

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДОЛИМОВА МАХФУЗА АЛИМОВНА

**РЕКУРРЕНТ ШИЗОФРЕНИЯНИНГ РЕМИССИЯЛАРИДА
ПСИХОПАТОЛОГИК СИМПТОМАТИКА ДИНАМИКАСИГА
БОҒЛИҚ ҲОЛДА ПРОГРЕДИЕНТЛИК БЎЙИЧА КЕЧИШ
ВАРИАНТЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА
ҚАЙТАЛАНИШЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ**

**14.00.43 – Профилактик тиббиёт
14.00.18 – Психиатрия ва наркология**

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Долимова Махфуза Алимовна

Рекуррент шизофрениянинг ремиссияларида психопатологик
симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда прогрессивлик
бўйича кечиш вариантларининг хусусиятлари ва
кайталанишларини олдини олиш..... 3

Долимова Махфуза Алимовна

Особенности вариантов течения рекуррентной шизофрении по
прогрессивности в зависимости от психопатологической
симптоматики в ремиссиях и профилактика обострений..... 23

Dolimova Mahfuza Alimovna

Features of types of the course of recurrent schizophrenia according
to progression depending on the dynamics of psychopathological
symptomatics in remission and prevention of exacerbations..... 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 47

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ
КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДОЛИМОВА МАХФУЗА АЛИМОВНА

**РЕКУРРЕНТ ШИЗОФРЕНИЯНИНГ РЕМИССИЯЛАРИДА
ПСИХОПАТОЛОГИК СИМПТОМАТИКА ДИНАМИКАСИГА
БОҒЛИҚ ҲОЛДА ПРОГРЕДИЕНТЛИК БЎЙИЧА КЕЧИШ
ВАРИАНТЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА
ҚАЙТАЛАНИШЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ**

**14.00.43 – Профилактик тиббиёт
14.00.18 – Психиатрия ва наркология**

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

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.2.PhD/Tib954 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати учта (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) тилда Илмий кенгаш веб саҳифасида (www.adti.uz) ва «ZiyoNet» (www.ziyounet.uz) ахборот таълим порталида жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Аграновский Марк Лейзерович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Алимов Улугбек Худаярович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Салохитдинов Зухриддин Салохитдинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Тошкент тиббиёт академияси

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (___ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй; Тел.: (+998) 74-223-94-50.

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2022 йил «___» _____ даги _____ -сонли баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

М.Ф. Нишанов

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

Н.С. Мамасолиев

Илмий даражалар берувчи бир марталик илмий кенгаш ҳузуридаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Ўткир эндоген рухий касалликларнинг диагностикаси ва профилактикаси жамоат соғлиғини сақлашнинг энг муҳим масалаларидан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) статистик маълумотларига кўра, «...сўнгги 10 йил мобайнида рухий касалликка чалиниш кўрсаткичи дунё аҳолиси орасида 40%га ошган бўлса, ўткир полиморф психотик касаллиги билан 18 ёшдан 48 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли ёшдаги кишиларнинг касалланишини ортиб бориши асосий сабаблардан бири ҳисобланади....».¹ ЖССТ маълумотларига кўра, ҳозирги кунда дунё аҳолисининг тахминан 1% шизофрения билан касалланган. Рекуррент шизофрениaning (РШ) юқори тарқалиши унинг типологияси, хуружлар ва ремиссиялар клиникаси, терапияси, беморларнинг мослашуви масалалари ва ижтимоий фаолияти, қайта келиб чиқишини олдини олишни такомиллаштириш билан боғлиқ бир қатор ҳал қилинмаган масалалар тиббиёт соҳасидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Жаҳонда ўткир психозларнинг келиб чиқиш механизмларини аниқлаш, касалликнинг клиник-динамик хусусиятларини баҳолаш, касаллик клиникасининг кечишида нейроэндокрин ва иммун тизим ҳолатини аниқлашга, даволаш-профилактика чора-тадбирларини такомиллаштиришга қаратилган кенг кўламдаги илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. РШ етарли даражада батафсил ўрганилган ва психиатрик адабиётларда ёритилган². Англо-америка психиатриясида шизоаффектив психозлар доирасида кўриб чиқилган. РШ касалликнинг нисбатан қулай шакли ҳисобланади. У, асосан, аффектив хуружларнинг узок муддатли ёруғлик оралик (ремиссиялар) билан алмашилиши билан тавсифланади, бу даврда салбий аломатлар баъзан йўқ, лекин асосан минимал даражада ифодаланади. Шу билан бирга, ремиссия пайтида продуктив бузилишларнинг тез-тез пайдо бўлиши меҳнатга лаёқатсизликка, ижтимоий ва оилавий дезадаптацияга олиб келадиган энг муҳим омил бўлади. Шунинг учун РШда ремиссияларнинг шаклланишини аниқлаш, уларни прогностик баҳолаш, жараённинг прогрессивлик темпини аниқлаш, шунингдек қайталанишларни пайдо бўлишида етарли ва самарали профилактик ёндашувларни ишлаб чиқиш жуда долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан аввалги тадқиқотларда ремиссияларда психопатологик бузилишларнинг прогностик аҳамияти турлича баҳоланган. Бир қатор муаллифлар ушбу бузилишлар ремиссия ҳолатларининг моҳиятини аниқламайди ва клиник жиҳатдан турли хил ремиссияларда кузатилиши мумкин деб ҳисоблашган. Бошқалар, аксинча, ремиссиялардаги психопатологик бузилишларни эндоген касаллик ривожланишининг муайян қонуниятларини акс эттирган муҳим характеристикаси деб ҳисоблашган.

¹ Аграновский М.Л. Отдаленный социально-трудовой прогноз больных с приступообразной шизофренией: монография / М. Л. Аграновский, А. А. Мирзаев, А. Э. Маликова. – Андижан: ООО «Andijon nashriyot-matbaa», 2019. – 124 с.

² ЖССТнинг 2019 йилги йиллик ҳисобот кўраткичлари.

Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини тубдан яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришга қаратилган кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. Бу борада «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий этиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»³ каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалар беморларда касалликнинг келиб чиқишида рухий-ижтимоий омилларнинг таъсири, касаллик клиник белгиларининг кечишида организмнинг умумсоматик ва иммунологик ҳолатини инобатга олган ҳолда касалликнинг ўткир кечишини эрта бартараф қилиш, қайталаниш ва рухий ногиронликни олдини олиш муҳим аҳамиятга эга.

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

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги вақтда дунёда шизоаффеktiv психозларнинг диагностикаси, клиникаси, прогнозига, шизофрениянинг ремиттирлашган кечиш турига бағишланган етарли миқдордаги ишлар амалга оширилган. Беморларда эндоген психозларнинг пайдо бўлишида ижтимоий ва меҳнат жиҳатлари ўрганилган (Попов М.Ю., 2004; Хунтер Р., 2007; Снежневский А.В., 2008; Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С., 2012; Addington D., 2003), ҳамда биринчи шизофреник психозларнинг келиб чиқишида кучли стресс ҳолатлари асосий ўрин эгаллаши аниқланган (Duan J., Cheng Q. et al., 2018; Jiang Y., Xia M. et al., 2019). Республикаимизда олиб борилган илмий ишларда шизофрениянинг прогнози факторларини клиник-лаборатор таҳлили (Алимов У.Х., 2001; Тошматов Б.А., 2006),

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590–сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони.

шизофрениянинг оқибатида келиб чиқувчи ногиронликни олдини олиш (Магзумова Ш.Ш., 2000; Ганиханов А.А., 2012), клиник-динамик кечиш хусусиятларининг ўзига ҳослиги (Курбанова Ш.М., 2004; Ходжаева Н.И., 2013), шизофрения хуружларини ривожланиш хавфида эндоген ва экзоген омилларнинг ролини ўрганиши аниқланган (Аграновский М. Л., 2018).

Жаҳон адабиётида ўткир полиморф психозларнинг эрта дифференциал диагностика қилиш ва олдини олишга қаратилган ишлар етарли. Бироқ, ремиссияларда психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ рекуррент шизофрения кечиш вариантларини тавсифлаш илгари амалга оширилмаган. Бундан ташқари, ишларнинг аксарияти танланган клиник материал устида олиб борилган, уларнинг айримларининг вакиллиги шубҳали, сўнгги йилларда олиб борилган ягона қилинган клиник ва эпидемиологик ишлар бундан мустасно (Мирзаев А.А., 2011; Аграновский М.Л., 2019).

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №ПЗ-201205194 «Ўзбекистоннинг турли минтақаларида сурункали ноинфекцион касалликларда эпидемиологияни ўрганиш, даволашни такомиллаштириш йўллари ва олдини олиш бўйича илғор инновацион технологияларни ишлаб чиқиш» инновацион лойиҳаси доирасида бажарилган (2019-2021 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади рекуррент шизофрениянинг ремиссияларида психопатологик бузилишлар динамикасига боғлиқ ҳолда прогредиентлик бўйича кечиш вариантларини ўрганиш, ажратиш ва тавсифлаш; касалликнинг ижтимоий-преморбид, клиник омиллар комплекси ва ажратилган вариантлари ўртасидаги боғлиқликни аниқлашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий-преморбид хусусиятлари комплексини ўрганиш ва уларнинг вариантлари билан боғлиқлигини аниқлаш;

касаллик динамикасидаги клиник омиллар комплексини ўрганиш ва уларни рекуррент шизофрениянинг вариантлари билан боғлаш;

ремиссиялардаги психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда прогредиентлик бўйича рекуррент шизофрениянинг клиник вариантларини аниқлаш ва тавсифлаш;

қайталанишларни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш ва рекуррент шизофрениянинг вариантлари ва жараённинг прогредиентлик темпи ўртасидаги боғлиқлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон вилоят психоневрология диспансерида рўйхатга олинган 30 ёшдан 83 ёшгача бўлган, касаллик давомийлиги 15 йилдан ортган 228 нафар хуружсимон шизофренияли беморлар (РШ билан 188 нафар бемор – асосий гуруҳ ва ХПШ билан 40 нафар бемор – назорат гуруҳи) олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида рекуррент шизофрениянинг ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда

прогредиентлик бўйича кечиш вариантларини шакллантириш, уларнинг прогнози ва олдини олишда клиник-эпидемиологик жиҳатларни аниқлаш ва ижтимоий-преморбид ва клиник омиллар комплексини омилли таҳлил қилиш билан комплекс терапевтик ва профилактик ёндашув натижаларини таҳлил қилиш ташкил қилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Вазифаларни бажариш ва тадқиқот мақсадига эришиш учун клиник-эпидемиологик, клиник-психопатологик, клиник-анамнестик, катамнестик ва статистик усулларида фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий-преморбид хусусиятлари комплекси ўрганилган ва уларнинг вариантлари билан боғлиқлиги аниқланган;

касаллик динамикасидаги клиник омиллар комплекси ва уларни рекуррент шизофрениaning вариантлари билан боғлиқлиги асосланган;

рекуррент шизофрениaning ремиссияларидаги психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда прогредиентлик бўйича клиник вариантлари аниқланган;

қайталанишларни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар комплекси ишлаб чиқилган ва рекуррент шизофрениaning вариантлари ва жараённинг прогредиентлик темпи ўртасидаги боғлиқлиги аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

катамнестик ва клиник-анамнестик усуллар ёрдамида рекуррент шизофрениaning манифест хуружини ривожланишида ижтимоий омилларнинг (таълим даражаси, малака даражаси, оилавий ҳолат) роли аниқланган;

катамнестик ва клиник-анамнестик усуллар ёрдамида ижтимоий-преморбид шахсият хусусиятлари (преморбид тури, ирсияти, касалликни бошланишидаги ёши) аниқланган;

клиник-психопатологик ва катамнестик усуллар ёрдамида рекуррент шизофрениaning ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда прогредиентлик бўйича кечиш вариантларини шакллантириш ва клиник мезонлари прогнози аниқланган;

фақат клиник-психопатологик усул билан рекуррент шизофрениaning ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда прогредиентлик бўйича клиник вариантлари аниқланган ва тавсифланган;

қайталанишларни ва эрта ногиронликнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар комплекси ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, клиник-эпидемиологик, клиник-анамнестик, клиник-психопатологик, катамнестик ва статистик усулларнинг ёрдамида ишлов берилганлиги билан белгиланади; олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тажриба билан таққослангани ҳамда хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, улар рекуррент шизофрения ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда кечиш вариантларини аниқлашда, Андижон шаҳридаги психиатрик вазият динамикасини кузатишда, шунингдек ушбу модел Фарғона водийси шароитида рекуррент шизофрения билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган профилактика ёрдами кўрсатиш тизимини оптималлаштиришга имкон беради.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, олинган маълумотлар рекуррент шизофрениянинг кечиш вариантлари ва ремиссияларини клиник ва психопатологик диагностикаси ва унинг прогрессивлик темпини аниқлаш учун асос бўлиб, бу эса ремиссияларда тўлиқ, етарли ва самарали қўллаб-қувватловчи терапияни амалга оширишга имкон беради. Бу, ўз навбатида, рекуррент шизофрения билан оғриган беморлар учун қайталанишларни олдини олиш ва ижтимоий реабилитация тадбирларини амалга ошириш самарадорлигини оширади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Шизофрениянинг ремиттирлашган турдаги кечишини биологик, ижтимоий ва клиник омилларини тартиблаш мажмуасининг прогностик аҳамияти баҳолаш ишлаб чиқишда олинган илмий натижалар асосида.

рекуррент шизофрения билан оғриган беморларда олиб борилган клиник-эпидемиологик прогнозини диагностика усуллари бўйича илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Шизофрениянинг ремиттирлашган турдаги кечишини биологик ва ижтимоий омилларини тартиблаш мажмуасининг прогностик аҳамиятини баҳолаш учун терапевтик ва профилактик алгоритми» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 13 декабрдаги 8н-з/541-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома шизофрениянинг ҳар иккала ва ҳар бири алоҳида тури учун ишончли муҳим бўлган эрта прогноз мезонларини аниқлаш имконини берган;

ремиттирлашган типдаги кечувчи шизофрениянинг биологик ва ижтимоий омиллар комплексини прогноз қилиш бўйича олинган тадқиқотларнинг илмий натижалари Фарғона ва Наманган вилоят психиатрия шифохоналарининг амалий фаолиятига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 13 майдаги 08-12712-сон маълумотномаси). Натижада беморларни касалхонага ётқизиш частотасининг пасайиши, ётоқ кунлари сонининг қисқариши, фаол психофармакологик даволаш ва моддий харажатларининг пасайиши, ўлим ва ногиронликни қисқариши, ҳаёт давомийлиги ва сифатининг ошишига эришилган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий

натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўрта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, мақсади ва вазифалари асослаб берилган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялар ривожланиши устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши, нашр қилинган ишлар ва диссертация тузилмаси бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Замонавий адабиётларда рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг хуружлар ва ремиссиялар клиникасининг долзарб масалалари, прогрессивлик темпи ва прогнози»** деб номланган биринчи боби рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг хуружлар ва ремиссиялар клиникаси, прогрессивлик темпи ва прогнозини ўрганишининг долзарблигига бағишланган; диссертация мавзуси билан боғлиқ халқаро тадқиқотларнинг изчил таҳлили берилган. РШнинг клиник вариантлари кечишини тавсифлаш муҳимлиги билан бир қаторда ремиссияларда негатив ва продуктив бузилишларнинг клиник типологияси, уларни беморларнинг ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси билан боғлиқлиги катта аҳамиятга эга. Ушбу бобда фикрларнинг қарама-қаршилиги аҳамияти ҳақида илмий маълумотлар акс этган бўлиб, бу ўз навбатида илмий изланишларни давом эттириш лозимлигини исботлайди.

«Материалнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари» деб номланган иккинчи бобида текширилган беморларнинг умумий хусусиятлари тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олган материаллар ва тадқиқот усуллари ёритилган, шунингдек, фойдаланилган тадқиқот усуллари тўғрисидаги маълумотлар тавсифланган. Ушбу вазифаларни ҳал қилиш учун 30 ёшдан 83 ёшгача, касалликнинг давомийлиги 15 йилдан ортиқ бўлган Андижон вилоят психоневрология диспансерида рўйхатга олинган 188 нафар РШ билан оғриган беморлар (асосий гуруҳ): эркаклар – 86 нафар (45,7%), аёллар – 102 нафар (54,3%) клиник-эпидемиологик, клиник-психопатологик, клиник-анамнестик, катамнестик ва статистик текширувларидан ўтказилган. Назорат гуруҳи сифатида хуружсимон-прогрессив шизофрения (ХПШ) билан оғриган 40 нафар бемор кўриб чиқилган - жинси ва ёши бўйича мос: эркаклар – 22 нафар (55%), аёллар - 18 нафар (45%).

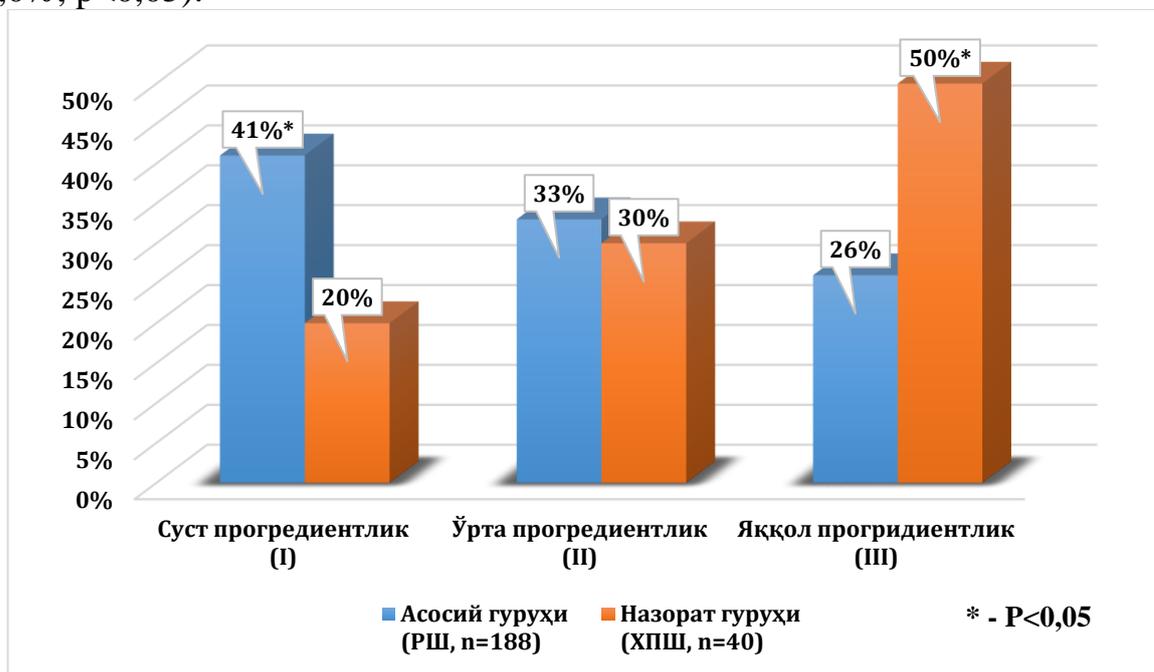
РШда прогрессивлик темпи ва беморларнинг ҳолатини касалликнинг узок босқичларида баҳолашда биз ижтимоий ва клиник мезонлардан фойдаландик.

Ижтимоий мезонлар сифатида ижтимоий-меҳнат мослашуви даражаларини қўлланилди: I даража - ижтимоий ва меҳнат мослашиш касалликдан олдинги каби даражада; II даража - ижтимоий компоненти пасайиб касбий эса сақланиб қолиниши; III даража – ҳам ижтимоий, ҳам касбий компонентларни пасайиши.

Клиник мезонлардан қуйидагилардан фойдаланилган: касалликнинг бошланиши табиати, манифест хуружининг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, биринчи ремиссиянинг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, ўтказилган хуружлар сони.

Бундан ташқари, хуружсимон шизофренияни (ХШ) учта прогредиентлик темпини аниқлаб учта гуруҳга бирлаштирилди: А - сушт прогредиентлик (кулай - I); В - ўрта прогредиентлик (ўртача - II); С - яққол прогредиентлик (ноқулай - III).

ХШ билан оғриган беморларнинг кечиш турига кўра прогредиентлик темпи бўйича тақсимлаш кўрсаткичининг қиёсий таҳлили қилинганда (1-расмга қаранг): сушт прогредиентлик темпи РШ билан боғлиқ бўлган (мос ҳолати: 41,0% и 20,0%, $p<0,05$). Прогредиентликнинг ўрта прогредиент темпи ХШ кечишининг иккала турида ҳам тахминан тенг даражада кенг тарқалган эди. Яққол прогредиентлик эса, аксинча, ХПШ билан оғриган беморларда сезиларли даражада кўпроқ кузатилган (мос ҳолати: 26,0% и 50,0%, $p<0,05$).



1-расм. Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг текширув вақтидаги прогредиентлик темпи бўйича тақсимланиши.

Касалликнинг узоқ босқичларида РШ билан оғриган беморларнинг прогредиентлик темпи турли кўрсаткичларини айрим хусусиятлари ва фарқларини қиёсий клиник ва эпидемиологик ўрганишишида аниқланди. Жараённинг прогредиентлик даражаси беморларнинг меҳнат ва ижтимоий мослашуви сифатига таъсир қилувчи асосий омил бўлиб, натижада

шизофрения билан оғриган беморлар турли хил компенсатор қобилиятлар билан ажралиб туради, бу эса жуда яхши мослаштирилган беморларнинг сони билан тасдиқланади. РШда прогредиентлик темпи ва беморларнинг аҳволини касалликнинг узоқ босқичларида баҳолашда биз клиник ва ижтимоий мезонлардан фойдаландик.

Ижобий прогредиентлик темпи мезонлари тематик беморларнинг ўзига хослигини ҳисобга олган ҳолда РШ билан оғриган беморларда ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси учун ўз вақтида етарли ва самарали чоратadbирларни ишлаб чиқиш учун фойдаланиш мумкин.

Материални статистик қайта ишлаш Windows 2010 ва StatTech тиббий маълумотларни статистик қайта ишлаш учун мўлжалланган, параметрик ва параметрик бўлмаган усуллардан фойдаланган нисбий қийматларни, комбинация билан боғланган Стъудент t, ихтиёрий жадвалларини таҳлил қилиш учун хи-квадрат (χ^2) мезонлари, шунингдек уларнинг статистик ишончилиги баҳолаш билан омил хусусиятлари аҳамиятини башорат қилиш учун фарқ нисбати кўрсаткичи (OR) ҳисоблашлари орқали Microsoft Excel дастурларида бажарилган.

Диссертациянинг «**Рекуррент шизофренияни кечиш вариантларини шакллантиришда беморларнинг "ижтимоий-преморбид" шахс хусусиятлари комплексининг аҳамияти**» деб номланган учинчи бобида "ижтимоий-преморбид" шахс хусусиятлари комплекси батафсил баён этилган. Бу комплексга касалликнинг бошланиш вақтидаги шахснинг характерологик хусусиятлари, беморларнинг ирсияти, ёши, маълумоти, малакаси, оилавий аҳволи киритилган.

ХШ билан оғриган беморларнинг преморбиддаги шахснинг характерологик хусусиятлари тарқалиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилганда (1-жадвалга қаранг) характерни патологик хислатлари йўқ беморлар сони (преморбиднинг синтон тури) РШ асосий гуруҳида устун бўлганлигини аниқланган (мос равишда: 41,5% ва 26,5%, $p < 0,05$), характерни патологик хислатларига эга бўлган беморлар сони, аксинча, ХПШ назорат гуруҳида кўпроқ эди (мос равишда: 58,5% ва 73,5%, $p < 0,05$). Бу фарқ, айниқса, шизоид характерга эга бўлган беморлар орасида ХПШ назорат гуруҳида кўпроқ аниқланган (мос равишда: 32,0% ва 47,5%, $p < 0,05$).

Олинган натижалар РШ билан оғриган беморларнинг прогредиентлик темпини аниқлаш учун преморбидни синтон тури қулай прогностик аҳамиятини ва преморбидни шизоид тури ноқулай аҳамиятини ишончли муҳимлигини кўрсатади.

Ирсияти оғирлашганлигини таҳлили шуни кўрсатдики (2 – жадвалга қаранг), оғирлашмаган ирсият кўпроқ РШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 59,6% ва 21,8%, $p < 0,05$), оғирлашган ирсият эса – ХПШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 40,4% ва 78,2%, $p < 0,05$) кўпроқ учраган, айниқса, ирсияти шизофрения билан оғирлашган беморлар (мос равишда: 23,4% ва 47,8%, $p < 0,05$).

1-жадвал

Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларни касалликнинг бошланиш пайтидаги шахнинг характерологик хусусиятларига боғлиқ прогредентлик темпининг қиёсий хусусиятлари

Преморбид тури	Прогредентлик темпи даражалари														P		
	РШ						ХПШ						Жами				
	I		II		III		Жами		I		II			III		Жами	
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Синтон	40	51,9	25	40,0	13	26,5	78	41,5	2	25,0	3	25,0	6	30,0	11	27,5	<0,05
Характерни патологик хислатлари	37	48,1	37	60,0	36	73,5	110	58,5	6	75,0	9	75,0	14	70,0	29	72,5	<0,05
Шизоидлар	14	18,2	20	32,0	26	53,0	60	32,0	5	62,5	5	41,7	9	45,0	19	47,5	<0,05
Тимопатлар	11	14,3	5	8,0	2	4,1	18	9,6	-	-	1	8,3	-	-	1	2,5	<0,05
Ҳавотир-шубҳалилар	3	3,9	2	4,0	4	8,2	9	4,7	1	12,5	3	25,0	3	15,0	7	17,5	>0,05
Бошқалар	9	11,7	10	16,0	4	8,2	23	12,2	-	-	-	-	2	10,0	2	5,0	>0,05
Ж а м и:	77	100,0	62	100,0	49	100,0	188	100,0	8	100,0	12	100,0	20	100,0	40	100,0	

Рекуррент шизофрения билан касалланган беморларнинг ирсиятига қараб прогредиентлик темпининг қийсий хусусиятлари

Ирсияти оғирлашганлиги	Прогредиентлик темпи даражалари																		Р						
	РШ									ХПШ															
	I			II			III			Жами			I			II				III			Жами		
	абс	%		абс	%		абс	%		абс	%		абс	%		абс	%			абс	%		абс	%	
Оғирлашмаган	49	63,0		37	60,0		26	52,2		112	59,6		2	54,8		2	16,8		5	26,1		9	21,8		<0,05
Оғирлашган	28	37,0		25	40,0		23	47,8		76	40,4		6	45,2		10	83,2		15	73,9		31	78,2		<0,05
Шизофрения билан	20	25,9		15	24,0		9	17,9		44	23,4		3	16,7		7	58,3		9	44,6		19	47,8		<0,05
Алкоголизм билан	3	3,7		5	8,0		9	17,9		17	9,0		2	7,1		1	8,3		3	14,8		6	15,2		>0,05
Эпилепсия билан	-	-		-	-		2	4,9		2	1,1		-	-		1	8,3		2	9,7		3	7,6		>0,05
Бошқа руҳий касалликлар билан	5	7,4		5	8,0		3	7,1		13	6,9		1	19,0		1	8,3		1	4,8		3	7,6		>0,05
Ж а м и:	77	100,0		62	100,0		49	100,0		188	100,0		8	100,0		12	100,0		20	100,0		40	100,0		

Касалликнинг бошланиши вақтида ХШ билан касалланган беморларни ёши бўйича тақсимланишининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, РШ билан оғриган беморлар 21 ёшдан 30 ёшгача (мос равишда: 51,2% ва 32,9%, $p < 0,05$), ХПШ билан оғриган беморлар эса - 20 ёшгача бўлган беморларни ташкил қилди (мос равишда: 14,2% ва 42,5%, $p < 0,05$).

ХШ билан оғриган беморларнинг таълим даражалари бўйича тақсимланишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, касаллик бошланишида РШ билан оғриган беморлар орасида олий ва тугалланмаган олий, ўрта ва ўрта махсус (мос равишда: 20,7% ва 10,0%, $p < 0,05$; 33,5% ва 12,5%, $p < 0,05$), ХПШ билан оғриган беморларда эса ўрта тўлиқсиздан камроқ маълумотга эга бўлганлар кўпроқ кузатилган (мос равишда: 24,0% ва 52,5%, $p < 0,05$).

Шундай қилиб, РШ билан оғриган беморларни прогредиентлик темпининг қулай омили олий ва тугалланмаган олий маълумот, ХПШ билан оғриган беморларни эса - ўрта ва ўрта махсус маълумот ҳисобланади. Ўрта тўлиқсиздан камроқ маълумот ҳам РШ, ҳам ХПШ билан оғриган беморларда прогредиентлик темпининг ноқулай омили ҳисобланади.

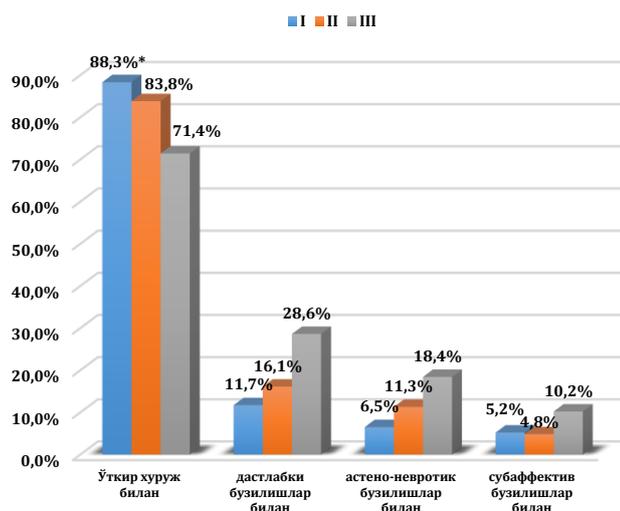
ХШ билан оғриган беморларни малака даражалари бўйича тақсимлашнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, касаллик бошланганда ақлий меҳнат билан шуғулланадиган беморлар РШда (мос равишда: 58,2% ва 12,8%, $p < 0,05$), малакасиз жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган беморлар эса – ХПШда кўпроқ бўлганлиги аниқланди (мос равишда: 14,3% ва 47,6%, $p < 0,05$).

Биобарин, касалликнинг бошланиши вақтида ақлий меҳнат РШ билан оғриган беморларни прогредиентлик темпининг қулай омили бўлиб, малакасиз жисмоний меҳнат эса кўпинча РШ билан оғриган беморларни прогредиентлик темпининг ноқулай омили билан боғлиқ.

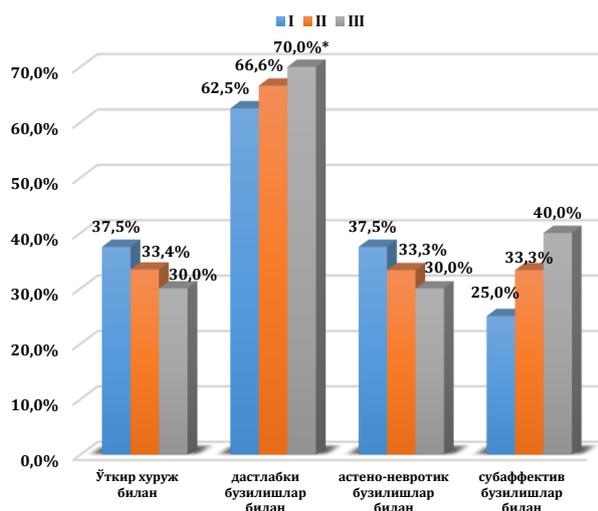
Диссертациясининг **«Рекуррент шизофрения вариантларини шакллантиришда касалликнинг клиник параметрлари комплексининг роли»** деб номланган тўртинчи бобида РШ билан оғриган беморларнинг текширув вақтида прогредиентлик темпини кўрсаткичлари ва прогнозни клиник омиллари комплекси ўртасидаги ўзаро боғлиқликларнинг қиёсий таҳлили ўтказилади.

Ҳар хил турдаги касалликнинг бошланиши ХШ билан оғриган беморларнинг тақсимлаш қиёсий таҳлилида (2–расмга қаранг) касалликнинг ўткир бошланиши энг кўп РШда (мос равишда: 82,4% ва 32,5%, $p < 0,001$), дастлабки бузилишлар билан бошланиши эса – ХПШда (мос равишда: 17,6% ва 67,5%, $p < 0,001$) кузатилганлиги аниқланди. Психотик хуруждан олдинги дастлабки бузилишлардан ҳар иккала турдаги кечишда ўрганилган беморларда фақат астено-невротик ва енгил аффектив бузилишлар қайд этилган. Шундай қилиб, касалликнинг ўткир хуруждан бошланиши қулай омили бўлиб, касалликнинг дастлабки бузилишлардан бошланиши РШ билан омили оғриган беморларнинг прогредиентлик темпини аниқлаш учун ноқулай ҳисобланади.

Асосий гуруҳи (РШ, n=188)



Назорат гуруҳи (ХПШ, n=40)

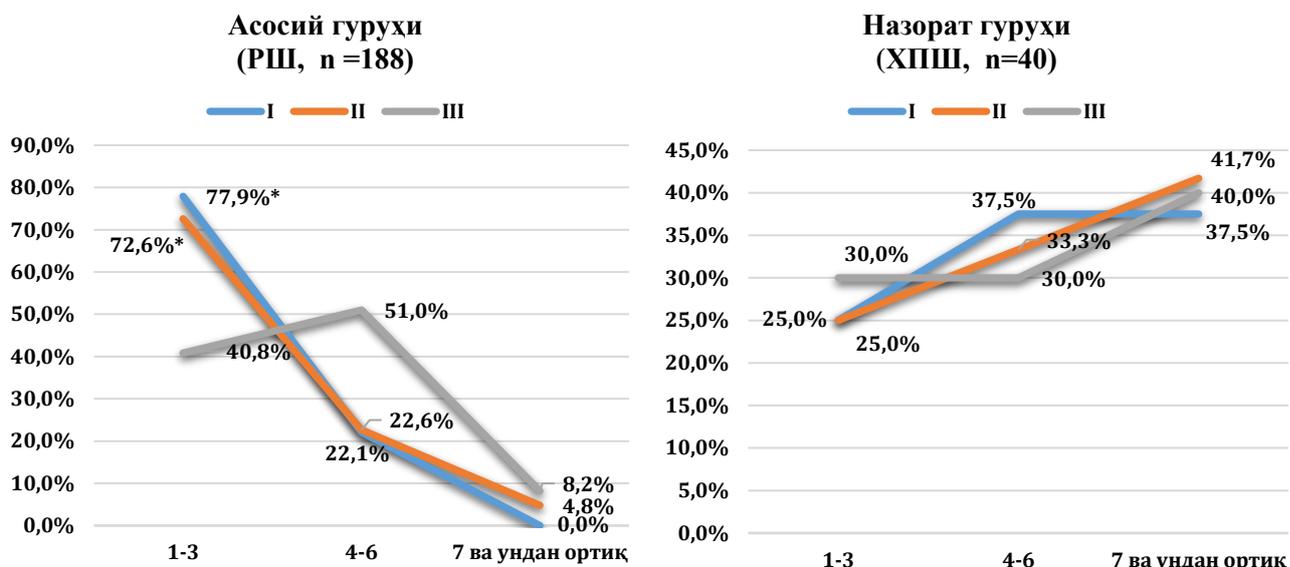


2-расм. Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг касалликни бошланиш характериға кўра прогредиентлик темпининг қиёсий хусусиятлари

Бизнинг маълумотларимизга кўра, манифест хуружларнинг энг кенг тарқалган клиник кўриниши шизофрениянинг иккала турида ҳам депрессив эди (мос равишда: 52,2% ва 40,0%, $p>0,05$). Касалликнинг бошланишида маниакал (шу жумладан атипик, икки томонлама аффектив) хуружлар нисбатан кам ва улар РШда бироз кенг тарқалган эди, аммо фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас эди. Онейроид (шу жумладан кататоник) хуружлар ХПШ назорат гуруҳи билан таққослаганда РШ билан оғриган беморларнинг I прогредиентлик темпида (мос равишда: 24,7% ва 12,5%, $p<0,05$), галлюцинатор (шу жумладан Кандинский-Клерамбо синдроми) хуружлар эса – ХПШ билан оғриган беморларнинг прогредиентлик темпини барча даражаларида устунлик қилди (мос равишда: 25,0 %, 16,7% и 25,0%, $p<0,001$). Эҳтимол, манифест хуружнинг психопатологик хусусиятлари клиник прогнозини аниқлаш учун катта аҳамиятга эга ва РШ билан оғриган беморларнинг прогредиентлик темпини аниқлаш учун етарли маълумотга эга эмас.

Манифест хуружининг давомийлиги ҳар хил бўлган РШ билан оғриган беморларнинг тақсимлаш кўрсаткичларни қиёсий таҳлили (3-расмга қаранг) шуни кўрсатдики, бир ойдан уч ойгача бўлган манифест хуружининг давомийлиги РШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 66,5% ва 27,5 %, $p<0,05$), 7 ой ёки ундан ортиқ манифест хуружининг давомийлиги эса - ХПШ билан оғриган беморларда кўпроқ кузатилган (мос равишда: 3,7% и 40,0%, $p<0,001$).

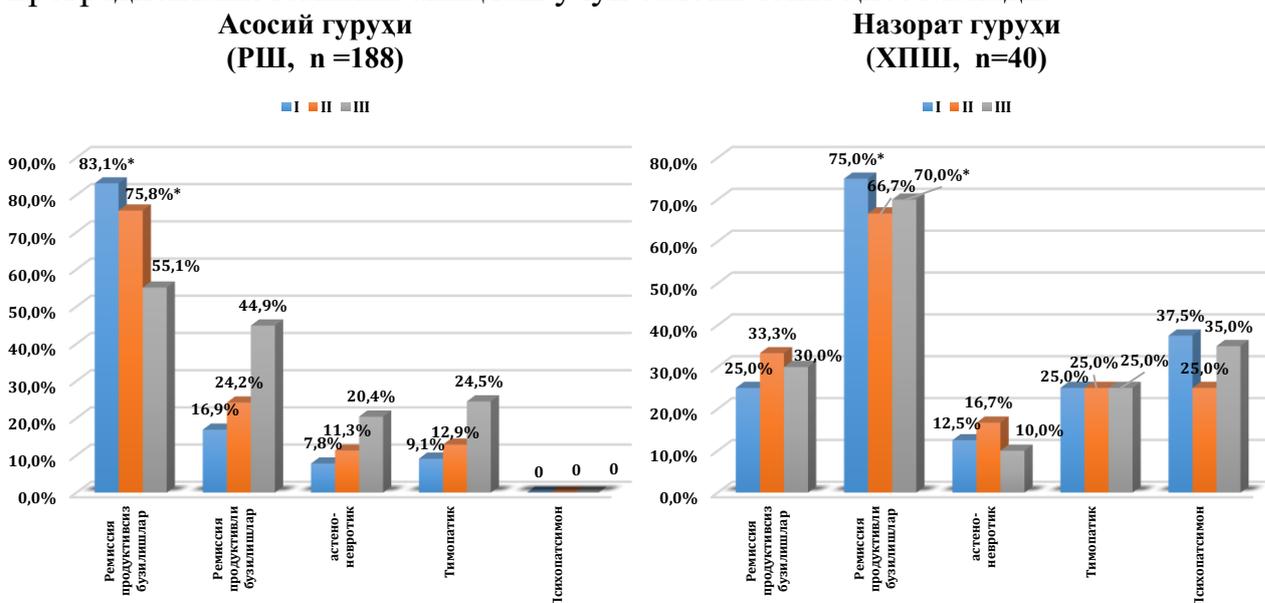
Олинган натижалар РШнинг прогредиентлик темпини аниқлаш учун манифест хуружнинг қисқа давомийлиги (уч ойгача) қулай қийматини ва узоқ давомийлиги (айниқса, олти ойдан ортиқ) ноқулайқийматини кўрсатади.



3-расм. Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг манифест хуруж давомийлигига кўра прогредиентлик темпининг қиёсий хусусиятлари

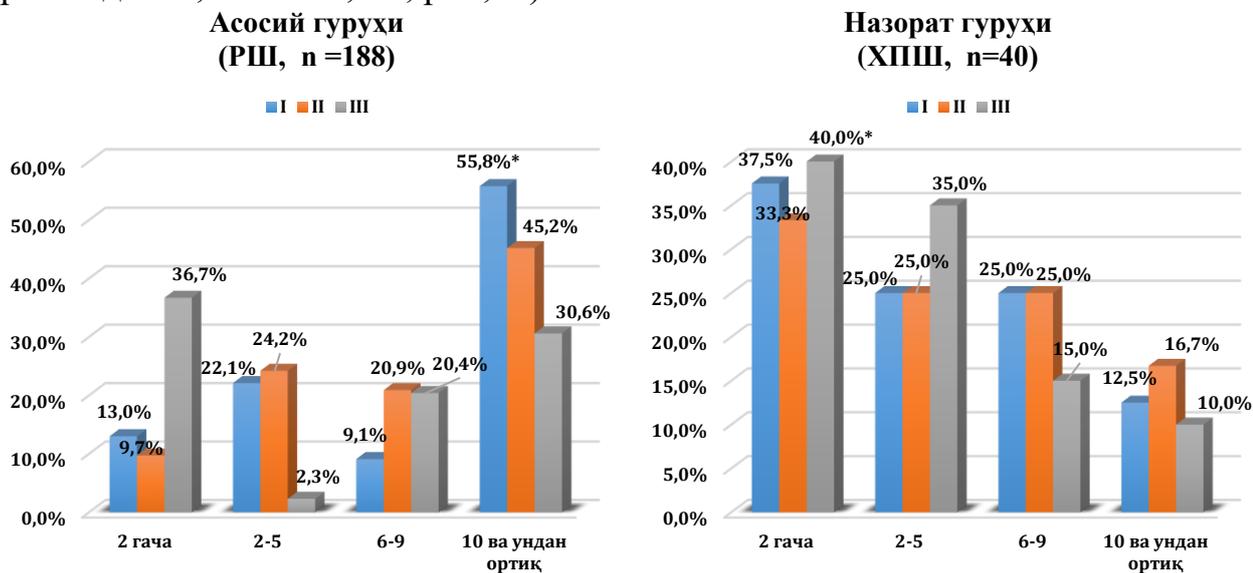
XШнинг биринчи ремиссияни турли клиник хусусиятларини тақсимлаш кўрсаткичларни қиёсий таҳлили (4-расмга қаранг) шуни кўрсатдики, продуктив бузилишларсиз ремиссиялар (интермиссиялар ва шахснинг енгил ўзгариши билан ремиссиялар) РШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 73,4% ва 30,0%, $p < 0,05$), продуктив бузилишлар билан ремиссиялар эса - ХПШ билан оғриган беморларда кўпроқ учраган (мос равишда: 26,6% ва 70,0%, $p < 0,05$).

Шундай қилиб, биринчи ремиссия пайтида продуктив симптоматиканинг йўқлиги қулай омил, унинг мавжудлиги эса - РШ билан оғриган беморларнинг прогредиентлик темпини аниқлаш учун салбий омил ҳисобланади.



4-расм. Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг биринчи ремиссияни клиник хусусиятларига кўра прогредиентлик темпининг қиёсий хусусиятлари

Биринчи ремиссиянинг турли давомийлиги бўлган ХШ билан оғриган беморларни тақсимлаш қиёсий таҳлилида (5-расмга қаранг) шу аниқландики, ўн йилдан ортиқ давом этган биринчи ремиссиялар РШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 45,7% ва 12,5%, $p < 0,05$), икки йил давом этган ремиссиялар эса – ХПШ билан оғриган беморларда кўпроқ кузатилган (мос равишда: 18,1% ва 37,5%, $p < 0,05$).



5-расм. Рекуррент шизофрения билан оғриган беморларнинг биринчи ремиссия давомийлигига кўра прогрессивлик темпининг қиёсий хусусиятлари.

Натижада, давомийлиги ўн йилдан ортиқ бўлган биринчи ремиссия қулай омил, давомийлиги икки йилдан камроқ бўлган биринчи ремиссия РШ билан оғриган беморларнинг прогрессивлик темпининг аниқлаш учун салбий омил ҳисобланади. Бундан ташқари, олинган натижалар тематик беморларда қулай прогрессивлик темпининг асосий шартлардан бири ремиссияларни сифати ва турғунлиги эканлигини кўрсатади.

Статистик муҳим фарқлар ХШ билан оғриган беморларда ўтказган турли хуружлар сонини тақсимлаш кўрсаткичларини қиёсий таҳлили ўртасида топилган. Кам сонли хуружлар (бир ва уч маротабагача) РШ билан оғриган беморларда (мос равишда: 49,5% ва 17,5%, $p < 0,05$), кўп хуружлар сони (олти ва ундан ортиқ) – ХПШ билан оғриган беморларда кўпроқ кузатилади (мос равишда: 25,5% ва 52,5%, $p < 0,05$).

Шундай қилиб, касаллик пайтида учта хуруж кечирган РШ билан оғриган беморлар прогрессивлик темпининг қулай даражасига, тўрт ёки ундан ортиқ хуружлар кечирган – РШ билан оғриган ва олти ёки ундан кўп хуружлар кечирган – ХПШ билан оғриган беморлар прогрессивлик темпининг ноқулай даражасига эга бўлган.

Диссертациянинг «Ремиссияларда негатив ва позитив бузилишлар динамикасига боғлиқ ҳолда рекуррент шизофрениянинг кечиш вариантлари» деб номланган бешинчи бобида РШнинг ремиссияларида негатив ва продуктив симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда клиник вариантларининг кечиши ўрганилган ва тавсифланган. Негатив

бузилишларнинг кўпайиши эмас, балки ремиссияларнинг сифати ва давомийлигини продуктив бузилишлар аниқлайди.

Биз касалликнинг кечиш прогредиентлиги, жараённинг фаоллик темпи, ремиссияларда негатив ва позитив симптоматика комбинациясини ҳисобга олган ҳолда ХШ кечишининг қуйидаги клиник вариантларини аниқладик: максимал регредиент, прогредиентга вақтинчалик ўтиш билан регредиент, прогредиентга ўтиш билан регредиент, регредиентга ўтиш билан суст прогредиент, регредиентга вақтинча ўтиш билан прогредиент ва максимал прогредиент.

ХШнинг ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда барча тавсифланган кечиш вариантлари учта асосий гуруҳга бирлаштирилди:

I. Максимал регредиент ва регредиентга ўтиш билан суст прогредиент - қулай вариант (РШда – 77 нафар бемор, ХПШда - 8 нафар бемор). Бунда, 1-3 дан ортиқ бўлмаган хуружлар ва касаллик давомида интермиссия ва шахснинг енгил ўзгариши билан давомийлиги узок ва турғун бўлган, продуктив бузилишларсиз ремиссиялар кузатилган:



II. Прогредиентга вақтинчалик ўтиш билан регредиент ва регредиентга вақтинчалик ўтиш билан прогредиент - ўртача кечиш варианты (РШда – 62 нафар бемор, ХПШда – 12 нафар бемор). Беморларда енгил шахс ўзгаришлар билан ремиссиялар ва продуктив симптоматика алмашилиши кузатилди.



III. Максимал – прогредиент ва прогредиентга ўтиш билан регредиент - ноқулай кечиш варианты (РШда - 49 нафар бемор, ХПШда - 20 нафар бемор). Бошқа кечиш вариантларга караганда беморлар сезиларли даражада кўпроқ хуружлар ўтказган ва биринчи хуруждан сўнг ремиссияларда доимий продуктив бузилишлар пайдо бўлиб касаллик давомида сақланиб қолган.



Касалликнинг прогредиентлик темпи кўрсаткичлари сифатида биз қуйидаги комбинацияни олдик, яъни касалликнинг клиник параметрлар комплекси ва тематик беморларнинг текширув вақтидаги ижтимоий меҳнат мослашуви ҳолатини.

Касалликнинг турли кечиш вариантлари бўлган ХШ беморларининг тақсимлашини қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, касалликнинг максимал-регредиент кечиш варианты РШ (мос равишда: 25,0% ва 5,0%, $p < 0,05$), максимал-прогредиент кечиш варианты эса ХПШ билан оғриган беморларда кўпроқ учраган (мос равишда: 9,1% ва 35,0%, $p < 0,05$). Прогредиентга вақтинча ўтиш билан регредиент ва регредиентга вақтинча ўтиш билан прогредиент кечиш вариантларини прогредиентлик темпи даражасини динамикаси билан ишончли корреляциялар топилмади. Бинобарин,

касалликни максимал-регрдиент ва регрдиентга ўтиш билан сушт прогрдиент кечиш вариантлари қулай, максимал-прогрдиент ва прогрдиентга ўтиш билан регрдиент кечиш вариантлари эса - РШ билан оғриган беморларнинг ноқулай прогрдиентлик темпи билан боғлиқ.

Текширув вақтида беморларнинг умумий тарқалиш кўрсаткичлари ўртасидаги ва уларнинг ҳолатининг психопатологик хусусиятларига қараб, РШ ва ХПШ билан касалланган беморларнинг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, продуктив бузилишларсиз ремиссиялар РШ (мос ҳолати: 48,4% ва 20,0%, $p < 0,05$), продуктив бузилишлар билан ремиссиялар эса – ХПШ билан оғриган беморларда кўп учраган (мос ҳолати: 48,9% ва 65,0%, $p > 0,05$). Текширув пайтида ҳар қандай продуктив бузилишлар РШ билан оғриган беморлар орасида энг катта нисбат субаффеktiv бузилишларга чалинган беморларни ва ХПШ билан оғриган беморлар орасида энг катта нисбат психопатсимон бузилишларга чалинган беморларни ташкил қилди.

Шундай қилиб, текширув пайтида ҳеч қандай психопатологик бузилишлари аниқланмаган ва интермиссия ёки шахсинг енгил ўзгариши билан ремиссия ҳолатларида бўлган беморларда прогрдиентлик темпини энг яхши даражаси кузатилди. Текширув вақтида продуктив симптоматика мавжудлиги, асосан астено-невротик ва аффеktiv бузилишлар, РШ билан оғриган беморларнинг ноқулай прогрдиентлик темпи билан боғлиқлиги аниқланди.

Касалликнинг кечиш вариантига қараб, РШнинг прогрдиентлик темпини қиёсий характеристикаси 8-расмда келтирилган. Сушт прогрдиентлик темпи 77 та (41,0%) РШ билан оғриган беморларда кўпроқ кузатилди. Бошқа прогрдиентлик темпларига нисбатан I кечиш вариантда сушт прогрдиентлик темпи анча кўпроқ кузатилди (мос ҳолати: 68,8% ва 12,2%, $p < 0,001$). II кечиш варианты ўртача прогрдиентлик темпида бироз кўпроқ кузатилди, аммо фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас эди (мос ҳолати: 20,8% ва 42,9%, $p > 0,05$). III кечиш варианты эса, аксинча, РШ билан оғриган беморларнинг яққол прогрдиентлик темпи билан боғлиқ (мос ҳолати: 10,4%, 30,6% ва 44,9%, $p < 0,001$).

Асосий гуруҳ (РШ, n=188)



6-расм. Касалликнинг кечиш вариантга кўра рекуррент шизофрениани прогрдиентлик темпининг қиёсий характеристикаси

Бинобарин, касалликнинг максимал-регрессиент ва регрессиентга ўтиш билан суст прогрессиент кечиш вариантлари, касалликнинг узок босқичларида беморларда продуктив бузилишларнинг йўқлиги ва уларни мавжуд бўлганда мунтазам қўллаб-қувватловчи терапияси РШ оғриган беморларнинг прогрессиентлик темпини қулай омилларидир. Максимал прогрессиент ва прогрессиентга ўтиш билан регрессиент кечиш вариантлари, касалликнинг узок босқичларида беморларда астено-невротик, субаффектив ва психопатсимон бузилишларнинг мавжудлиги ва қўллаб-қувватловчи терапиясини олишдан бош тортиши РШ билан оғриган беморларнинг ижтимоий ва меҳнат мослашувининг ноқулай омиллари ҳисобланади.

Биз РШда қайталанишларни олдини олиш учун чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқилди, улар қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Касалликнинг дастлабки босқичларида РШ билан оғриган ҳар бир беморнинг ижтимоий¹ ва клиник² истиқболларини ўрганиш, яъни ижтимоий-преморбид шахс хусусиятларининг барча параметрларини таҳлил қилиш.

2. Касалликнинг дастлабки босқичларида РШ билан оғриган ҳар бир беморнинг ижтимоий ва клиник истиқболларини ўрганиш, яъни касалликнинг барча клиник параметрларини таҳлил қилиш.

3. Шизофреник жараёнининг кечишини рекуррент турига кўра прогрессиентлик темпини аниқлаш.

4. Ремиссияларда психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда касаллик кечишининг вариантини аниқлаш.

5. Аниқланган касаллик жараёни хусусиятларининг комплексига қараб етарли ва самарали қўллаб-қувватловчи терапиясини тайинлаш

6. ВТЭК учун қулай иш шароитларини яратиш бўйича тавсиялардан фойдаланган ҳолда (қўшимча танаффуслар, иш соатларининг қисқариши ва бошқалар) касбий фаолиятни сақлашга ёрдам берадиган барча чораларни қўллаш учун ҳисса қўшиш.

7. Тармоқ шифокори ва ҳамшираси томонидан мунтазам патронаж қилиш учун даволовчи шифокори томонидан психотерапия усулларида (рационал ва оилавий) фойдаланиш ўз оиласини сақлаб қолишга, оила аъзолари ўртасидаги микросоциал муносабатларни мустаҳкамлашга қаратилган оилавий ҳолатни сақлаш ва тавсия қилиш.

ХУЛОСАЛАР

1. Ирсияти оғирлашмаганлиги, преморбиднинг синтон тури, 21 ёшдан 30 ёшгача бўлган, олий ва тугалланмаган олий, шунингдек, ўрта ва ўрта махсус маълумот, касаллик бошланишида ақлий меҳнат билан шуғулланиш, ўз оиласига эга беморлар РШнинг қулай кечиш вариантлари билан боғлиқ. Ирсияти оғирлашганлиги, преморбиднинг шизоид тури, 20 ёшгача бўлган, ўрта тўлиқсиздан камроқ маълумот, малакасиз жисмоний меҳнат билан шуғулланиш ёки иш фаолияти ва оиласи йўқ беморлар, аксинча, РШнинг ноқулай кечиш вариантлари, ва айниқса ХПШ билан боғлиқ.

2. Касалликнинг ўткир бошланиши, биринчи хуружнинг клиник кўринишида депрессив симптоматиканинг устун бўлиши, бир ойдан уч ойгача унинг давомийлиги, шахснинг енгил ўзгариши билан биринчи ремиссиянинг давомийлиги 10 йилдан ортиқ РШнинг қулай кечиши вариантларини кўрсатади. Дастлабки бузилишлар билан касалликнинг дебюти бошланиши, атипик аффектив ва депрессив-параноид бузилишларнинг мавжудлиги, унинг 6 ойдан ортиқ давомийлиги, 2 йилдан камроқ давом этган продуктив психопатологик симптоматика билан қисқа муддатли биринчи ремиссия, аксинча, РШнинг ноқулай кечиш вариантларига, ва айниқса ХПШга хосдир.

3. Касалликнинг динамикасидаги ўтказган кам сонли хуружлар, кам госпитализация ва касалликнинг узоқ босқичларида суст прогрессивлиги бўлган прогрессивлик темпи РШнинг қулай кечиш вариантлари билан бирлаштирилган. Касалликнинг динамикасидаги ўтказган кўп сонли хуружлар, кўп сонли госпитализациялар, касалликнинг узоқ босқичларида яққол прогрессивлиги бўлган прогрессивлик темпи эса, РШнинг ноқулай кечиш вариантларидан, ва айниқса, ХПШдан далолат беради.

4. РШнинг ремиссияларида психопатологик симптоматика динамикасига боғлиқ ҳолда кечиш вариантларининг ўрганаётганда қулай ва ноқулай кечиш вариантлари аниқланди. Шундай қилиб, максимал регрессив ва регрессивга ўтиш билан кучсиз прогрессив вариантлари РШ кечишининг қулай прогрессивлиги билан, максимал прогрессив ва регрессивга ўтиш билан регрессив вариантлари эса, РШ кечишининг ноқулай прогрессивлиги билан ўзаро боғлиқдир.

5. РШда қайталанишларни олдини олиш бўйича бир қатор чоратadbирлар комплексини қўллаш, яъни микросоциал омилларни, ижтимоий ва меҳнатга мослашиш, ижтимоий ва оилавий психотерапия яхшилашини ремиссияларни қулай вариантларида РШ доирасида беморларни реабилитация қилишнинг барча босқичларига фойдали таъсир кўрсатди. Атипик нейрорептиклар ва янги авлод антидепрессантларини (СТТСИ, СНТТСИ) рационал психотерапия билан биргаликда мунтазам равишда қўллаш РШ ва ХПШ билан оғриган беморларда ремиссияларнинг ноқулай вариантларида ҳам ижобий таъсир кўрсатди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ
PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 ПРИ АНДИЖАНСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ДОЛИМОВА МАХФУЗА АЛИМОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ ПО ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В
РЕМИССИЯХ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ**

14.00.43 – Профилактическая медицина

14.00.18 – Психиатрия и наркология

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

АНДИЖАН – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2021.2.PhD/Tib954.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.adti.uz) и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz)

Научный руководитель: **Аграновский Марк Лейзерович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Алимов Улугбек Худаярович**
доктор медицинских наук, профессор
Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентская медицинская академия**

Защита состоится «_____» _____ 2022 г. в _____ часов на заседании разового совета Научного Совета PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за № _____). (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел/факс: (+998) 74-223-94-50).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2022 года).

М.М. Мадазимов

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

М.Ф. Нишанов

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

Н.С. Мамасолиев

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации (PhD) доктора философии)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Диагностика и профилактика острых эндогенных психических заболеваний является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения. Согласно статистическим данным ВОЗ, «...за последние 10 лет заболеваемость психическими расстройствами среди населения мира увеличилась на 40%, при этом увеличение числа заболеваемости с острыми полиморфными психозами среди лиц трудоспособного возраста от 18 до 48 лет является одной из основных причин...»¹. По некоторым данным ВОЗ на сегодняшний день шизофренией страдает около 1% мирового населения. Высокая распространенность рекуррентной шизофрении (РШ) и ряд нерешенных до сих пор вопросов, касающихся ее типологии, клиники приступов и ремиссий, терапии, проблем адаптации и социального функционирования больных, совершенствование профилактики рецидивов, остаются одной из актуальных задач медицины.

В мире проводятся масштабные исследования по выявлению и профилактике механизмов возникновения острых психозов, оценке клинико-динамических особенностей заболевания, определению состояния нейроэндокринной и иммунной систем в клиническом течении болезни и совершенствованию методов лечения. РШ достаточно подробно изучалась и освещена в психиатрической литературе². В англо-американской психиатрии она рассматривалась в рамках шизоаффективных психозов. РШ является относительно благоприятной формой течения болезни. Она характеризуется чередованием преимущественно аффективных приступов с длительными светлыми промежутками (ремиссиями), во время которых негативная симптоматика иногда отсутствует, а в основном минимально выражена. Однако, возникновение во время ремиссии продуктивных нарушений оказывается наиболее существенным фактором, приводящим к нарушению трудоспособности, социальной и семейной дезадаптации. Поэтому определение закономерностей формирования ремиссий при РШ, прогностическая их оценка, определение темпа прогрессивности процесса, а также разработка адекватных и эффективных профилактических подходов в возникновении рецидивов и обострений представляется весьма актуальной задачей. В связи с этим в проведенных ранее исследованиях прогностическая значимость психопатологических расстройств в ремиссиях оценивалась различно. Ряд авторов считали, что эти расстройства не определяют сущности ремиссионных состояний и могут наблюдаться при клинически различных типах ремиссий. А некоторые другие, наоборот, считали, психопатологические нарушения в ремиссиях существенной характеристикой отражения определенных закономерностей развития течения эндогенного заболевания.

¹ Аграновский М.Л. Отдаленный социально-трудовой прогноз больных с приступообразной шизофренией: монография / М.Л. Аграновский, А.А. Мирзаев, А.Э. Маликова. – Андижан: ООО «Andijon nashriyot-matbaa», 2019. – 124 с.

² ЖССТнинг 2019 йилги йиллик ҳисобот кўрақчилари.

В нашей стране проводятся работы по изучению клинко-психопатологических, клинко-иммунологических исследований, психосоциальных факторов, посвященных профилактике инвалидизации больных шизофренией. Отмечены такие задачи, как «...повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний, включая формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, эффективных моделей патронажа и диспансеризации...»³. Эти задачи важны в процессе лечения пациентов при возникновении заболевания, влиянии психосоциальных факторов, течении клинических симптомов, с учетом общего и иммунологического состояния организма, что приводит к скорейшему купированию острого течения заболевания, профилактике рецидивов и психической инвалидизации.

Данное диссертационное исследование в определенной степени соответствует задачам, обозначенным в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», в Постановлении № ПП-4190 от 13 февраля 2019 года «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019–2025 годы», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

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

Степень изученности проблемы. В настоящее время в мире проведено достаточное количество работ, посвященных диагностике, клинике, прогнозу шизоаффективных психозов, шизофрении с ремиттирующим типом течения. Изучены социально-трудовые аспекты в возникновении эндогенных психозов у больных (Попов М.Ю., 2004; Хунтер Р., 2007; Снежневский А.В., 2008; Шмуклер А.Б., Бочкарева О.С., 2012; Addington D., 2003), а также установлены, что сильные стрессоры играют одну из основных ролей в возникновении эндогенных психозов у больных (Duan J., Cheng Q. et al., 2018; Jiang Y., Xia M. et al., 2019). Современные научные работы отечественных учёных посвящены изучению клинко-лабораторных анализов факторов прогноза шизофрении (Алимов У.Х., 2001; Тошматов Б.А., 2006), профилактике инвалидности, обусловленной шизофренией в Республике

³ Указ Президента Республики Узбекистан за № 5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Узбекистан (Магзумова Ш.Ш., 2000; Ганиханов А.А., 2012), клинко-динамического течения заболевания (Курбанова Ш. М., 2004; Ходжаева Н.И., 2013), изучение соотношения роли эндогенных и экзогенных факторов в риске развития приступов шизофрении (Аграновский М. Л., 2018).

В мировой литературе достаточно работ, направленных на раннюю дифференциальную диагностику и профилактику острых полиморфных психозов. Однако, описание вариантов течения рекуррентной шизофрении в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях ранее не проводилось. Кроме того, большинство работ выполнено на выборочном клиническом материале, репрезентативность некоторых из них вызывает сомнение, за исключением единичных клинко-эпидемиологических работ, выполненных за последние годы (Мирзаев А.А., 2011; Аграновский М.Л., 2019).

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами, выполненными в высшем образовательном учреждении, в котором выполнена работа. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планами научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института №ПЗ-201205194 «Изучение эпидемиологии, путей оптимизации лечения и разработка передовых инновационных технологий ранней диагностики и профилактики хронических неинфекционных заболеваний в различных регионах Узбекистана» (2019-2021гг.).

Целью исследования является изучение, выделение и описание вариантов РШ по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологических расстройств в ремиссиях; выявление взаимосвязи между комплексом социально-преморбидных, клинических факторов и выделенными вариантами заболевания.

Задачи исследования:

изучить комплекс социально-преморбидных характеристик больных рекуррентной шизофренией и выявить связь с их вариантами течения заболевания;

изучить комплекс клинических факторов в динамике заболевания и их коррекцию с вариантами рекуррентной шизофрении;

выделить и описать клинические варианты рекуррентной шизофрении по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях;

разработать комплекс мероприятий по профилактике обострений и определить связь между вариантами течения рекуррентной шизофрении и темпом прогрессивности процесса.

Объектом исследования явились 228 больных приступообразной шизофренией (ПШ): 188 больных рекуррентной шизофренией (РШ) - основная группа и 40 больных приступообразно-прогрессивной шизофренией (ППШ) – контрольная группа, в возрасте от 30 до 83 лет, с длительностью заболевания свыше 15 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере.

Предмет исследования составил анализ результатов комплексного лечебно-профилактического подхода с определением клинико-эпидемиологических аспектов и проведением факторного анализа комплекса социально-преморбидных и клинических факторов в формировании вариантов течения РШ по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях, их прогноза и профилактики.

Методы исследования. Для выполнения задач и достижения цели исследования были использованы клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, катамнестический и статистический методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

изучен комплекс социально-преморбидных характеристик больных РШ и выявлена связь с их вариантами;

изучен комплекс клинических факторов в динамике заболевания и их коррекция с вариантами РШ;

выделены клинические варианты РШ по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях;

разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений и определена связь между вариантами течения РШ и темпом прогрессивности процесса.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

выявлена с помощью катамнестического и клинико-анамнестического методов значительная роль социальных факторов (уровень образования, уровень квалификации, семейное положение) в развитии манифестного приступа рекуррентной шизофрении;

выявлены с помощью катамнестического и клинико-анамнестического методов социально-преморбидные характеристики личности (тип преморбиды, наследственная отягощенность, возраст начала заболевания);

определены с помощью клинико-психопатологического и катамнестического методов клинические критерии прогноза и формирования вариантов течения рекуррентной шизофрении по прогрессивности в зависимости от психопатологической симптоматики в ремиссиях;

только клинико-психопатологическим методом выявлены, выделены и описаны клинические варианты рекуррентной шизофрении по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях;

разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений и предупреждению ранней инвалидизации.

Достоверность результатов исследования обосновывается соответствием примененных в работе теоретического подхода и методов, методологической правильностью проведенных исследований, достаточным количеством больных; статистической обработкой цифровых данных, а также сопоставимостью полученных результатов с международным и отечественным опытом; утверждением полученных данных

уполномоченными организациями, все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что они используются для определения вариантов течения рекуррентной шизофрении в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях, мониторинга динамики психиатрической ситуации в городе Андижане, а также эта модель позволила оптимизировать систему оказания специализированной профилактической помощи для больных рекуррентной шизофренией в условиях всей Ферганской долины.

Практическая значимость заключается в том, что полученные данные являются основой клинико-психопатологической диагностики ремиссий и вариантов течения рекуррентной шизофрении и определения его темпа прогрессивности, что позволяет проводить полноценную, адекватную и эффективную поддерживающую терапию в ремиссиях. Это в свою очередь повышает эффективность профилактики обострений и проведение социально-реабилитационных мероприятий для больных рекуррентной шизофренией.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов, полученных при изучении разработки ранжирования прогностического значения комплекса биологических, социальных, а также клинических факторов шизофрении с ремиттирующим типом течения.

на основании научных результатов клинико-эпидемиологических методов диагностики прогноза больных рекуррентной шизофренией утверждены методические рекомендации: «Лечебно-профилактический алгоритм ранжирования прогностического значения комплекса биологических и социальных факторов шизофрении с ремиттирующим типом течения» (Справка Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №8н-з/541 от 13 декабря 2021 года). Данные методические рекомендации позволили выявить достоверно значимые критерии раннего прогноза, общие для обоих типов течения шизофрении и типичные для каждой в отдельности;

полученные научные результаты исследований по прогнозу комплекса биологических и социальных факторов шизофрении с ремиттирующим типом течения внедрены в практическую деятельность Ферганской и Наманганской областной психиатрической больницы (Справка Министерства здравоохранения №08-12712 от 13 мая 2022 года). В результате были достигнуты сокращение частоты госпитализации больных, уменьшение количества койко-дней, затрат на активное психофармакологическое лечение и снижение материальных затрат, уровня смертности и инвалидности, увеличение продолжительности и качества жизни.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 7 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях.

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

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объём диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

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

Первая глава диссертации **«Актуальные вопросы клиники приступов и ремиссий, темпа прогрессивности и прогноза больных рекуррентной шизофренией в современной литературе»** посвящена актуальности изучения клиники приступов и ремиссий, темпа прогрессивности и прогноза больных рекуррентной шизофренией; приводится последовательный анализ международных исследований, связанных с темой диссертации. Наряду с важностью описания клинических вариантов течения РШ большое значение играет клиническая типология на основании динамики негативных и продуктивных расстройств в ремиссиях, их связь с социально-трудовой реабилитацией больных. В главе отражены научные данные о важности, противоречие взглядов, что в свою очередь доказывает необходимость продолжения научных исследований.

Во второй главе **«Общая характеристика материала и методы исследования»** описываются материал и методы исследования. Для проведения клинико-эпидемиологического, клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, катamnестического и статистического исследований обследованы 188 больных РШ (основная группа): муж – 86 (45,7%), жен – 102 (54,3%) с длительностью заболевания свыше 15 лет, в возрасте от 30 до 83 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере. В качестве контрольной группы были обследованы 40 больных с ППШ – репрезентативной по полу и возрасту: муж – 22 (55%), жен – 18 (45%).

При оценке прогрессивности процесса при РШ и состояния больных на отдаленных этапах заболевания были использованы социальные и клинические критерии.

В качестве социальных критериев мы использовали уровни социально-трудовой адаптации: I уровень – сохранение социально-трудовой адаптации на доболезненном уровне; II уровень – снижение социального компонента при сохранении профессионального; III уровень – снижение и социального, и профессионального компонентов.

В качестве клинических критериев были использованы: характер начала болезни, клинические особенности и длительность манифестного приступа, клинические особенности первой ремиссии, длительность качества ремиссий, количество перенесенных приступов.

Кроме того, нами были выделены 3 темпа прогрессивности приступообразной шизофрении (ПШ), которые объединили в три группы: А – слабо-прогрессивный (благоприятный-I); В – умеренно-прогрессивный (умеренный – II); С – выражено-прогрессивный (неблагоприятный – III).

При сравнительном анализе показателей распределения больных РШ по уровням темпа прогрессивности в зависимости от типа течения (см. рис.1) обнаружено, что слабо-прогрессивный темп прогрессивности коррелировал с РШ (соотв.: 41,0% и 20,0%, $p < 0,05$). Умеренно-прогрессивный темп прогрессивности приблизительно одинаково часто встречался при обоих типах течения ПШ. А выражено-прогрессивный, наоборот, значительно чаще наблюдался при ПШ (соотв.: 26,0% и 50,0%, $p < 0,05$).

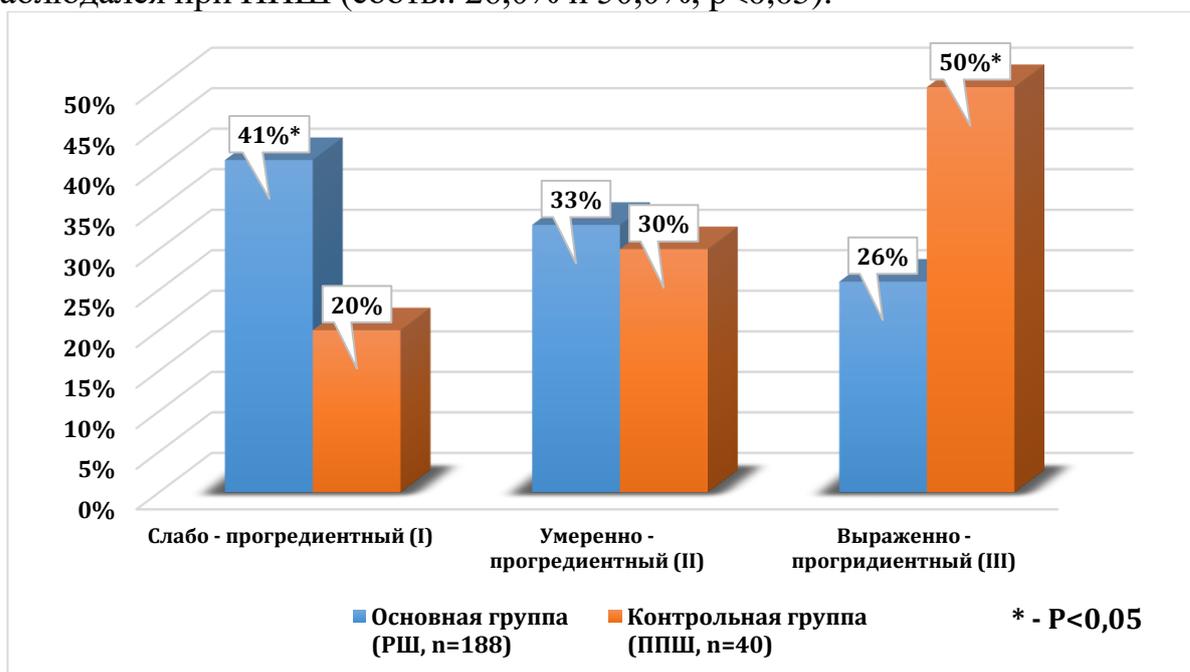


Рис. 1. Распределение больных рекуррентной шизофренией по темпу прогрессивности на момент обследования

Клинико-эпидемиологическое изучение различных показателей темпа прогрессивности больных РШ на отдаленных этапах заболевания позволило выявить некоторые их особенности и различия. Степень прогрессивности процесса является основным фактором, влияющим на качество трудового и социального приспособления больных, вследствие чего больные шизофренией характеризуются различными компенсаторными

возможностями, о чем свидетельствует довольно значительное число благоприятно адаптированных больных.

Обнаруженные критерии благоприятного темпа прогрессивности тематических больных с учетом их специфичности можно использовать для своевременной разработки адекватных и эффективных профилактических мероприятий больных РШ.

Статистическая обработка материала выполнена в программах Microsoft Excel для Windows 2010 и StatTech, предназначенной для статистической обработки медицинских данных, с применением параметрических и непараметрических методов с вычислением относительных величин, вычислением t -критерия Стьюдента для связанных совокупностей, критерия хи-квадрата (χ^2) для анализа произвольных таблиц сопряженности, а также вычислением показателя отношения шансов (OR) для прогноза значимости факторных признаков, с оценкой их статистической достоверности.

В третьей главе диссертации **«Значение комплекса «социально-преморбидных» характеристик личности больных в формировании вариантов течения рекуррентной шизофрении»** подробно описан комплекс «социально-преморбидных» характеристик личности. В этот комплекс были включены характерологические особенности личности, наследственная отягощенность, возраст, образование, квалификация, семейное положение больных к моменту начала заболевания.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ различными характерологическими особенностями личности в преморбиде (см. таблицу 1) было обнаружено, что число больных, у которых отсутствовали патологические черты характера (синтонный тип преморбиды) превалировало в основной группе при РШ (соотв.: 41,5% и 27,5%, $p < 0,05$), а число больных с наличием патологических черт характера, наоборот, было больше в контрольной группе при ППШ (соотв.: 58,5% и 72,5%, $p < 0,05$). Особенно выражено различие среди больных с шизоидным характером, которых также было больше в контрольной группе при ППШ (соотв.: 32,0% и 47,5%, $p < 0,05$).

Полученные результаты указывают на достоверно значимое благоприятное прогностическое значение синтонного типа и неблагоприятное значение шизоидного типа преморбиды для определения темпа прогрессивности больных РШ.

Анализ наследственной отягощенности (см. таблицу 2) показал, что не отягощенная наследственность чаще наблюдалась у больных с РШ (соотв.: 59,6% и 21,8%, $p < 0,05$), а отягощенная наследственность – у больных с ППШ (соотв.: 40,4% и 78,2%, $p < 0,05$), причем отягощенная наследственность шизофренией встречалась значительно больше (соотв.: 23,4% и 47,8%, $p < 0,05$).

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ по возрастным периодам к моменту начала заболевания обнаружены статистически достоверные различия. Больные РШ чаще заболевали в возрасте от 21 до 30 лет (соотв.: 51,1% и 32,5%, $p < 0,05$), в то время как больные ППШ – в возрасте до 20 лет (соотв.: 14,4% и 42,5%, $p > 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная характеристика темпа прогрессивности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от характерологических особенностей личности к моменту начала заболевания.

Тип преморбида	Уровни темпа прогрессивности																		P
	РШ						ППШ						Всего						
	I		II		III		Всего		I		II		III		Всего				
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
Синтонный	40	51,9	25	40,0	13	26,5	78	41,5	2	25,0	3	25,0	6	30,0	11	27,5	<0,05		
С патологическими чертами характера	37	48,1	37	60,0	36	73,5	110	58,5	6	75,0	9	75,0	14	70,0	29	72,5	<0,05		
Шизоидные	14	18,2	20	32,0	26	53,0	60	32,0	5	62,5	5	41,7	9	45,0	19	47,5	<0,05		
Тимопаты	11	14,3	5	8,0	2	4,1	18	9,6	-	-	1	8,3	-	-	1	2,5	<0,05		
Тревножно-мнительные	3	3,9	2	4,0	4	8,2	9	4,7	1	12,5	3	25,0	3	15,0	7	17,5	>0,05		
Прочие	9	11,7	10	16,0	4	8,2	23	12,2	-	-	-	-	2	10,0	2	5,0	>0,05		
Итого:	77	100,0	62	100,0	49	100,0	188	100,0	8	100,0	12	100,0	20	100,0	40	100,0			

Сравнительная характеристика темпа прогрессивности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от наследственной отягощенности.

Наследственная отягощенность	Уровни темпа прогрессивности														P		
	РШ							ППШ									
	I		II		III		Всего		I		II		III			Всего	
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Не отягощена	49	63,0	37	60,0	26	52,2	112	59,6	2	54,8	2	16,8	5	26,1	9	21,8	<0,05
Отягощена	28	37,0	25	40,0	23	47,8	76	40,4	6	45,2	10	83,2	15	73,9	31	78,2	<0,05
Шизофренией	20	25,9	15	24,0	9	17,9	44	23,4	3	16,7	7	58,3	9	44,6	19	47,8	<0,05
Алкоголизмом	3	3,7	5	8,0	9	17,9	17	9,0	2	7,1	1	8,3	3	14,8	6	15,2	>0,05
Эпилепсией	-	-	-	-	2	4,9	2	1,1	-	-	1	8,3	2	9,7	3	7,6	>0,05
Другими психическими заболеваниями	5	7,4	5	8,0	3	7,1	13	6,9	1	19,0	1	8,3	1	4,8	3	7,6	>0,05
Итого:	77	100,0	62	100,0	49	100,0	188	100,0	8	100,0	12	100,0	20	100,0	40	100,0	

Анализ показателей распределения больных ПШ по уровням образования показал, что лиц, имевших к началу заболевания высшее и незаконченное высшее, среднее и среднее специальное образование, было гораздо больше среди больных РШ (соотв.: 20,7% и 10,0%, $p < 0,05$; 33,5% и 12,5%, $p < 0,05$), а лиц, имевших образование менее неполного среднего, - среди больных ППШ (соотв.: 24,0% и 52,5%, $p < 0,05$).

Таким образом, благоприятным фактором темпа прогрессивности больных РШ является высшее и незаконченное высшее образование, а больных ППШ – среднее и среднее специальное образование. А образование менее неполного среднего является неблагоприятным фактором темпа прогрессивности как у больных РШ, так и у больных ППШ.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ по уровням квалификации выявлено, что больных, занимавшихся к началу заболевания умственным трудом, было больше при РШ (соотв.: 58,0% и 12,5%, $p < 0,05$), а больных, занимавшихся неквалифицированным физическим трудом, - при ППШ (соотв.: 14,4% и 47,5%, $p < 0,05$).

Следовательно, занятие умственным трудом к моменту начала заболевания является благоприятным фактором темпа прогрессивности больных РШ, а занятие физическим трудом чаще коррелировало с неблагоприятным темпом прогрессивности больных РШ.

В четвертой главе диссертации под названием «Роль комплекса клинических параметров заболевания в формировании вариантов течения рекуррентной шизофрении» проводится сравнительный анализ корреляций между показателями темпа прогрессивности больных РШ на момент обследования и комплексом клинических факторов прогноза.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ с различными типами начала заболевания (см. рис. 2) обнаружено, что наиболее часто острый дебют заболевания наблюдался при РШ (соотв.: 82,4% и 32,5%, $p < 0,001$), а начало с инициальных расстройств – при ППШ (соотв.: 17,6% и 67,5%, $p < 0,001$).

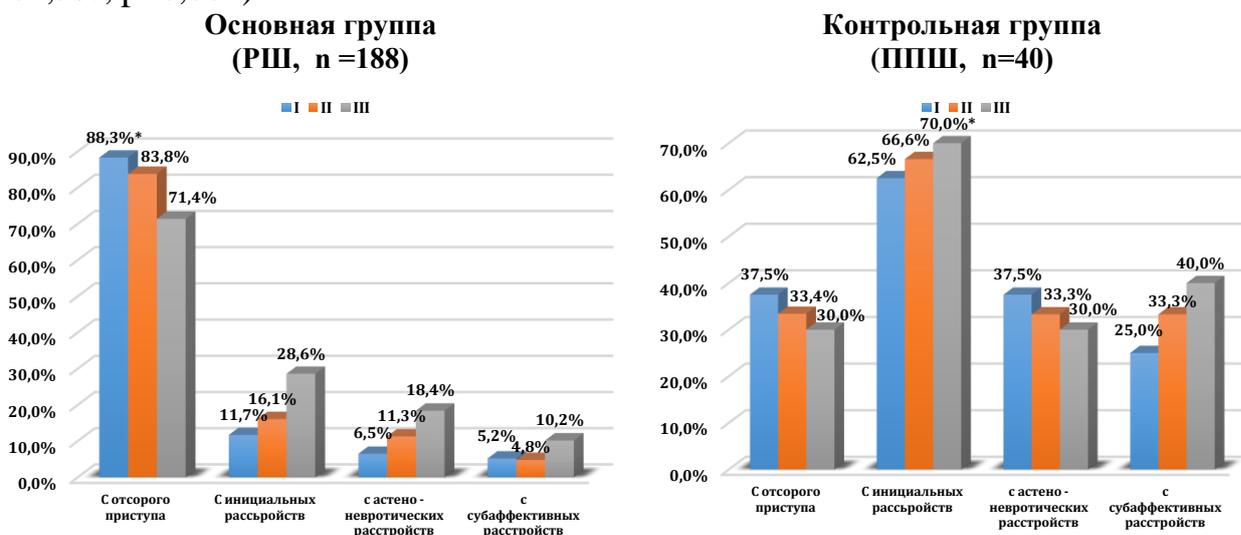


Рис. 2. Сравнительная характеристика темпа прогрессивности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от характера начала заболевания

Из инициальных расстройств, предшествующих психотическому приступу, у изученных больных обоих типов течения отмечались лишь астено-невротические и нерезко выраженные аффективные расстройства.

Таким образом, дебют заболевания с острого приступа является благоприятным фактором, а начало заболевания с инициальных расстройств - неблагоприятным фактором для определения темпа прогрессивности больных РШ.

По нашим данным наиболее часто клиническая картина манифестных приступов была депрессивной при обоих типах течения шизофрении (соотв.: 52,2% и 40,0%, $p > 0,05$). Маниакальные (включая атипичные, сдвоенные аффективные) приступы в дебюте заболевания несколько чаще встречались при РШ при I темпе прогрессивности, но различия статистически не достоверны. Онейроидные (включая кататонические) приступы преобладали при I темпе прогрессивности в основной группе у больных РШ по сравнению с контрольной группой при ППШ (соотв.: 24,7% и 12,5%, $p < 0,05$), но различия статистически не достоверны, а галлюцинаторные (включая синдром Кандинского-Клерамбо) приступы – у больных ППШ при всех уровнях темпа прогрессивности (соотв.: 25,0%, 16,7% и 25,0%, $p < 0,001$). Вероятно, психопатологические особенности манифестного приступа имеют большее значение для определения клинического прогноза и являются мало информативным для определения темпа прогрессивности больных РШ.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ с различной длительностью манифестного приступа (см. рис. 3) выявлено, что длительность манифестного приступа от одного до трех месяцев чаще наблюдалась у больных РШ (соотв.: 66,5% и 27,5%, $p < 0,05$), а длительность манифестного приступа 7 и более месяцев – у больных ППШ (соотв.: 3,7% и 40,0%, $p < 0,001$).

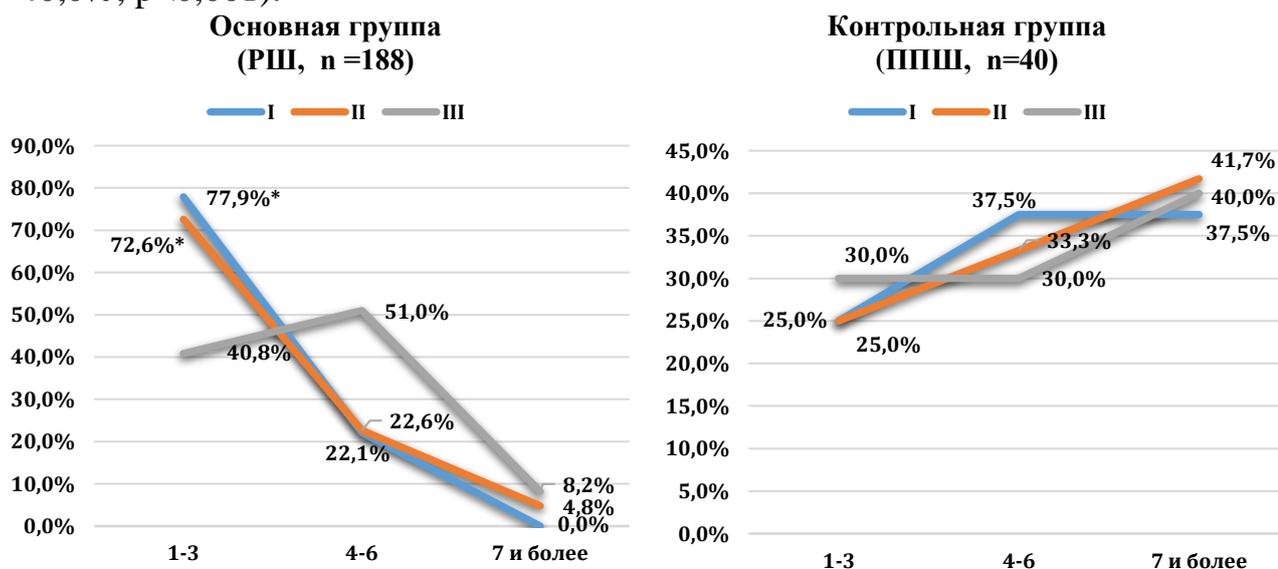


Рис. 3. Сравнительная характеристика темпа прогрессивности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от длительности манифестного приступа

Полученные результаты указывают на благоприятное значение небольшой длительности (до трех месяцев) манифестного приступа и неблагоприятное значение большей длительности (особенно свыше шести месяцев) манифестного приступа для определения темпа прогрессивности РШ.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ с различными клиническими особенностями первой ремиссии (см. рис. 4) обнаружено, что ремиссии без продуктивных расстройств (интермиссии и ремиссии с легкими изменениями личности) наиболее часто встречались среди больных РШ (соотв.: 73,4% и 30,0%, $p < 0,05$), а ремиссии с продуктивными расстройствами – среди больных ПШ (соотв.: 26,6% и 70,0%, $p < 0,05$).

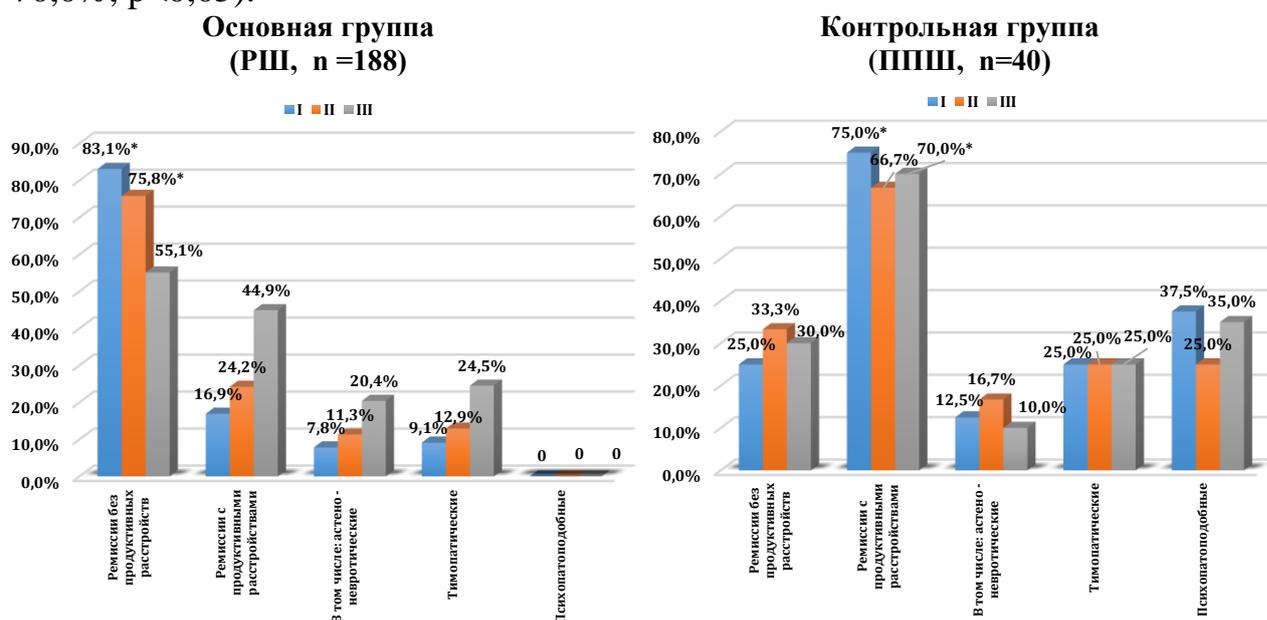


Рис. 4. Сравнительная характеристика темпа прогрессивности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от клинических особенностей первой ремиссии.

Таким образом, отсутствие продуктивной симптоматики в период первой ремиссии является благоприятным фактором, а наличие ее – неблагоприятным фактором для определения темпа прогрессивности больных РШ.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ с различной длительностью первой ремиссии (см. рис. 5) установлено, что длительные ремиссии более 10 лет несколько чаще наблюдались при РШ (соотв.: 45,7% и 12,5%, $p < 0,05$), а короткие ремиссии до 2-х лет – при ПШ (соотв.: 18,1% и 37,5%, $p < 0,05$).

Следовательно, длительность первой ремиссии свыше десяти лет является благоприятным фактором, а длительность первой ремиссии менее двух лет – неблагоприятным фактором для определения темпа прогрессивности больных РШ. Кроме того, полученные результаты указывают на то, что одним из главных условий благоприятного темпа

прогредиентности тематических больных являются качество и стойкость ремиссий.

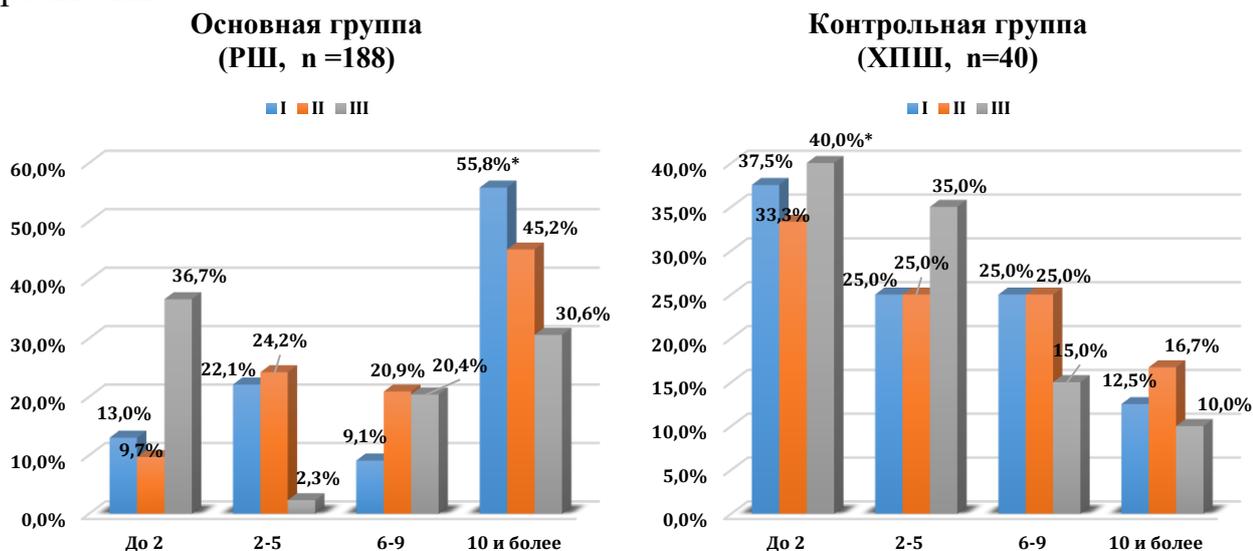


Рис. 5. Сравнительная характеристика темпа прогредиентности больных рекуррентной шизофренией в зависимости от длительности первой ремиссии.

Статистически достоверные различия обнаружены между показателями распределения больных ПШ с различным количеством перенесенных приступов. Небольшое количество перенесенных приступов (от одного до трех приступов) чаще наблюдается у больных РШ (соотв.: 49,5% и 17,5%, $p < 0,05$), а большое количество приступов (шесть и более приступов) – у больных ППШ (соотв.: 25,5% и 52,5%, $p < 0,05$).

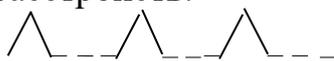
Таким образом, больные РШ, перенесшие за время заболевания до трех приступов, имеют благоприятный темп прогредиентности, а неблагоприятный темп прогредиентности – больные, перенесшие по четыре и более приступов – при РШ и по шесть и более приступов – при ППШ.

В пятой главе диссертации, озаглавленной **«Варианты течения рекуррентной шизофрении в зависимости от динамики негативных и позитивных расстройств в ремиссиях»** были изучены и описаны клинические варианты течения РШ в зависимости от динамики негативной и продуктивной симптоматики в ремиссиях. Именно продуктивные расстройства определяют качество и длительность ремиссий, а не нарастание негативных расстройств.

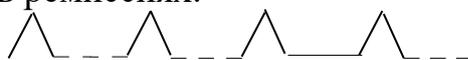
На основании учета прогредиентности течения заболевания, темпа активности процесса, сочетания негативной и позитивной симптоматики в ремиссиях нами были выявлены следующие клинические варианты течения ПШ: максимально-регрессирующий, регрессирующий с временным переходом в прогредиентный, регрессирующий с переходом в прогредиентный, слабо прогредиентный с переходом в регрессирующий, прогредиентный с временным переходом в регрессирующий и максимально-прогредиентный.

Все описанные варианты течения ПШ в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях объединили в три основные группы:

I. Максимально-регрессиентный и слабо-прогрессиентный с переходом в регрессиентный – благоприятный вариант течения (при РШ – 77 больных, при ППШ – 8 больных). При этом отмечалось, как правило, не более 1-3 приступов и на всем протяжении болезни наблюдались длительные и стойкие ремиссии типа интермиссий и ремиссий с легкими изменениями личности без наличия продуктивных расстройств.



II. Регрессиентный с временным переходом в прогрессиентный и прогрессиентный с временным переходом в регрессиентный – умеренный вариант течения (при РШ – 62 больных, при ППШ – 12 больных). У больных отмечалось чередование продуктивной симптоматики с легкими изменениями личности в ремиссиях.



III. Максимально-прогрессиентный и регрессиентный с переходом в прогрессиентный – неблагоприятный вариант течения (при РШ – 49 больных, при ППШ – 20 больных). У больных отмечалось значительно большее число перенесенных приступов, чем у больных с другими вариантами течения болезни, и уже после первого приступа появлялись стойкие продуктивные расстройства в ремиссиях, которые сохранялись на всем протяжении заболевания.



За показатели темпа прогрессиентности заболевания нами было принято сочетание, то есть комплекс клинических параметров заболевания и состояние социально-трудовой адаптации тематических больных на момент обследования.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ПШ с различными вариантами течения заболевания обнаружено, что максимально-регрессиентный вариант течения заболевания чаще встречался у больных РШ (соотв.: 25,0% и 5,0%, $p < 0,05$), максимально-прогрессиентный вариант течения заболевания - у больных ППШ (соотв.: 9,1% и 35,0%, $p < 0,05$). При анализе больных с регрессиентным с временным переходом в прогрессиентный и прогрессиентный с временным переходом в регрессиентный вариантами течения заболевания достоверных корреляций с динамикой уровнем темпа прогрессиентности не обнаружено. Следовательно, максимально-регрессиентный и слабо прогрессиентный с переходом в регрессиентный варианты течения заболевания коррелируют с благоприятной, а максимально-прогрессиентный и регрессиентный с переходом в прогрессиентный варианты течения заболевания – с неблагоприятным темпом прогрессиентности больных РШ.

Сравнительный анализ показателей распределения больных ПШ в зависимости от психопатологических особенностей их состояния в момент

обследования показал, что ремиссии без продуктивных расстройств наиболее часто встречались у больных РШ (соотв.: 48,4% и 20,0%, $p < 0,05$), а ремиссии с продуктивными расстройствами - у больных ППШ (соотв.: 48,9% и 65,0%, $p > 0,05$). Среди больных РШ, у которых наблюдались какие-либо продуктивные расстройства в момент обследования, наибольший удельный вес составляли больные с субаффективными нарушениями, а среди больных ППШ-наибольший удельный вес составляли больные с психопатоподобными расстройствами.

Таким образом, лучший темп прогрессивности наблюдался у больных, которые в момент обследования не обнаруживали каких-либо психопатологических расстройств и находились в состояниях интермиссий или ремиссий с легкими изменениями личности. Наличие же продуктивной симптоматики в момент обследования, в основном, астено-невротических и субаффективных расстройств, коррелировало с менее благоприятным темпом прогрессивности больных РШ.

При сравнительном анализе показателей темпа прогрессивности рекуррентной шизофрении и варианта течения заболевания (см. рис. 6) обнаружено, что слабо-прогрессивный темп прогрессивности несколько чаще наблюдался у 77 больных РШ (41,0%). Благоприятный вариант течения (I) коррелировал со слабым темпом прогрессивности (соотв.: 68,8% и 12,2%, $p < 0,001$). II вариант течения несколько чаще наблюдался при умеренном темпе прогрессивности, но различия статистически не достоверны (соотв.: 20,8% и 42,9%, $p > 0,05$). А неблагоприятный вариант течения (III), наоборот, значительно чаще коррелировал с выраженным темпом прогрессивности больных РШ (соотв.: 10,4%, 30,6% и 44,9%, $p < 0,001$).



Рис. 6. Сравнительная характеристика темпа прогрессивности рекуррентной шизофрении в зависимости от варианта течения заболевания

Следовательно, максимально-регрессивный и слабо-прогрессивный с переходом в регрессивный варианты течения заболевания, отсутствие продуктивных расстройств в состоянии больных на отдаленных этапах

заболевания и регулярный прием поддерживающей терапии при наличии их являются благоприятными факторами темпа прогрессивности больных РШ. Максимально-прогрессивный и регрессивный с переходом в прогрессивный варианты течения заболевания, наличие астено-невротических, субаффективных и психопатоподобных расстройств в состоянии больных на отдаленных этапах заболевания и отказ от приема поддерживающей терапии при них являются неблагоприятными факторами темпа прогрессивности больных РШ.

Нами был разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений, который включает:

1. Изучение социальной¹ и клинической² перспективности каждого больного РШ на начальных этапах заболевания, т.е. проведение анализа всех параметров социально-преморбидных характеристик личности.

2. Изучение социальной и клинической перспективности каждого больного РШ на начальных этапах заболевания, т.е. проведение анализа всех клинических параметров заболевания.

3. Выявление темпа прогрессивности течения шизофренического процесса по рекуррентному типу.

4. Выявление варианта течения заболевания в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях.

5. Назначение адекватной и эффективной поддерживающей терапии в зависимости от выявленного комплекса характеристик болезненного процесса.

6. Поддержание и всеми мерами способствование сохранению профессиональной деятельности, используя рекомендации для ВТЭК по созданию облегченных условий труда (дополнительные перерывы, укороченный рабочий день и т. д.).

7. Рекомендованное и поддерживание семейного статуса, направленного на сохранение своей семьи, укрепление микросоциальных взаимоотношений между членами семьи, используя для этого методики психотерапии (рациональную и семейную) со стороны лечащего врача и регулярный патронаж со стороны участкового врача и медицинской сестры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Отсутствие наследственной отягощенности, синтонный тип преморбида, возраст от 21 до 30 лет, высшее и незаконченное высшее, а также среднее и среднее специальное образование, занятие умственным трудом к началу заболевания, наличие своей семьи и детей сопряжены с благоприятными вариантами течения РШ. Наличие отягощенной наследственности, шизоидный тип преморбида, возраст до 20 лет, образование менее неполного среднего к началу заболевания, занятие неквалифицированным физическим трудом или отсутствие трудовой деятельности, отсутствие своей семьи и детей, наоборот, коррелируют с неблагоприятными вариантами течения РШ, и особенно ППШ.

2. Острое начало заболевания, превалирование депрессивной симптоматики в клинической картине первого приступа, его длительность от одного до трех месяцев, длительность первой ремиссии свыше 10 лет с легкими изменениями личности свидетельствуют о благоприятных вариантах течения РШ. Дебют заболевания с инициальных расстройств, наличие атипичных аффективных и депрессивно-параноидных расстройств, его длительность более 6 месяцев, непродолжительная первая ремиссия с продуктивной психопатологической симптоматикой длительностью менее 2-х лет, наоборот, характерны для неблагоприятных вариантов течения РШ, и особенно ППШ.

3. Небольшое количество перенесенных приступов в динамике заболевания, редкие госпитализации и слабо-прогредиентный темп прогредиентности на отдаленных этапах заболевания сочетается с благоприятными вариантами течения РШ. А большое количество перенесенных в динамике заболевания приступов, частые госпитализации, выраженно-прогредиентный темп прогредиентности на отдаленных этапах заболевания свидетельствуют о неблагоприятных вариантах течения РШ, и особенно ППШ.

4. При изучении вариантов течения РШ в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях были выявлены благоприятные и неблагоприятные варианты течения. Так, максимально-регрессиентный и слабо-прогредиентный с переходом в регрессиентный варианты коррелируют с благоприятным темпом прогредиентности течения РШ, а максимально-прогредиентный и регрессиентный с переходом в прогредиентный – с неблагоприятным темпом прогредиентности течения РШ.

5. Применение комплекса мероприятий по профилактике обострений при РШ, а именно по улучшению микросоциальных факторов, социальной и трудовой адаптации, социальной и семейной психотерапии при благоприятных вариантах ремиссий в рамках РШ оказывали благоприятное воздействие на все этапы реабилитации больных. Регулярное использование атипичных нейролептиков и антидепрессантов нового поколения (СИОЗС, СИОЗСН) в сочетании с рациональной психотерапией также оказывали существенное положительное влияние и при неблагоприятных вариантах ремиссий у больных РШ, и ППШ.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL UNDER THE SCIENTIFIC
COUNCIL PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 AT THE ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

DOLIMOVA MAHFUZA ALIMOVNA

**FEATURES OF TYPES OF THE COURSE OF RECURRENT
SCHIZOPHRENIA ACCORDING TO PROGRESSION DEPENDING ON
THE DYNAMICS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMATICS IN
REMISSION AND PREVENTION OF EXACERBATIONS**

14.00.43 – Preventive medicine

14.00.18 – Psychiatry and Narcology

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

ANDIJAN – 2022

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the No. № B2021.2.PhD/Tib954.

The dissertation is carried out at the Andijan state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in three languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council (www.adti.uz) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor:

Agranovsky Mark Leyzerovich
doctor of medical sciences, professor

Official opponents:

Alimov Ulugbek Hudayarovich
doctor of medical sciences, professor

Salohiddinov Zuhridin Salohiddinovich
doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

Tashkent Medical Academy

The dissertation will be defended on «___» _____ 2022 at ___ p.m. hours at the meeting of the one-time Scientific Council under the Scientific Council PhD.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan state medical institute (Address: 170100, Andijan city, Yu. Atabekov str., 1. Phone/fax: (+998) 74-223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan state medical institute (Registration number №___) (Address: 170100, Andijan city, Yu. Atabekov str., 1. Phone/fax: (+998) 74-223-94-50, e-mail: info@adti.uz).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2022.
(mailing report № ___ on «___» _____ 2022).

M.M. Madazimov

Chairman of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, docent

M.F. Nishanov

Scientific secretary of the scientific council on award of scientific degrees, doctor of medical science, docent

N.S. Mamasoliev

Deputy chairman of the scientific seminar at the scientific council on award of academic degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to study, isolate and describe variants of recurrent schizophrenia by progrediency depending on the dynamics of psychopathological disorders in remissions; to identify a correlation between a complex of socio-premorbid, clinical factors and isolated variants of the disease.

The object of the study was 228 patients with paroxysmal schizophrenia (PS): 188 patients with recurrent schizophrenia (RS) - the main group and 40 patients with paroxysmal-progressive schizophrenia (PPS) – the control group, aged 30 to 83 years, with a disease duration of over 15 years, registered in the Andijan regional neuropsychiatric dispensary.

The scientific novelty of the research is as follows:

the complex of socio-premorbid characteristics of patients with RS was studied and the connection with their variants was revealed;

the complex of clinical factors in the dynamics of the disease and their correction with variants of RS has been studied;

clinical variants of RS by progrediency are identified and described depending on the dynamics of psychopathological symptoms in remissions;

a set of measures for the prevention of exacerbations has been developed and the relationship between the variants of the course of RS and the rate of progression of the process has been determined.

Implementation of research results.

Based on the scientific results obtained in the study of the development of the ranking of the prognostic value of a complex of biological, social, as well as clinical factors of schizophrenia with a remitting type of course.

Based on the scientific results of clinical and epidemiological methods for diagnosing the prognosis of patients with recurrent schizophrenia, methodological recommendations were approved: "Therapeutic and preventive algorithm for ranking the prognostic value of a complex of biological and social factors of schizophrenia with a remitting type of course" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-z/541 dated December 13, 2021). These methodological recommendations made it possible to identify reliably significant criteria for early prognosis, common to both types of schizophrenia and typical for each separately;

the obtained scientific results of research on the prognosis of a complex of biological and social factors of schizophrenia with a remitting type of course have been introduced into the clinical practice of the Andijan, Ferghana, Namangan regional neuropsychiatric dispensary (Conclusion of the Ministry of Health No. 08-12712 dated May 13, 2022). The implementation of the results of the study made it possible to reduce the frequency of hospitalization of patients, reduce the number of bed days, the cost of active psychopharmacological treatment and reduce material costs, mortality and disability, increase the duration and quality of life.

The structure and scope of the thesis. The dissertation consists of an introduction, a review of the literature, materials and research methods, chapters of

own research, conclusions, conclusions, practical recommendations, a list of references. The volume of the dissertation is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (часть I; part I)

1. Долимова М. А., Аграновский М. Л., Махмудова Х. Х. Клиническая типология ремиссий при рекуррентной шизофрении // Новый день в медицине. – Ташкент, 2019. – 4(28). – С. 154-157 (14.00.00; №22).

2. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Исламов Ш. Х., Мирзаев А. А. О влиянии экзогении на течение рекуррентной шизофрении // Журнал «Биомедицины и практики». – Ташкент, 2020. – Специальный выпуск - 2. – С. 764-769 (14.00.00; №24).

3. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Аграновский К. М., Исламов Ш. Х. Первый цикл шизофрении с приступообразным течением // Неврология. – Ташкент, 2020. – № 3 (83). – С. 62-64 (14.00.00; №4).

4. Mirzaev A. A., Agranovskiy M. L., Muminov R. K., Karimov A. Kh., Dolimova M. A. Role of neuroleptics in effective treatment of paranoid schizophrenia // Тиббиётда янги кун. Ташкент, 2021. – 1(33). – С. 321-324 (14.00.00; №22).

5. Agranovskiy M. L., Dolimova M. A., Mirzaev A. A., Islamov Sh. Kh., Karimov A. H. Interrelation of endogenous and exogenous factors as a predictor of early clinical prediction of schizophrenia with paroxysmal course // International Journal of Pharmaceutical Research, Jan - Mar 2021, Volume 13, | Issue 1 - DOI: 10.31838. - India - p. 4218-4224.

6. Dolimova M. A., Agranovskiy M.L., Islamov Sh.H., Soliyev D.M., Gulomkodirov M.M. The role of maintenance therapy in comparative effectiveness of the quality and structure of remissions in recurrent schizophrenia // Art of Medicine. International Medical Scientific Journal, May 2021, Volume-2, Issue-1 10.5281/zenodo.6388244. – USA – p. 55-63. (14.00.00; №3)

II бўлим (часть II; part II)

7. Долимова М. А., Аграновский М. Л. Лечебно-профилактический алгоритм ранжирования прогностического значения комплекса биологических и социальных факторов шизофрении с ремиттирующим типом течения // Методические рекомендации. – Ташкент, 2021. – 20 с.

8. Долимова М. А., Муминов Р. К., Далимова С. А. Особенности вариантов течения рекуррентной шизофрении по прогрессивности в зависимости от динамики психопатологической симптоматики в ремиссиях // Агентство по Интеллектуальной Собственности При Министерстве Юстиции Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронных-вычислительных машин № DGU 07840 от 29.02.2020.

9. Мирзаев А. А., Аграновский М. Л., Долимова М. А. Тип дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация: Международная научно-практическая конференция. – Ташкент, 30 мая 2019 г. – С. 56.

10. Аграновский М. Л., Муминов Р. К., Исламов Ш. Х., Долимова М. А. Феноменология патологического влечения к приему пищи в структуре синдрома нервной анорексии при малопрогрессирующей шизофрении // Инновации в здравоохранении: тенденции и перспективы: Международная научно-практическая конференция. Ташкент, 27-28 марта 2020 г. С. 109-110.

11. Долимова М. А., Аграновский М. Л., Исламов Ш. Х. Ранние критерии социально-трудового прогноза больных рекуррентной шизофренией // Применение высоких инновационных технологий в профилактической медицине: Республиканская научно-практическая конференция. – Андижан, 11-12 июня 2020 г. – С. 97-98.

12. Аграновский М. Л., Муминов Р. К., Долимова М. А. Факторы риска возникновения акатизии у больных шизофренией // Фундаментальная наука в современной медицине: Международная научно-практическая онлайн конференция. – Самарканд, 16 октября 2020 г. – С. 88-89.

13. Долимова М. А., Аграновский М. Л., Исламов Ш. Х. Характер дебюта болезни как ранний предиктор прогноза больных рекуррентной шизофренией // Фундаментальная наука в современной медицине: Международная научно-практическая онлайн конференция. – Самарканд, 16 октября 2020 г. – С. 172-173.

14. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Исламов Ш. Х. Варианты шизофрении с приступообразным типом течения // Интеграционный подход оказания наркологической помощи населению в условиях модернизации: I симпозиума наркологов Узбекистана с международным участием. - 28 мая 2021 г. – С. 17-18.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 2,75. Адади 100 дона. Буюртма № 52/22.

Гувоҳнома № 851684.
«Трограф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.