased frequency of epileptic seizures, thereby reducing social adaptation and quality of life. The aim of the present study was to investigate the neurophysiological and neuropsychological features of anxiety disorder formation in patients with focal epilepsy. The study included 118 patients with focal epilepsy and anxiety-depressive disorders aged 18–45 years, divided into two groups depending on the lateralization of the epileptic focus: left-hemisphere epilepsy (LHE) and right-hemisphere epilepsy (RHE). A comparative analysis of neuropsychological (HADS, STAI) and neurofunctional (overnight EEG sleep monitoring) methods was conducted. It was found that pronounced anxiety disorders in LHE accounted for 40.0% (24/58), whereas in RHE this indicator was significantly higher at 75.0% (45/60) ($\chi^2 = 15.04$; $p < 0.001$). Subclinical anxiety in the LHE group was observed in 20.0% (12/58), while in the RHE group it decreased to 5.0% (3/60). Thus, right-hemisphere patients were less often in a borderline anxiety state. The difference (20.0% vs 5.0%) was also statistically significant ($\chi^2 = 6.00$; $p < 0.05$). The obtained results of the comparative analysis of the HADS-A and STAI categories confirm that the localization of the epileptic focus (right vs. left) is an important prognostic factor for the timely selection of the volume and intensity of correction of anxiety disorders in focal epilepsy.

Keywords: focal epilepsy, right-hemisphere epilepsy, left-hemisphere epilepsy, anxiety, HADS, STAI.

ЭПИЛЕПСИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ХАВОТИРЛИИ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ШАКИЛЛАНИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тураев Т.М., Велияева А.С., Хасанова Н.Ш.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. Дунёда тахминан 70 миллион киши эпилепсия билан оғриган бўлиб, уларнинг деярли 60 % да хавотирли -депрессив бузилишлар аниқланади. Бу ҳолат касаллик кечишини сезиларли даражада оғирлаштиради ва эпилепсияга қарши терапия самарадорлигини пасайтиради. Аффектив бузилишларни кам баҳолаш ва кеч таъхислаш комплаентликнинг пасайиши, когнитив фаолиятнинг бузилиши, даволанишига риоя қилишининг камайиши ва эпилептик хуружлар сонининг кўпайишига олиб келиб, ижтимоий мослашув ва ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади фокал эпилепсия билан оғриган беморларда хавотирли бузилишларнинг шаклланишида нейрофизиологик ва нейропсихологик хусусиятларни ўрганишдан иборат бўлди. Тадқиқотга 18 - 45 ёшдаги хавотирли-депрессив бузилишлар билан кечувчи фокал эпилепсияга чалинган 118 нафар бемор киритилди. Улар эпилептик ўчоқ латерализациясига кўра икки гуруҳга бўлинди: чап яримшар эпилепсияси (ЧЯШЭ) ва ўнг яримшар эпилепсияси (ЎЯШЭ). Нейропсихологик (HADS, STAI) ва нейрофункционал (тунги ЭЭГ уйқу мониторинги) усуллар қиёсий таҳлил қилинди. ЧЯШЭ да яққол хавотирли бузилишлар 40,0 % (24/58) ни ташиқил этган бўлса, ЎЯШЭ да ушбу кўрсаткич анча юқори — 75,0 % (45/60) ни ташиқил қилди ($\chi^2 = 15,04$; $p < 0,001$). Субклиник хавотирли ЧЯШЭ гуруҳида 20,0 % (12/58) да кузатилган бўлса, ЎЯШЭ гуруҳида 5,0 % (3/60) гача камайди. Демак, ўнг яримшарли беморлар «чегаравий» хавотирли ҳолатида камроқ бўлган. Фарқ (20,0 % ва 5,0 %) статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлди ($\chi^2 = 6,00$; $p < 0,05$). Олинган натижалар эпилептик ўчоқ локализацияси фокал эпилепсида хавотирли бузилишларни ўз вақтида тузатишида муҳим прогностик омил эканлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: фокал эпилепсия, ўнг яримшар эпилепсияси, чап яримшар эпилепсияси, хавотирли, HADS, STAI

Актуальность проблемы. Эпилепсия остаётся одной из наиболее распространённых и социально значимых психоневрологических патологий, сопровождающихся не только стойкими нарушениями биоэлектрической активности мозга, но и высоким риском развития психоэмоциональных расстройств [3, 6, 10]. По данным ВОЗ, около 70 миллионов человек в мире страдают эпилепсией, при этом у значительной части пациентов выявляются тревожно-депрессивные расстройства, которые существенно утяжеляют течение заболевания и снижают эффективность противоэпилептической терапии [1, 4, 9]. Фокальная эпилепсия, как одна из наиболее распространённых форм эпилепсии, особенно часто ассоциирована с коморбидными аффективными расстройствами, преимущественно тревогой и депрессией. Современные исследования подтверждают значимость латерализации эпилептического очага (лево- или правополушарная) в определении клинических проявлений эмоционально-аффективной сферы пациентов и выбора оптимальной терапевтической тактики [2, 5, 7]. Вместе с тем, в реальной клинической практике недостаточно учитываются индивидуальные нейрофизиологические и нейропсихологические профили пациентов, что приводит к несвоевременной диагностике и неполноценной лечебной тактике. Необходимость изучения формирования тревоги и депрессии уже в инициальном этапе эпилепсии подчёркивается тем фактом, что именно недооценка и поздняя диагностика аффективных расстройств часто являются причиной снижения комплаентности, когнитивного функционирования, уменьшения приверженности к терапии и учащения эпилептических приступов, формируя неблагоприятный замкнутый круг «приступ – нейровоспаление – тревога – депрессия – когниция».

В мире проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение современных тенденций в области психофизиологии при эпилепсии, включая влияние латерализации эпилептического очага, нейровоспаления и нейропластичности на развитие тревожно-депрессивных расстройств [2, 5, 9]. Однако остаётся недостаточно изученным вопрос как индивидуальные функциональные особенности высшей нервной деятельности, структурные изменения по МРТ и показатели qEEG взаимодействуют между собой и влияют на формирование, структуру и прогноз тревожно-депрессивной симптоматики при эпилепсии [3, 6, 8]. Данный подход способствует персонифицированному и комплексному подходу к тактике ведения больного, а также прогнозированию эпилепсии с коморбидной патологией, повышению эффективности лечения, снижению социальной дезадаптации и улучшению качества жизни данного контингента больных.

Цель исследования. Целью нашего исследования является изучение особенностей формирования тревожных расстройств при фокальной эпилепсии, верифицированные нейрофункциональными и нейропсихологическими показателями.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 118 пациентов с верифицированной фокальной эпилепсией, наблюдавшихся в 1 Клинике Самаркандского государственного медицинского университета и в Самаркандском областном психоневрологическом диспансере, в период с 2022 по 2025 гг. Больные разделены на две группы:

- I группа - пациенты с ЛПЭ (n = 58);
- II группа - пациенты с ППЭ (n = 60).

Критерии включения: возраст от 18-40 лет; подтверждённая фокальная эпилепсия (по данным МРТ и ЭЭГ); отсутствие выраженного когнитивного дефицита (MMSE \geq 26); стабильная медикаментозная терапия в течение \geq 3 месяцев.

Критерии исключения: наличие психотических расстройств или деменции; тяжелое депрессивное состояние, выраженные речевые нарушения неэпилептического генеза; органические заболевания головного мозга иной этиологии; наличие тяжёлых соматических или онкологических заболеваний.

Таблица 1.

Клинические и демографические характеристики пациентов с ЛФЭ и ПФЭ

Показатель	ЛФЭ (n=58)	ПФЭ (n=60)	p-value
Средний возраст (лет)	29,4 \pm 5,2	28,8 \pm 4,9	0,482
Доля мужчин (%)	56,7%	53,3%	0,691
Продолжительность ЭП (лет)	7,8 \pm 2,1	7,5 \pm 2,3	0,604

Примечание: межгрупповые различия недостоверны ($p > 0,05$), что подтверждает сопоставимость выборок.

Психометрическая диагностика применялась для стандартизированной оценки уровня тревожных расстройств у пациентов с фокальной эпилепсией, с обязательным учётом латерализации эпилептического очага: HADS-A (Hospital Anxiety and Depression Scale); STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Порядок проведения: пациенты под наблюдением врача заполняли шкалы HADS и STAI.

Всем больным проводился ночной видео-ЭЭГ-мониторинг для уточнения локализации эпилептического очага, оценки распространённости интериктальной эпилептиформной активности, а также выявления возможных взаимосвязей между биоэлектрической активностью головного мозга и психоэмоциональным статусом пациентов (Stefan H., Scherg M., Holmes G.L., 2021;). Регистрация проводилась по 21-канальной системе с использованием международной схемы 10-20, частота дискретизации составляла 500 Гц, что обеспечивает высокое разрешение для дальнейшего спектрального анализа. Условия проведения: исследование проводилось в специализированном нейрофизиологическом кабинете с использованием многоканального цифрового ЭЭГ-комплексов (Нейрософт, Нейрон-Спектр-4/П, 2020) с системой видеорегистрации и аудиомониторинга.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS v.13. Непрерывные данные: баллы HADS-A, STAI-S, STAI-T. При отклонении от нормальности применялся непараметрический критерий Манна-Уитни U. Для всех тестов условие статистической значимости - $p < 0,05$.

Результаты исследования. Результаты нейропсихологического исследования уровня тревоги представлены в таб.2.

Таблица 2.

Распределение пациентов по уровню тревоги (HADS-A)

Уровень тревоги (HADS-A)	ЛПЭ (n = 58)	ППЭ (n = 60)	χ^2	p-value
Балл	n (%)			
Норма (0–7 баллов)	24 (40,0 %)	12 (20,0 %)	$\chi^2 = 6,00$	$p < 0,05$
Субклиническая тревога (8–10 баллов)	12 (20,0 %)	3 (5,0 %)	$\chi^2 = 6,00$	$p < 0,05$
Клинически значимая тревога (≥ 11 баллов)	24 (40,0 %)	45 (75,0 %)	$\chi^2 = 5,04$	$p < 0,001$

При анализе распределения по категориям шкалы HADS-A выявлены существенные различия между двумя группами: В группе ЛПЭ доля пациентов с нормальным уровнем тревоги составила 40,0 % (24/58), в то время как в группе ППЭ - лишь 20,0 % (12/60). Разница (40,0 % vs 20,0 %) показывает, что правосторонняя локализация очага связана с более низкой вероятностью «спокойного» пси-

хоэмоционального фона ($\chi^2 = 6,00$; $p < 0,05$). Субклиническая тревога в группе ЛПЭ наблюдались 20,0 % (12/58), в группе ПФЭ этот показатель снизился до 5,0 % (3/60). Таким образом, правосторонние пациенты реже находились в «пограничном» состоянии тревожности: большинство из них либо ощущали выраженную тревогу, либо находились ближе к норме. Разница (20,0 % vs 5,0 %) также статистически значима ($\chi^2 = 6,00$; $p < 0,05$). Клинически значимая тревога (≥ 11 баллов): в ЛПЭ доля пациентов с HADS-A ≥ 11 составила 40,0 % (24/58), в то время как в группе ППЭ этот показатель оказался существенно выше, составляя 75,0 % (45/60). Такая разница (40,0 % vs 75,0 %) свидетельствует о том, что ППЭ почти в два раза чаще демонстрируют выраженные тревожные расстройства ($\chi^2 = 15,04$; $p < 0,001$).

Далее пациенты распределены на группы, набравшие ≥ 11 баллов по подшкалам HADS (табл. 3, табл. 4):

Таблица 3.

Распределение пациентов по выраженному уровню тревоги и депрессии в зависимости от фокальной эпилепсии

Подшкала	ЛПЭ	ППЭ	χ^2	p-значение
HADS-A ≥ 11	24 (40,0 %)	45 (75,0 %)	15,04	< 0,001
HADS-D ≥ 11	24 (40,0 %)	30 (50,0 %)	1,21	0,27

Таблица 4.

Сравнительный анализ средних значений HADS-A и HADS-D у ЛПЭ и ППЭ

Подшкала	ЛПЭ	ППЭ	p-значение
HADS-A (балл)	10,01 \pm 2,19	12,23 \pm 2,72	0,008
HADS-D (балл)	9,24 \pm 2,05	11,38 \pm 2,46	0,012

Таким образом, ППЭ значительно чаще демонстрируют клинически значимую тревогу (75,0 % vs 40,0 %; $p < 0,001$). Хотя доля выраженной депрессии (HADS-D ≥ 11) у правополушарных выше (50,0 % vs 40,0 %), статистически значимой разницы не выявлено ($p = 0,27$). Это указывает на то, что депрессивные симптомы встречаются практически с одинаковой частотой у пациентов обеих групп, однако правосторонняя локализация слегка повышает риск тяжёлой депрессии.

Следующим этапом определялась тревожность по шкале STAI. В группе ЛПЭ (табл.5) средний балл по шкале STAI-S (текущая тревога) составил 44,8 \pm 6,3, а по шкале STAI-T (личностная тревожность) - 46,5 \pm 7,1. В ППЭ средние значения оказались заметно выше: STAI-S = 51,9 \pm 7,2; STAI-T = 54,7 \pm 6,8.

Таблица 5.

Сравнение STAI-S и STAI-T между группами

Показатель	ЛПЭ	ППЭ	p-значение
STAI-S (Mean \pm SD)	44,8 \pm 6,3	51,9 \pm 7,2	< 0,001
STAI-T (Mean \pm SD)	46,5 \pm 7,1	54,7 \pm 6,8	< 0,001
% STAI-S ≥ 45	46,7 % (28/60)	73,3 % (44/60)	< 0,001
% STAI-T ≥ 45	53,3 % (32/60)	80,0 % (48/60)	< 0,001

Значения STAI-S и STAI-T в диапазоне 45-60 баллов указывают на выраженную тревожность. Более высокая тревожность идентифицируется в группе ППЭ ($p < 0,001$). STAI-S > 51 чётко коррелирует с учащением пароксизмов во время стрессовых ситуаций. Практически у каждого третьего правополушарного пациента наблюдается клинически значимая «ситуационная тревога», а у 80 % - устойчивая личностная тревожность. Левополушарные пациенты реже демонстрируют высокий уровень тревоги, что отражает меньшую драматичность эмоционального фона.

Статистический анализ продемонстрировал STAI-S: $t = 5,25$, $p < 0,001$ и STAI-T: $t = 5,11$, $p < 0,001$. Это говорит о крайне низкой вероятности случайного отличия между группами. Даже если опираться на непараметрический анализ (Mann-Whitney U), $p < 0,001$ подтверждает стабильную разницу.

Для более углубленного изучения уровня тревоги, изучили степень корреляции STAI с HADS-A. В нашем исследовании выявлена высокая корреляция между результатами шкалы HADS-A (Hospital Anxiety and Depression Scale, подшкала тревоги) и двумя компонентами опросника STAI

(State-Trait Anxiety Inventory) (табл.6) что позволяет судить о конвергентной валидности методов и практической значимости полученных данных.

Таблица 6.

Корреляции между STAI и HADS-A

Пара	Коэффициент r	p-значение
STAI-S ↔ HADS-A	0,68	< 0,001
STAI-T ↔ HADS-A	0,62	< 0,001

Высокие коэффициенты корреляции ($r > 0,6$; см. табл. 7) подтверждают тесную связь кратковременной тревоги с устойчивой личностной тревожностью. Для невролога и психиатра это означает: если по скрининговой шкале HADS-A пациент набирает ≥ 11 баллов, можно с высокой уверенностью прогнозировать «пороговые» значения STAI-S и STAI-T (≥ 45), указывающие на декомпенсацию тревожного состояния.

Таблица 7.

Конвергентная валидность шкалы HADS-A и STAI у пациентов с ЛПЭ и ППЭ

Показатель	ЛПЭ (n = 60)	ППЭ (n = 60)	χ^2 / r	p-value	Комментарий
STAI-S ≥ 45	28 (46,7 %)	44 (73,3 %)	$\chi^2 = -$	p < 0,001	Правосторонний очаг чаще ассоциирован с высокой «тревогой-сейчас»
STAI-T ≥ 45	32 (53,3 %)	48 (80,0 %)	$\chi^2 = -$	p < 0,001	Более высокая личностная тревожность при ППЭ
Среднее значение STAI-S	47,2 \pm 6,5	51,9 \pm 7,2	t = -	p < 0,001	Значимо выше у ППЭ
Среднее значение STAI-T	49,8 \pm 6,1	54,7 \pm 6,8	t = -	p < 0,001	Значимо выше у ППЭ
Корреляция HADS-A и STAI-S	-	-	r = 0,68	p < 0,001	Высокая конвергентная валидность
Корреляция HADS-A и STAI-T	-	-	r = 0,64	p < 0,001	Высокая конвергентная валидность

Правая латерализация очага значительно усугубляет выраженность как «тревоги-сейчас», так и личностной тревожности: доля пациентов с STAI-S ≥ 45 достигла 73,3 % (против 46,7 % у левополушарных), по STAI-T - 80,0 % против 53,3 % соответственно (p < 0,001). Это подчёркивает более тяжёлое нарушение механизмов эмоциональной регуляции и последующей дезадаптацией при правополушарной фокальной эпилепсии. Выявлена высокая корреляция между результатами шкалы HADS-A и результатами STAI-S и STAI-T ($r > 0,6$) подтверждают тесную связь кратковременной тревоги с устойчивой личностной тревожностью, что позволяет судить о конвергентной валидности методов и практической значимости полученных данных. В клинической практике частота и выраженность тревожных проявлений у пациентов с эпилепсией нередко напрямую связаны с прогнозом их основного заболевания и общим уровнем адаптации.

Таким образом, правосторонняя фокальная эпилепсия ассоциируется с более выраженным уровнем тревоги: три четверти таких пациентов имеют «клинически значимую» тревогу (≥ 11 баллов), лишь каждый пятый находится в пределах нормы. Левосторонняя фокальная эпилепсия сопровождается более мягкими тревожными проявлениями. Разрыв в доле «субклинической» тревоги (2:1 -20 % vs 5 %) также указывает на более резкую дестабилизацию эмоционального фона при правостороннем очаге: в этой группе пациенты «перепрыгивают» сразу к клинической тревоге, минуя промежуточную стадию. Сравнительный анализ категорий HADS-A и STAI подчёркивает, что локализация эпилептического очага (право vs лево) является важным прогностическим фактором для выбора объёма и интенсивности тревожной коррекции при фокальной эпилепсии.

Практическая значимость полученных результатов при ограниченном времени приёма целесообразно начинать с HADS: при баллах ≥ 11 переходить к STAI-S/STAI-T для углублённой оценки. У пациентов с правополушарной эпилепсией тревога выражена значимо сильнее (STAI-S = 51,9 \pm 7,2; STAI-T = 54,7 \pm 6,8; p < 0,001), необходимо более раннее и интенсивное вмешательство психиатра:

высокий процент (75 %) «клинически значимой» тревоги требует назначения психотерапевтических и фармакологических методов, уже на этапе первичного обследования. Для левополушарных пациентов тревожность ниже, возможны щадящие подходы. при обнаружении субклинической тревоги достаточно динамического наблюдения и профилактических мер (психотерапия, релаксационные техники) без немедленной агрессивной медикаментозной коррекции. Высокая корреляция HADS-A со STAI ($r = 0,68$) подтверждает обоснованность этапного скрининга.

Выводы. 1. Пациенты с ППЭ имеют значительно более высокую долю клинически значимой тревоги и меньшую долю нормы и субклинической тревоги, что свидетельствует о большей дестабилизации эмоционального фона (доля пациентов с HADS-A ≥ 11 выше в ППЭ; HADS-A: $\chi^2 = 15,04$, $p < 0,001$). 2. Различие в долях пациентов с «клинической» депрессией (50,0 % vs 40,0 %) между группами ППЭ и ЛПЭ незначимо (доля пациентов HADS-D ≥ 11 между группами не является статистически значимым; HADS-D: $\chi^2 = 1,21$, $p = 0,27$). 3. Высокая корреляция HADS-A и STAI подтверждает, что пациенты с ППЭ имеют значительно более высокий риск как ситуационной, так и личностной тревожности, при HADS-A ≥ 11 врач может обоснованно ожидать высоких значений STAI, что позволяет быстро выявить группу риска и своевременно начать адекватную психотерапевтическую и медикаментозную коррекцию.

Список литературы:

1. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, et al. Rates and risk factors for mood disorders in adults with epilepsy. *Epilepsia*. 2023 Oct;44(10):1228-1234.
2. Gilliam F, Hecimovic H, Sheline Y. Psychiatric comorbidity, health, and function in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2023 Aug;4(1 Suppl):S26-S30.
3. Петрова Л.Н., Иванова А.Г. Распространенность депрессивных расстройств у больных эпилепсией: результаты клинического наблюдения. *Неврология и психиатрия*. 2021;121(2):15-21.
4. Schachter SC. Epilepsy and depression: diagnosis and treatment. *Epilepsia*. 2023;44 Suppl 10:16-20.
5. Duman RS, Aghajanian GK. Pathophysiology of depression: synaptic and molecular mechanisms relevant to epilepsy comorbidity. *Mol Psychiatry*. 2022;17(12):1194-1202.
6. Veer IM, Beckmann CF, van Tol MJ, et al. Whole-brain resting-state analysis reveals decreased functional connectivity in major depression. *Cereb Cortex*. 2020;21(6):13861398.
7. Kious B.M., Bakken I.J., et al. Comorbid migraine and its impact on quality of life in adults with epilepsy. *Neurology*. 2024;102(3):e330–e339.
8. Peterson BS, Anderson AW, Ehrenkauf RL, et al. Brain developmental changes in favor of right hemisphere during adolescence: implications for emotion lateralization in depression. *J Neurosci*. 2022;22(23):1000-1008.
9. Leuchter AF, Cook IA, Hunter AM, Cai C, Horvath S. Resting-state quantitative electroencephalography biomarkers in depression: prediction of clinical outcomes. *Clin Electroencephalogr*. 2022;43(4):229-237.
10. Johnson AE, Miller LJ, Chan S, et al. Duloxetine for major depressive disorder in patients with epilepsy: a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsy Res*. 2023;187:106794.

Для цитирования: Тураев Т.М., Велиляева А.С., Хасанова Н.Ш. Особенности формирования тревожных расстройств у больных эпилепсией // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 1(21). – С. 313–318. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18326990>