

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИСЛАМОВ ШАВКАТЖОН ХАБИБУЛЛАЕВИЧ

**ХУРУЖСИМОН ТУРДА КЕЧУВЧИ ШИЗОФРЕНИЯНИНГ КЛИНИК
ПРОГНОЗИ ВА РЕЦИДИВЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**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)

Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Исламов Шавкатжон Хабибуллаевич

Хуружсимон турда кечувчи шизофрениянинг клиник

прогнози ва рецидивлар профилактикаси..... 5

Исламов Шавкатжон Хабибуллаевич

Клинический прогноз и профилактика рецидивов

шизофрении с приступообразным типом течения..... 34

Islamov Shavkatjon Khabibullaevich

Clinical prognosis and prevention of recurrence of

schizophrenia with paroxysmal course..... 64

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 67

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ
АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ИСЛАМОВ ШАВКАТЖОН ХАБИБУЛЛАЕВИЧ

**ХУРУЖСИМОН ТУРДА КЕЧУВЧИ ШИЗОФРЕНИЯНИНГ КЛИНИК
ПРОГНОЗИ ВА РЕЦИДИВЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**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 Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.1.PhD/Tib1816 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Аграновский Марк Лейзерович
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Расмий оппонентлар:

Алимов Улугбек Худоярович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Жўраева Моҳигул Азимовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги илмий даражалар берувчи DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 рақамли илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2024 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 Тошкент тиббиёт академиясининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 170100. Андижон шаҳри, Ю.Отабеков кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+998) 74-223-94-50).

Диссертация автореферати 2024 йил «__» _____ да тарқатилди.

(2024 йил «__» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

Х.Х.Турсунов

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

Д.З. Мамарасулова

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

З.С. Салоҳиддинов

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

КИРИШ (Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон амалиётида бугунги кунда шизофрения касаллигини эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олишни такомиллаштириш бўйича тадқиқотлар энг долзарб ҳисобланади, касалликнинг клиник ва эпидемиологик хусусиятлари ўрганилмоқда, бу борада тадқиқотлар олиб борилмоқда. Шизофрения - бу генетик ва атроф-муҳит омилларининг мураккаб ўзаро таъсирига боғлиқ бўлган мултифакториал касаллик. Ушбу касалликнинг ривожланишида ирсият муҳим рол ўйнайди ва замонавий тадқиқотлар шизофрения аниқ белгиланган генетик фонга эга бўлган касалликлар гуруҳига тегишли эканлигини тасдиқлайди. Дунёда шизофрения касаллигининг тахминан 1% ни ташкил этадиган юқори тарқалиши тадқиқотнинг долзарблигини кўрсатади. Шизофрения касаллиги турлари ичида хуружсимон (эпизодик) шизофрения улуши жуда юқори ва барча шакллар орасида 43-52% ни ташкил қилади. Кўпгина беморларда касаллик эрта намоён бўлиши (18-30 ёш), тез-тез кўзғалишлар билан сурункали кечиши, ижтимоий изоляция ва ҳаёт сифат даражасининг пастлиги билан тавсифланади. Шу муносабат билан, эпизодик шизофрения прогнозини ва узоқ муддатли натижаларга таъсир қилиши мумкин бўлган профилактика чораларининг самарадорлигини ўрганиш муҳим ҳисобланади.

Жаҳон миқёсида ўрганилаётган илмий-тиббий адабиётлар ҳамда давлат рўйхатидан ўтказилган материаллар таҳлили шуни кўрсатдики эпизодик шизофрениянинг асосий клиник шакллари ўрганилган, аммо эпизодик шизофрениянинг эрта клиник прогнозида шахснинг ижтимоий ва преморбид хусусиятлари ва клиник омиллар мажмуасининг роли ва прогностик аҳамияти ўтмишда етарлича ўрганилмаган. Юқорида айтилганларнинг барчаси эпизодик шизофрения ремиссиялари етарли даражада ўрганилмаганлиги, шунингдек, ушбу шартларнинг клиник кўринишини, динамикасини, прогнозини ва тегишли ижтимоий-терапевтик тадбирларни ўрганиш муҳимлиги ҳақида хулоса чиқаришга имкон беради.

Мамлакатимизда бугунги кунда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ҳизмат сифатини тубдан яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришда кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. Бу борада «мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, касалликларни эрта ташхислаш ва даволашнинг юқори технологик усуллари жорий қилиш, патронаж хизматини ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб қувватлаш ва касалликни олдини олиш»¹ каби вазифалар белгиланган. Жумладан: «... психиатрия ёрдами кўрсатиш тизимини самарали бошқариш механизмининг жорий этиш, рухий касалликларни даволаш, профилактика ишларини ташкил этиш ва эрта аниқлашнинг вертикал

¹Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сон «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида» ги Фармони.

интеграциялашган тизимини шакллантиришни таъминлаш; ... республиканинг ҳар бир ҳудудида аҳолининг барча тоифалари, айниқса, болалар ва ўсмирлар учун юқори сифатли ва қулай психиатрия ёрдамини таъминлаш,... »² каби вазифалар белгиланган. Бу каби вазифаларни амалга ошириш тананинг умумий ва иммунологик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда касаллик юзага келганда, рухий-ижтимоий омилларнинг таъсирида, клиник белгиларнинг кечишида беморни даволаш жараёнида муҳим аҳамиятга эга, бу эса ўткир касалликнинг ўткир босқичини тезда бартараф этишга ҳамда касаллик ва ногиронликни профилактикаси ёрдам беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 7-декабрдаги ПФ-5590-сон “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ва 2020-йил 12-ноябрдаги ПФ-6110-сон “Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига принципиал янги механизмларни жорий этиш ва соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармонлари, 2019-йил 13-февралдаги ПҚ-4190-сонли “2019–2025-йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг рухий саломатлик хизматини ривожлантириш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида”ги Қарори, шунингдек, ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларда белгиланган вазифалар ижросига мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

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

Муаммони ўрганилганлик даражаси. Кенг қамровли адабиётларда кўрастилган омилларнинг таъсирига боғлиқ равишда шизофрениянинг кечиш хусусиятларига оид деярли ҳеч қандай фундаментал ишлар мавжуд эмас, генетик материалда олиб борилган баъзилари бундан мустасно, [Аграновский М.Л., 2015, 2018], биринчи цикли ва кейинги хуружларининг хусусиятларини қиёсий ўрганишга, касалликнинг бошланиши, эндоген ва экзоген омилларнинг ўзаро таъсирига боғлиқ ҳолда эрта ташхис қўйиш ва прогнозини ўрганиш юзасидан махсус ишлар учрамайди.

Шизофрения билан оғриган ёш беморларнинг улушини кўпайиши тенденцияси, тез-тез қайталанишга мойиллиги, шахсиятнинг ўзгариши тез кучайиши ва ногиронликнинг юқори даражаси жиддий муаммо ҳисобланади [Назимова С.В. 2018]. Ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения ҳолатларида прогноз эҳтиёткорлик билан бўлиши керак: кўп йиллик кататоник-васвасали хуружлардан кейин кеч ремиссиялар, шунингдек, кўп йиллик ремиссиялардан кейин такрорий оғир хуружлар кузатилиши мумкин [С.Н. Мосолов, 2010].

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 16.03.2018 йилдаги ПҚ-3606-сонли “Психиатрия ёрдами кўрсатиш тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори.

Кўпгина тадқиқотлар, одатда, шизофрениянинг коморбид ҳолатларини фақат икки хил йўналтирилган касалликнинг механик бирикмаси сифатида кўриб чиқади, ташқи омилларнинг таъсирига ва касалликнинг ўзига хос турига кам эътибор беради. Шу сабабли, бундай коморбид ҳолатларнинг клиник ва психопатологик хусусиятларини чуқур ўрганиш муҳимлигини таъкидлаш керак, чунки бу шизофрения диагностикаси ва даволаш усулларини такомиллаштиришга ёрдам беради, шунингдек, беморни парвариш қилишда индивидуал ёндашувларни ишлаб чиқишга ёрдам беради. Шу муносабат билан, клиник прогнозни ўрганиш ва эпизодик турда кечувчи шизофрениянинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш замонавий психиатриянинг долзарб муаммосидир.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ, «Ўзбекистоннинг турли минтақаларида сурункали ноинфекцион касалликларда эпидемиологияни ўрганиш, даволашни такомиллаштириш йўллари ва олдини олиш бўйича илғор инновацион технологияларни ишлаб чиқиш» (№ПЗ-201205194) инновацион лойиҳаси доирасида бажарилган (2020-2022 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади- клиник прогноз омилларини ўрганиш ва хуружсимон (эпизодик) шизофрениянинг рецидивларини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқишдан иборат

Тадқиқот вазифалари:

хуружсимон (эпизодик) шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий-преморбид шахс хусусиятлари мажмуасининг прогностик қийматини аниқлаш (ирсият, преморбид, экзогенциялар, касалликнинг бошланиш ёши, маълумоти, касбий малакаси, оилавий аҳволи).

шизофрениянинг эрта клиник прогнозини аниқлаш учун касалликнинг 1-цикли клиник омиллар мажмуасининг прогностик аҳамиятини ўрганиш (бошланғич давр, бошланиш табиати, клиник кўриниш ва дастлабки (манифест) хуружнинг давомийлиги, биринчи ремиссиянинг клиник хусусиятлар ва давомийлиги).

касалликнинг клиник прогнозни аниқлаш учун хуружсимон (эпизодик) шизофрениянинг клиник параметрларини аниқлаш (ўтказилган хуружларнинг клиник хусусиятлар ва сони, кейинги ремиссияларнинг клиник хусусиятлар ва давомийлиги, беморларнинг текширув вақтидаги аҳволи).

эпизодик шизофрения билан оғриган беморларда рецидивларнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш (ремиссияларда қувватловчи терапия, унинг мунтазамлиги, адекватлиги, самарадорлиги, психотерапия, ижтимоий ва меҳнатга мослашиш, оилавий ўзаро муносабатларнинг ҳолати).

Тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон вилояти психоневрология диспансерида рўйхатга олинган, Андижон шаҳрида яшовчи касаллик бошланганига 20 йилдан ортиқ вақт ўтган, 322 нафар хуружсимон (эпизодик) шизофрения билан оғриган бемор.

Булардан 154 (47,8%) нафар беморда эпизодик ремиттирловчи шизофрения (ЭРШ) ташхиси қўйилган, улардан 78 (50,6%) эркаклар, 76 (49,4%) аёллар.

168 (52,2%) беморда ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения (ЎБНЭШ) ташхиси қўйилган, улардан 84 (50,0%) эркаклар, 84 нафари (50,0%) аёлларни ташкил қилди.

Тадқиқотнинг предметини эпизодик шизофрениaning клиник прогнозини аниқлаш учун клиник ва эпидемиологик жиҳатларни аниқлаш ва ижтимоий-преморбид ва клиник омиллар мажмуасининг факторли таҳлилин итказиш билан комплекс даволаш-профилактика ёндашуви натижалари таҳлили ташкил этди.

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

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

эпизодик кечувчи шизофрениaning эрта клиник прогнозини аниқлаш учун шахсиятнинг ижтимоий ва преморбид патологик характер хусусиятлари мавжуд эмаслиги (37,3%) ва манифестнинг кеч юзага келиши (52,8%) ва касалликнинг эрта бошланиши (33,8%) ноқулай прогностик омиллар эканлиги аниқланган.

касалликни эрта клиник прогнозини аниқлаш учун касалликнинг 1-цикли клиник омиллар мажмуасининг депрессив бузилишларнинг устунлиги (40,1%) билан касалликнинг ўткир бошланиши (63,3%), прогностик қийматлари исботланди.

шизофрениaning кечиш ва ривожланиши ремиссиядаги ифодаланмаган психопатологик бузилишлар ва текширув вақтидаги барқарор ремиссия ҳолатлари (51,8%) қулай прогноз билан боғлиқлиги асосланди

беморларнинг ушбу гуруҳида касалликнинг рецидивларини олдини олиш бўйича комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқилди;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

шахснинг ижтимоий ва преморбид хусусиятлари мажмуасини батафсил ўрганиш ва қиёсий таҳлил қилиш бизга касалликни клиник башоратида батафсил ёндашиш ҳамда унинг кейинги динамикаси ҳақида прогностик маълумотларни олиш имконини беради, бу ҳақда билиш беморларни диспансер кузатувининг оптимал режимини ташкил этишга ёрдам беради;

беморларнинг ижтимоий-меҳнат мослашувига таъсир қилувчи омилларнинг бутун мажмуасини ўрганиш аҳолида шизофрения прогнозини яхшироқ баҳолаш имконини беради. Ижтимоий-меҳнат мослашишнинг шаклланган даражасини сақлаб қолишга ёрдам берадиган ва унинг пасайишига олиб келадиган омиллар мажмуаси аниқланди. Уларни билиш амбулатория шароитида беморларнинг ижтимоий-меҳнат мослашувининг бузилиши (дезадаптация)ни олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини энг мақбул тарзда амалга ошириш имконини беради;

ишлаб чиқилган чора-тадбирлар руҳий беморларни реабилитация қилишнинг биопсихосоциал моделига асосланади, унга кўра реабилитация жараёни психофармакотерапия, психотерапия ва психосоциал таъсирдан иборат. Беморлар билан психотерапевтик ишда реабилитация жараёнида нафақат беморнинг ўзини, балки унинг оиласини ҳам жалб қилган ҳолда когнитив-хулқ-атвор терапиясига устунлик берилди (оилавий психиатрия - истиқболли профилактика йўналишини жорий этиш).

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги 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, шунингдек олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тажриба билан таққослангани ва хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги, натижа ва хулосалар исботли тиббиёт тамойилларига асосланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот давомида шизофрениянинг бошланиши ва кейинги хуружлари ривожланишининг патогенетик механизмлари аниқланди, прогностик жиҳатдан муҳим омиллар аниқланди, бу касалликни эрта аниқлашга, рецидивлар сонини камайтиришга ва амбулатория шароитида реабилитация чораларини яхшилашга ёрдам беради.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти касаллик даврида содир бўлган жараённинг ривожланиш даражасини башорат қилиш қобилияти (касаллик хуружлари сони, касалликнинг биринчи циклининг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, кейинги ҳуружлар ва ремиссиялар, касалликнинг кечиш вариантлари) беморнинг “юқори хавфли” гуруҳларни аниқлаш ва оила аъзоларининг 1-даражали қариндошлиги бўлган яқинларидаги руҳий касалликларни эрта ташхислаш учун асос бўлди.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2023 йил “15”ноябрдаги б1/41у -сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Андижон давлат тиббиёт институтининг 2023 йил 29 декабрдаги б1-37/Х-сон хати юборилган).

1-Илмий янгилик.

Илмий янгиликнинг моҳияти: эпизодик кечувчи шизофрениянинг эрта клиник прогнозини аниқлаш учун ижтимоий ва преморбид шахсий хусусиятлар мажмуасининг прогностик қиймати аниқланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: клиник кузатиш ва клиник анамнестик усуллардан фойдаланиб ижтимоий ва преморбид шахсият хусусиятлари ўрганилган.

Илмий янгиликни амалиётга жорий этиш: «Эпизодик кечувчи шизофрениянинг биринчи циклининг прогностик қийматини баҳолаш учун даволаш ва профилактика алгоритми» мавзусидаги услубий қўлланмани

Фарғона вилоят психоневрология шифохонаси (№ 93/1 28 ноябрь 2023 йил), Наманган вилоят психоневрология шифохонаси (№65-А/ф 29 ноябрь 2023 йил) ва Андижон вилоят психоневрологик диспансери (№118 27 ноябрь 2023 йил) амалий фаолиятига жорий этилди.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган беморлар гуруҳида қуйидаги салбий ижтимоий преморбид омиллар аниқланди: ирсиятнинг оғирлашиши - (73,3%), шизоидли преморбид шахс хусусиятлари - (36,3%), касаллик бошланишдаги экзогенциялар - (58,4%), касалликнинг кеч бошланиши (30 ёшдан кейин) - (52,8%), тўлиқ бўлмаган ўрта таълимдан кам маълумотга эга шахслар - (38,8%), малакасиз қўл меҳнати билан шуғулланувчи шахслар - (31,3%) ва турмуш қурмаганлар - (46,9%).

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган беморлар давлат томонидан ижтимоий ҳимояга олинади. Ҳар бир бемор 12 ой давомида камида бир маротаба стационар даволаниш ва доимий амбулатор терапияси олишлари шарт, бу эса бир беморга ўртача 15,6 млн. сўмни ташкил этади (Андижон вилоят психоневрология диспансери 2023 йил (йиллик) бухгалтерия хисоботларига асосан). Шундай қилиб, эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган бир беморни стационарда даволаш давлатга ўртача 10,9 млн. сўмга тўғри келади. Шунингдек, бундай беморларнинг амбулатор даволаниши учун ўртача 4,7 миллион сўм маблағ сарфланмоқда. Илмий изланишлари натижаси юзасидан ишлаб чиқилган психопрофилактик алгоритм асосида олиб борилган профилактик чоралар натижасида ҳар бир беморга сарфланаётган давлат маблағларини 2 баробаргача тежаш имконини берган.

Хулоса: Демак, бир беморни касалхонада даволаш ўртача 10,9 млн. сўмни ташкил этади, шунингдек, бундай беморларни амбулатор даволаш учун ўртача 4,7 млн. сўм сарфланади, эпизодик шизофрениaning ўткир хуружларининг олдини олиш ва касалхонага ётқизишлар сонини камайтириш, ўз навбатида, давлат харажатларини ҳар бир бемор хисобидан 7,8 млн. сўмдан тежаш имконини беради.

Илмий янгиликдан кенгайтирилган ҳолда фойдаланиши: Андижон давлат тиббиёт институти эксперт кенгашининг 2023 йил “15”ноябрдаги б1/41и -сон хулосасига кўра (илмий янгиликларни бошқа соғлиқни сақлаш муассасаларига жорий этиш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигига Андижон давлат тиббиёт институтининг 2023 йил 29 декабрдаги б1-37/Х-сон хати юборилган).

2-Илмий янгилик.

Илмий янгиликнинг моҳияти: эпизодик кечувчи шизофрениaning эрта клиник прогнозини аниқлаш учун касалликнинг 1-циклидаги клиник омиллар мажмуасининг прогностик қиймати аниқланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: касалликнинг 1-циклининг клиник омилларининг клиник-катамнестик ва клиник-анамнестик усулларини қўллаш орқали ўрганилган.

Илмий янгиликни амалиётга жорий этиш: «Эпизодик кечувчи шизофрениянинг биринчи циклининг прогностик қийматини баҳолаш учун даволаш ва профилактика алгоритми» мавзусидаги услубий қўлланмани Фарғона вилоят психоневрология шифохонаси (№ 93/1 28 ноябрь 2023 йил), Наманган вилоят психоневрология шифохонаси (№65-А/ф 29 ноябрь 2023йил) ва Андижон вилоят психоневрологик диспансери (№118 27 ноябрь 2023йил) амалий фаолиятига жорий этилди.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: натижаларни амалиётга тадбиқ қилиш эрта ташхис, касалликнинг биринчи циклининг давомийлиги, ётоқ кунлари сонини, ногиронлик даражасини камайтириш, ремиссия сифатини яхшилаш, умр кўриш давомийлиги ва сифатини оширишга ўз хиссасини қўшади.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган беморлар давлат томонидан ижтимоий ёрдамга олинади, Бир курс билан бир беморни касалхонада даволаш ўртача 10,9 млн. сўмни ташкил этади. Шунингдек, бундай беморларни амбулатор даволаш учун ўртача 4,7 миллион сўм сарфланади (*Андижон вилоят психоневрология диспансери 2023 йил (йиллик) бухгалтерия хисоботларига асосан*). Ишлаб чиқилган психопрофилактик алгоритм асосида клиник-катамнестик ва клиник-анамнестик усуллари қўллаш орқали олиб борилган диагностик чоралар натижасида, касалликнинг эрта аниқлаш ва олдини олишга эришиш орқали хар бир беморга сарфланаётган давлат маблағларини 2 баробар тежаш имконини берган.

Хулоса: демак, эпизодик кечувчи шизофрениянинг биринчи циклидаги беморларни даволаш учун ўртача 15,6 млн.сўм сарфланади, эпизодик кечувчи шизофрениянинг 1-циклини қисқартирилши ўз навбатида давлат харажатларини икки баравар тежаш, 7,8 млн. сўмни иқтисод қилиш имконини беради.

3-Илмий янгилик.

Илмий янгиликнинг моҳияти: эпизодик кечувчи шизофрениянинг кечиш ва ривожланиш тезлиги вариантлари ўрганилди ва аниқланган.

Илмий янгиликнинг аҳамияти: клиник-психопатологик ва клиник-катамнестик усуллардан фойдаланган ҳолда ремиссиялардаги психопатологик белгиларга қараб клиник прогностик клиник мезонлари аниқланди, эпизодик кечувчи шизофрениянинг клиник вариантлари ва ривожланиш суръатлари аниқланди ва тавсифланган.

Илмий янгиликни амалиётга жорий этиш: «Эпизодик кечувчи шизофрениянинг биринчи циклининг прогностик қийматини баҳолаш учун даволаш ва профилактика алгоритми» мавзусидаги услубий қўлланмани Фарғона вилоят психоневрология шифохонаси (№ 93/1 28 ноябрь 2023 йил), Наманган вилоят психоневрология шифохонаси(№65-А/ф 29 ноябрь 2023йил) ва Андижон вилоят психоневрологик диспансери (№118 27 ноябрь 2023йил) амалий фаолиятига жорий этилди.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: амалиётга киритиш натижалари асоратлар ва хатолар сонини минималлаштиришга ёрдам берди,

беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, касалликнинг хуружлари давомийлигини қисқартириш, даволаниш кунларининг сонини, ногиронлик даражасини камайтириш, ремиссия давомийлигини ошириш ва эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берди.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: бир беморни касалхонада даволаш ўртача 10,9 млн. сўмни ташкил этади Шунингдек, бундай беморларни амбулатор даволаш учун ўртача 4,7 млн. сўм сарфланади (*Андижон вилоят психоневрология диспансери 2023 йил (йиллик) бухгалтерия хисоботларига асосан*). Эпизодик кечувчи шизофрениaning клиник вариантлари ва ривожланиш суръатларини аниқлаб, даволаш-профилактик чора-тадбирларини амалга ошириш ҳар бир беморга сарфланаётган маблағларнинг 2 баробар тежаш имконини берган.

Хулоса: демак, эпизодик шизофрениaning ўткир хуружларининг олдини олиш, касалхонага ётқизишлар сонини камайтириш ва ремиссия муддатини узайтириш, ўз навбатида, давлат харажатларини 2 баробар тежаш имконини беради.

4-Илмий янгилик.

Илмий янгиликнинг моҳияти: касалликнинг рецидивларини олдини олиш бўйича комплекс чора-тадбирлар ишлаб чиқилган

Илмий янгиликнинг аҳамияти: қиёсий клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланиб, эпизодик кечувчи шизофрения билан оғриган беморларда эндоген ва экзоген омиллар мажмуасининг касалликнинг бошланиши, биринчи цикли ва кейинги хуружлари ривожланиш хавфидаги ролини динамик ўрганиш амалга оширилган.

Илмий янгиликни амалиётга жорий этиш: «Эпизодик кечувчи шизофрениaning биринчи циклининг прогностик қийматини баҳолаш учун даволаш ва профилактика алгоритми» мавзусидаги услубий қўлланмани Фарғона вилоят психоневрология шифохонаси (№ 93/1 28 ноябрь 2023 йил), Наманган вилоят психоневрология шифохонаси (№65-А/ф 29 ноябрь 2023 йил) ва Андижон вилоят психоневрологик диспансери (№118 27 ноябрь 2023 йил) амалий фаолиятига жорий этилди.

Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги: ҳозирги вақтда шизофрения билан оғриган беморларни биринчи психотик эпизод билан реабилитация қилишда замонавий антипсихотик дорилар билан психофармакотерапия, психотерапевтик ва психосоциал аралашув усулларини ўз ичига олган жамоавий интеграциялашган ёндашув тан олинган ва самарали хисобланади. Ўрганилаётган аҳолининг замонавий хусусиятларини, ижтимоий ва меҳнатга мослашуви ва ҳаёт сифатини ҳисобга олган ҳолда биз табақалаштирилган реабилитация дастурларини ишлаб чиқдик. Диагностика алгоритмларини қўллаш самарадорлиги эрта ташхис қўйиш ва биринчи циклининг эпизодик тури билан шизофрения учун психофармакотерапияни тўғри танлашда намаоён бўлади, бу ўз ўрнида асоратлар ва қолдиқ кўринишларнинг олдини олишга, ногиронлик ва психоневрологик диспансерда ётоқ кунларини қисқартиришга ёрдам беради.

Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги: иқтисодий самарадорликни ҳисоблаш психофармакотерапия харажатларини камайтиришга боғлиқ (қимматроқ антипсихотикларнинг такрорий рецептлари, шунингдек, асоратлар ва қолдиқ намоён бўлган тақдирда кўшимча дори-дармонлар ва реабилитация даволаш чоралари). Диагностика ва психофармакотерапия алгоритмларини жорий этиш ремиссияларнинг давомийлиги ва сифатини оширади, беморларнинг ҳаёт сифатини оширади ва шу билан касалхонага ётқизиш частотасини, касалхонада қолишни, хуружларни камайтириш ва қиммат дори воситалари харажатларини қисқартиради.

Беморларда даволаш харажатларини камайтиришнинг иқтисодий самарадорлигини ҳисоблаш (қимматроқ антипсихотикларни буюриш ёки бир нечта антипсихотикларни қўллаш зарурати йўқолади).

Хулоса: шундай қилиб, бир беморни касалхонада даволаш ўртача 10,9 млн. сўмни ташкил этади, шунингдек, бундай беморларни амбулатор даволаш учун ўртача 4,7 млн. сўм сарфланади (*Андижон вилоят психоневрология диспансери 2023 йил (йиллик) бухгалтерия ҳисоботларига асосан*), эпизодик шизофрениянинг ўткир хуружларининг олдини олиш, касалхонага ётқизишлар сонини камайтириш ва ремиссия муддатини кўпайтириш, ўз навбатида, ҳар бир беморга сарфланаётган маблағларнинг 2 баробар тежаш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 4 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

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

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида тадқиқотнинг долзарблиги асосланган, мақсад ва вазифалар шакллантирилади, тадқиқот предмети ва объекти аниқланган; тадқиқотнинг республика фан ва техникасини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги асослаб берилган ҳамда тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий аҳамияти баён этилган, олинган натижаларни амалиётга татбиқ этиш, нашр этиш тўғрисида, тадқиқот натижалари ва диссертация тузилиши ҳақидаги маълумотлар маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **биринчи боби** – «Хуружсимон (эпизодик) турда кечувчи шизофрениянинг прогнози ва натижалари билан боғлиқ муаммонинг

замонавий ҳолати» - диссертация мавзусига оид халқаро тадқиқотларнинг изчил таҳлилини тақдим этилади. Эпизодик шизофрениянинг клиник турларини тавсифлашнинг аҳамияти билан бир қаторда ремиссияларнинг клиник типологияси ва уларнинг беморларни ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси билан боғлиқлиги катта аҳамиятга эга. Ушбу бобда масаланинг аҳамияти ҳақидаги илмий далиллар ва кейинги илмий тадқиқотлар зарурлигини кўрсатувчи қарама-қарши фикрлар акс эттирилган.

Иккинчи боб – «Материалнинг умумий тавсифи ва тадқиқот усуллари» - текширилган беморларнинг умумий хусусиятлари ҳақида маълумотни ўз ичига олади, шунингдек, қўлланиладиган тадқиқот усуллари ҳақида маълумотни тавсифлайди. Андижон вилояти психоневрология диспансерида рўйхатга олинган, Андижон шаҳрида яшовчи, касаллиги 20 йилдан ортиқ давом этган эпизодик шизофрения билан оғриган 322 нафар бемор клиник-эпидемиологик, клиник-анамнестик, клиник-катамнестик ва клиник-психопатологик текширувдан ўтказилди. (1-расм).

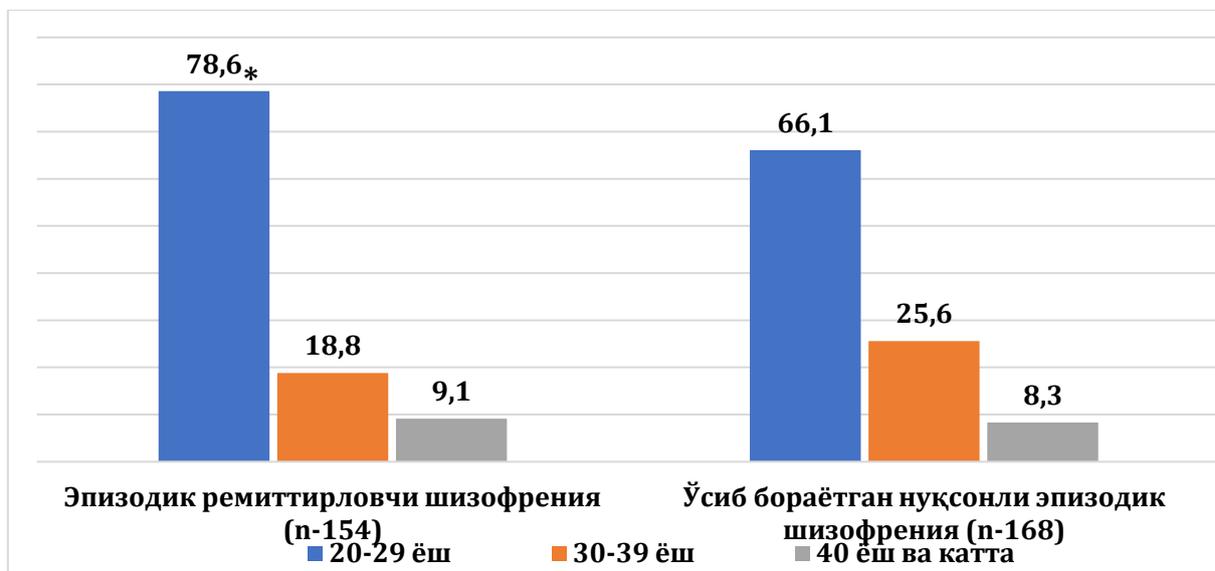


1-расм. Беморларнинг шизофрения жараёнининг шакллари бўйича тақсимланиши

154 (47,8%) беморда эпизодик ремиттирловчи шизофрения (ЭРШ) ташхиси қўйилган, улардан 78 (50,6%) эркаклар, 76 (49,4%) аёллар, 168 нафар беморда (52,2%) ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения ташхиси қўйилган, улардан 84 (50,0%) эркаклар, 84 (50,0%) аёлларни ташкил этади.

Касалликнинг узоқ давом этиши шизофрения шаклини катта аниқлик ва етарлича ишончлилик билан ҳукм қилиш имконини беради.

Шунга кўра, беморлар касалликнинг узоқ давом этиши билан ажралиб турди, улар 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган: бунда 20-29 ёш - 222 (69,9%) бемор, 30-39 ёш - 72 (22,3%) бемор. 40 ёш ва ундан кўп - 28 (8,7%) бемор. (2-расм)



2-расм. Ўрганилаётган беморларда касалликнинг давомийлигининг қиёсий таҳлили

Текширув вақтида ўрганилган беморларнинг ёши 28 ёшдан 80 ёшгача бўлган. Текширилаётган популяциядаги беморларнинг асосий қисмини ўрта ёшлилар ва қариялар ташкил этди: 209 (64,9%) бемор 50 ёшдан ошган (бу ушбу беморларнинг касаллигини узоқ давом этиши билан боғлиқ). Текширув вақтида ёш гуруҳлари ва беморларнинг жинси ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмади, ЎБНЭШда 60 ёш ва ундан катта ёшдагилар бундан мустасно, бу ерда эркаклар сезиларли даражада устунлик қилади.

Шахснинг ижтимоий ва преморбид хусусиятлари мажмуасига қуйидагилар киради: ирсият, преморбид, экзогения, касалликнинг бошланиш ёши, таълим даражаси, касбий малакаси, касалликнинг бошланиши пайтидаги беморларнинг оилавий аҳволи.

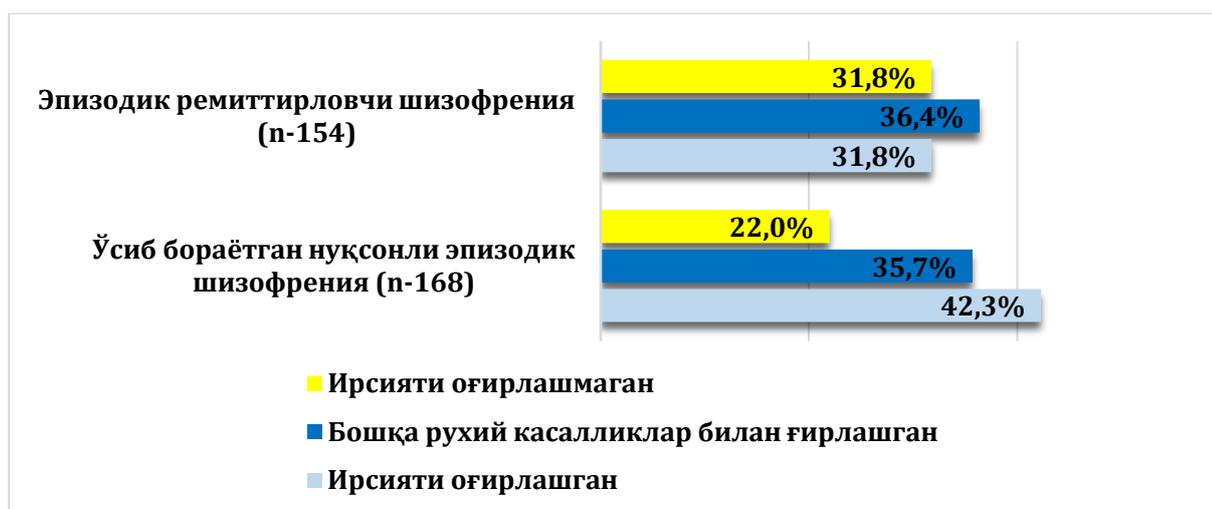
Қуйидаги клиник мезонлар қўлланилди: касалликнинг бошланиши табиати, клиник хусусиятлар ва манифест хуружининг давомийлиги, биринчи ремиссиянинг клиник хусусиятлари ва хуружлар сони.

Бундан ташқари, биз эпизодик шизофрения (ЭШ) ривожланишининг 3 та даражасини аниқладик, улар учта гуруҳга бирлаштирилди: **A** - суст прогредиент (кулай-I); **B** - ўртача прогредиент (ўртача - II); **C** - ифодаланган прогредиент (нокулай - III).

Ижтимоий мезон сифатида биз М.Л.Аграновский (1992) томонидан таклиф қилинган ижтимоий ва меҳнатга мослашиш даражаларидан фойдаландик: **I даража** - бир хил даражадаги ижтимоий ва меҳнатга мослашиш (касалликдан олдинги каби); **II даража** - ижтимоий мослашувнинг қисқариши (чекланган ижтимоий алоқалар, ижтимоий ҳаётдан ажралиб туриш, умумий манфаатлар доирасини торайтириш) ва шу билан бирга профессионал (малакани ва касбий манфаатларни бир хил даражада ушлаб туриш); **III даража** - ижтимоий ва касбий мослашувнинг пасайиши (малаканинг пасайиши, касбий қизиқишларнинг йўқолиши, иш қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши). **IV даража** - Декомпенсацияланган («касалхона» тури).

Диссертациянинг учинчи – «Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий преморбид шахсий хусусиятлари комплексининг амалий аҳамияти» **бобида** «ижтимоий-преморбид» шахс хусусиятлари комплексини батафсил тавсифланган. Ушбу комплекс касалликнинг бошланиши давридаги беморларнинг характерологик хусусиятлари, ирсияти, ёши, маълумоти, малакаси ва оилавий аҳволини ўз ичига олади.

Ирсият оғирлашишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, руҳий касалликлар билан итсият оғирлашиши (3-расм) 236 (73,3%) беморда (мос равишда 32,6% - 40,7%) аниқланган, улардан 120 (37,3%) шизофрения билан касалланган (мос равишда 31,8% - 42%), бошқа руҳий касалликлар - 116 (36,0%) беморларда (мос равишда 36,4% - 35,7%).



3-расм. Тематик беморларнинг ирсият оғирлашишининг қиёсий тавсифи

Руҳий касалликлар билан ирсиятнинг оғирлашиши ва ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланди, бу эса ноқулай прогностик омил ҳисобланади.

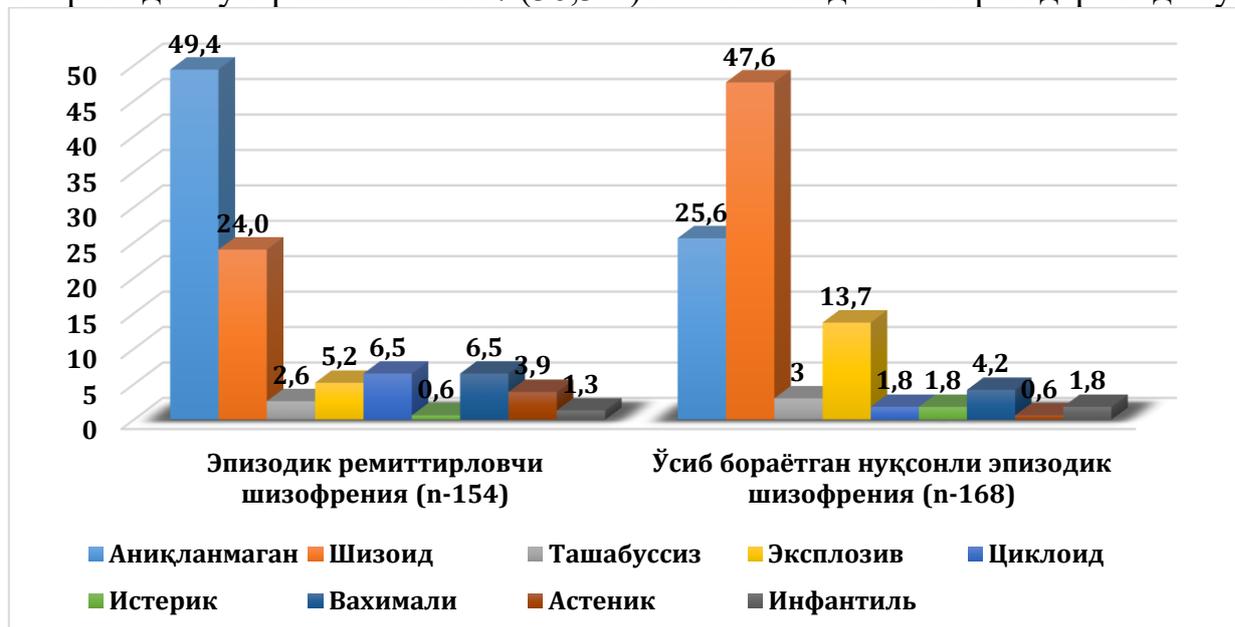
86 (26,7%) беморда (мос равишда 31,8% - 22,0%) қариндошлар орасида ирсият оғирлашиши бўлмаган ва бу эпизодик ремиттирловчи шизофренияда анча тез-тез қайд этилган. Қариндошлар орасида шизофрения касаллиги билан ирсиятнинг оғирлашиши, аксинча, ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения билан кўпроқ боғлиқ бўлиб, бу, ушбу омилнинг ноқулай аҳамиятини кўрсатади.

Биринчи даражали пробандлар қариндошлари ўртасида ирсият оғирлашиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилинганда у 22,5% ни ташкил қилди ва эпизодик ремиттирловчи шизофрения билан оғриган беморларнинг қариндошлари орасида сезиларли даражада паст эканлиги аниқланди.

Ўрганилаётган беморларнинг ота-оналари орасида руҳий касалликларнинг частотаси 29,3%, болалар орасида - 20,3%, ака-ука ўртасида - 20,0. Бундан ташқари, касалликнинг иккала шаклидаги кўрсаткичларнинг нисбати ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг, ҳам ота-оналар орасида (мос равишда: 22,9 ва 35,1, $p < 0,05$) ва ҳам ака-ука ўртасида (мос равишда: 14,7 х 24,8%, $p < 0,05$) ва бу фарқ айниқса болалар орасида (мос равишда: 12,9% ва 31,7%, $p < 0,001$) сезиларли даражада намоён бўлган.

Биринчи даражали қариндошлардаги рухий касалликлардан энг кўп тарқалгани шизофрения бўлиб - 7,3% ва бу ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения учун кўпроқ хос бўлган.

Эпизодик шизофрения билан касалланган беморларнинг преморбид шахс хусусиятларига кўра тақсимланишининг қиёсий таҳлилида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланди. 120 (37,3%) беморларда преморбидда патологик белгилар мавжуд эмас эди ва бу ЭРШ билан оғриган беморларда сезиларли даражада тез-тез кузатилди, қолганларнинг барчасида маълум патологик белгилар мавжуд эди (4-расм). Энг катта гуруҳ преморбидда шизоид характерли (заиф, сезгир, реактив лабил шахслар, невротик реакцияларга мойиллик кўрсатадиган, хаёлпараст, психоэстетик нисбатга эга ёки ҳиссий жиҳатдан совуқ, мулоқотсиз ва регид, монотон ҳаракатлар ва унга нисбатан ҳаддан ташқари баҳоланган муносабат билан) бўлган беморлардан иборат эди. - уларнинг сони 117 (36,3%) ва ЎБНЭШда сезиларли даражада кўп.



4-расм. Касалликнинг бошланишида шахсий хусусиятларнинг қиёсий тавсифи

Беқарорлик, кўзғалувчанлик, кўполлик, ҳаракат кўзғалишлари, фантастика ва бўрттиришга мойиллик ва майл бузилишлари кўринишидаги эксплозив характер хусусиятлари 31 (9,6%) беморда кузатилган ва ЎБНЭШ билан оғриган беморларга хос бўлган ($p < 0,05$).

16 (5%) беморда аниқланган ташвишли-шубҳали табиат кўринишидаги психоастеник белгилар касалликнинг иккала шаклида ҳам бир хил даражада аниқланган. Биполяр ва монополяр аффектив кўринишлар билан намоён бўлган циклоид турдаги шахслар 13 (4,0%) беморда, лекин ЭРШда кўпроқ аниқланган. Шизоид типдаги астеник шахслар 7 (2,2%) беморда ва ЭРШда кўпроқ мавжуд.

Ташаббуссиз шахслар кўпинча иккала шаклда ҳам деярли бир хилда аниқланган- 9 (2,8%) бемор, булар суст, пассив, инстинктлари, ҳиссий реакциялари ва қизиқишлари камбағал, шунингдек, "намунали болалар", итоаткор, болаларча эҳтиёткорлик билан. Эҳтиёткорлик; ҳам психофизик, ҳам

аклий етуклик устунлиги бўлган инфантил шахслар - 5 (1,6%) бемор, истерик шахслар - 4 (1,2%) беморда кузатилган.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, преморбидда патологик белгиларнинг йўқлиги ёки тимопатик ва астеник белгиларнинг мавжудлиги қулай прогностик омил бўлиб, шизоид (биринчи навбатда) ёки эксплазив характер белгиларининг мавжудлиги эпизодик шизофрения билан оғриган беморлар учун ноқулай прогноз омилидир.

Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг тақсимланишини қиёсий таҳлил қилишда касаллик кўпинча эрта ўрта ёшда (41,3%), шунингдек, ўсмирлик даврида (29,5%) бошланганини кўрсатди. Камроқ, касаллик ўсмирлик даврида (12,7%) ва иккинчи ўрта ёшда (11,5%) бошланади. Ва фақат 16 (5,0%) бемор болалик даврида касал бўлганлиги аниқланган. Бундан ташқари, болалик ва ўсмирлик даврида касалликнинг эрта бошланиши кўпинча ЎБНЭШ билан боғлиқ бўлди.

Касалликнинг ўз-ўзидан бошланиши 134 (41,6%) беморда, кўпинча ЭРШда кузатилган. 188 (58,4%) беморда касалликнинг экзоген кўзғатилган бошланиши қайд этилган, лекин кўпинча ЎБНЭШ доирасида. Экзогениялар орасида энг катта улуш психогенияга тегишли - 19,8%, кейин инфекциялар тахминан бир хил частотада содир бўлган - 8,4%, аёлларда ҳомиладорлик ва туғиш - 8,4%, эркакларда алкоголизм (гиёҳвандлик) - 8,4%, бу кўпроқ ЎБНЭШда кузатилди. Экзогениянинг биргаликдаги таъсири 6,4% ҳолларда қайд этилган ва ҳар бирида 3,4% ҳолларда соматогения ва бош мия шикастланиши касалликнинг бошланишига сабаб бўлган. ЭРШнинг психоген дебюти бўлган гуруҳдаги аёлларнинг, шунингдек, шизофрениянинг иккала шакли дебютида алкоголизм ва гиёҳвандлик таъсири остида бўлган эркакларнинг сезиларли даражада устунлиги характерлидир.

Психогения сифатида биз тўсатдан ва оғир руҳий жароҳатлар - руҳий ҳолатнинг ўзгариши билан кузатилган ёки ўша вақтга тўғри келган яқинларнинг ўлими, табиий офатлар, қутилмаган бахтсизликлар, фалокатлар, жисмоний ва руҳий фаровонликка таҳдид соладиган вазиятлар, келажакка таҳдид, ишдаги ва оиладаги жанжал ва низоларни кўриб чиқдик.

Ўткир инфекциялар кўпинча грипп юқори иситма, томоқ оғриғи, туғруқдан кейинги сепсис, менингит, эпидемик гепатит шаклида ва сурункали инфекциялар эса сил ва ревматизм кўринишидаги учраган.

Эпизодик ремиттирловчи шизофрения билан оғриган беморларнинг касалликнинг бошланиши вақтидаги таълим даражаси бўйича тақсимланиши эпизодик, ўсиб боровчи нуқсон билан кечучи шизофрения билан оғриган беморларнинг таълим даражасидан сезиларли даражада фарқ қилади. ЭРШ билан оғриган беморлар орасида касалликнинг бошланишида олий ва тўлиқ бўлмаган олий, ўрта ва ўрта махсус маълумотга эга бўлганлар анча кўп бўлган (мос равишда: 20,8% ва 10,1%, $p < 0,05$; 33,8% ва 12,5%, $p < 0,05$) ва ЎБНЭШ билан оғриган беморлар орасида тўлиқ бўлмаган ўрта маълумотга эга бўлмаган шахслар (мос равишда: 24,0% ва 52,4%, $p < 0,05$) кўполқ учраган.

Шундай қилиб, ЭРШ билан оғриган беморлар учун қулай омил - бу олий ва тўлиқсиз олий маълумот, ЎБНЭШ билан оғриган беморлар учун эса - ўрта

ва ўрта махсус таълим. Ва тўлиқ бўлмаган ўрта таълим ЭРШ ва ЎБНЭШ билан оғриган беморлар учун ноқулай омил ҳисобланади.

Ўрганилаётган гуруҳларда таълимнинг характерини ўрганиш, ЭРШ гуруҳида таълим даражаси бўйича тақсимланиш деярли тенг бўлганлиги, унчалик катта бўлмаган фарқлар (мос равишда 20,8% ва 33,8%, 21,3% ва 24,0%) аниқланди.

ЎБНЭШ гуруҳида, аксинча, таълимнинг паст даражаси сезиларли даражада устунлик қилди - "Тўлиқ бўлмаган ўрта таълим" - 88-52,4%. Ушбу патологияларнинг шаклланишининг энг муҳим нисбий хавфи "Олий ва тўлиқ бўлмаган олий" ва "ўрта ва ўрта махсус" маълумотли гуруҳларда кузатилади.

Касалликнинг бошланиши пайтида беморларнинг малака даражасини таҳлил қилишда эпизодик шизофрениянинг иккала тури учун умумий ва махсус корреляциялар аниқланди.

ЭРШда касалликнинг бошланишида ақлий меҳнат билан шуғулланадиган беморлар кўпроқ (мос равишда: 51,3% ва 13,1%, $p < 0,05$), малакасиз жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган беморлар эса ЎБНЭШ да (мос равишда: 14,3% ва 47,0%, $p < 0,05$).

Касбий малака даражасининг ролини баҳолаганда, нисбий хавф ақлий меҳнат билан шуғулланадиган одамларда ва аҳамиятсиз - малакали жисмоний меҳнатга эга бўлган одамларда кузатилади.

Касалликнинг бошланиши пайтида эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг оилавий аҳволи бўйича умумий тақсимот кўрсаткичлари ўртасида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланди. Эпизодик шизофрения билан оғриган беморлар орасида турмуш қурган беморларнинг сони сезиларли даражада юқори (мос равишда: 44,2% ва 10,1%, $p < 0,001$), ЎБНЭШ билан оғриган беморларда ажрашган ва бева қолган беморларнинг сони сезиларли даражада юқори (мос равишда: 7,1% ва 44,6%, $p < 0,001$).

ЭРШ билан оғриган беморлар учун касалликнинг бошланиши пайтидаги оилавий ҳолат омили прогностик аҳамиятга эга: турмуш қурган беморларда ижобий прогноз, турмуш қурмаганлар эса ривожланиш учун ноқулай прогнозга эга бўлган.

Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий ва меҳнатга мослашуви учун оиланинг тўлиқлиги, яъни бемор яшайдиган оиланинг таркиби каби оила ва уй ҳўжалиги мослашувининг кўрсаткичи катта аҳамиятга эга. Беморларнинг ушбу гуруҳининг оила таркибини ўрганиш уларнинг ижтимоий мослашувини баҳолаш учун ҳам, беморларнинг яшаш шароитларини ва аҳолининг уларга нисбатан бағрикенглигини тавсифлаш учун ҳам катта аҳамиятга эга.

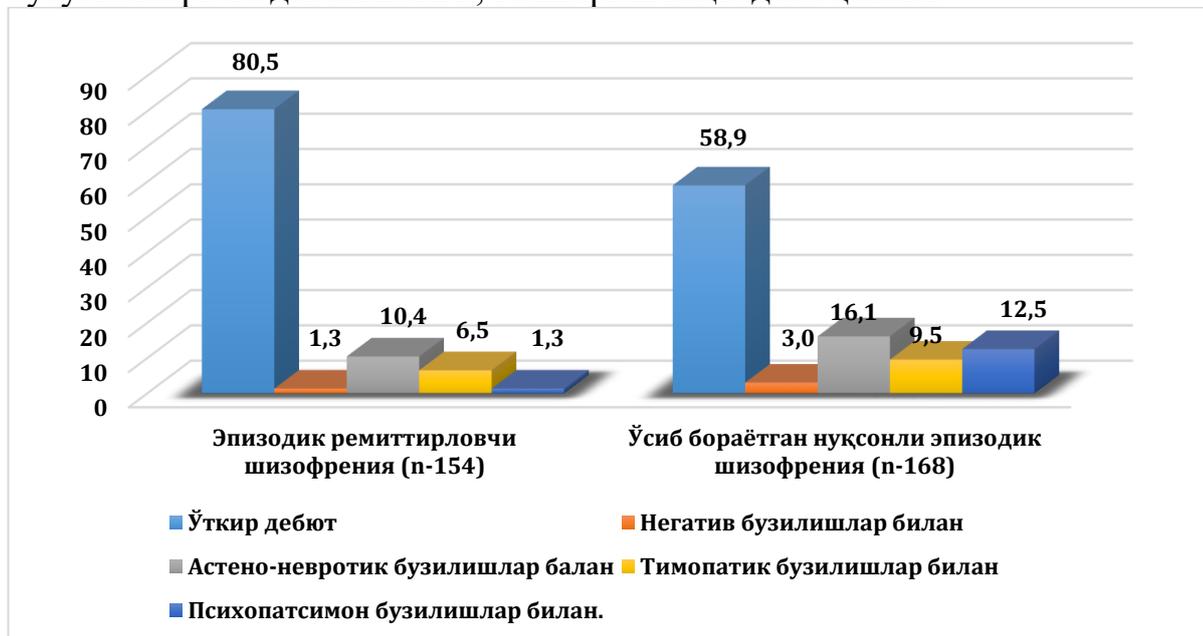
Касалликнинг узок давом этиши билан кечган эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг "ижтимоий преморбид" шахс хусусиятлари мажмуасини қиёсий клиник ва эпидемиологик ўрганиш шизофрениянинг иккала турига хос бўлган ва ҳар бири учун алоҳида аҳамиятга эга бўлган эрта прогнознинг ишончли муҳим мезонларини аниқлашга имкон берди.

Бинобарин, эпизодик шизофрения дебютининг ривожланиши учун энг қулай шарт-шароитлар ирсият оғирлашишининг йўқлиги, преморбиднинг "нормал" тури, ёши каттароқ ва касалликнинг ташқи таъсирларсиз бошланиши

хисобланади. Шизофрения билан ирсиятнинг оғирлашганлиги, шизоид турдаги преморбид, касалликнинг эрта бошланиши ва касалликнинг экзогения натижасида бошланиши (айниқса, алкоголизм, гиёҳвандлик, инфекциялар ва уларнинг биргаликдаги таъсири) кейинги ЎБНЭШ билан боғлиқ, яъни у эпизодик шизофрения прогнози учун ноқулай мезондир.

Диссертациянинг «Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг клиник прогнозини аниқлаш учун клиник омиллар мажмуаси» деб номланган тўртинчи бобида эпизодик кечувчи шизофрениянинг эрта клиник прогнози аниқлашда касалликнинг 1-цикли клиник омиллар мажмуасининг роли ўрганилган.

Клиник омиллар сифатида қуйидагилар ўрганилди: дебютнинг табиати, дастлабки (манифест) хуружнинг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, биринчи ремиссиянинг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, бошдан кечирилган хуружларнинг клиник хусусиятлари ва сони, кейинги ремиссияларнинг клиник хусусиятлари ва давомийлиги, текшириш вақтидаги ҳолати.



5-расм. Касалликнинг бошланишининг қиёсий таҳлили

Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларда касаллик бошланишининг тақсимланишини қиёсий таҳлил қилишда (5-расм) касалликнинг ўткир бошланиши 223 беморда (69,3%) кузатилганлиги ва сезиларли даражада кўплиги аниқланиб, кўпроқ ЭРШда аниқланди (мос равишда: 80,5% -58,9%).

Шуниси эътиборга лойиқки, кўп ҳолларда шизофрениянинг иккала шаклида ҳам касаллик ўткир хуруж билан бошланган.

Касалликнинг астено-невротик, тимопатик, психопатик ва бошқа негатив бузилишлар билан бошланиши 99 (30,7%) беморларда ва аксинча, кўпинча ЎБНЭШ (мос равишда: 19,5% - 41,1%), бу касалликнинг бошланиши табиатининг нисбий диагностик қийматини кўрсатади.

Касалликнинг негатив бузилишлар билан бошланиши 7 (2,2%) беморда (мос равишда: 1,3 ва 3,0%), астено-невротик - 45 (14,0%) беморларда (мос равишда: 10,4 ва 16,1%), субаффектив - 26 (8,1%) беморларда (мос равишда:

6,5 ва 10,9%) ва психопатсимон - 21 (6,5%) беморларда (мос равишда: 1.3% ва 11,9%), $p < 0,01$) кузатилди. Касалликнинг иккала шаклида ҳам бошланиш характери қиёсий таҳлил қилишда ЎБНЭШдаги касаллик кўпинча инициал бузилишлар билан бошланганлиги аниқланди. Касалликнинг ўткир бошланиши эса ЭРШда тез-тез кузатилди.

Шундай қилиб, касалликнинг ўткир психотик хуруж билан бошланиши қулай омил бўлиб, касалликнинг инициал бузилишлар билан бошланиши ЭШнинг клиник прогнозини аниқлаш учун ноқулай омил ҳисобланади.

Клиник омилларнинг намоён бўлиш хавфи ва биринчи ремиссияни шакллантиришдаги роли масаласи очик қолмоқда, гарчи индивидуал омилларнинг ва биринчи навбатда экзоген омилларнинг роли жуда яхши ўрганилган.

Дастлабки (манифест) хуружнинг клиник кўринишини қиёсий таҳлил қилиш. 1-жадвал.

Дастлабки (манифест) хуружнинг клиник кўриниши	Эпизодик ремиттирловчи шизофрения (n-154)		Ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения (n-168)		ЖАМИ	
	абс	%	абс	%	абс	%
Депрессив	35	23.4	16	9.5	51	15.6
Атипик депрессия	44	28.6	34	20.2	78	24.5
Маниакал	17	11.0	6	3.6	23	6.6
Атипик мания	14	9.1	13	7.7	27	8.1
Қўш аффектив	6	3.9	5	3.0	11	3.2
Онейроид	35	22.7	27	16.1	62	19.6
Галлюцинатор-васваса	-	-	38	22.6	38	12.9
Параноид	-	-	17	10.1	17	5.2
Катотоник	-	-	9	5.4	9	2.6
Маълумот йўқ	3	1.9	3	1.8	6	1.8
ЖАМИ:	154	100,0	168	100,0	322	100,0

Дастлабки хуружни ривожланиш хавфини ва биринчи ремиссияни шаклланишини клиник омилларини таҳлил қилишда биз "хужум-ремиссия" цикли тушунчасидан фойдаландик.

Кўпинча, ЭШнинг аниқ эпизод клиник тури (1-жадвал) депрессия белгилари билан чекланган эди 15,6% (мос равишда: 23,4% ва 9,5%), бундан ташқари атипик депрессия - 24,5% (мос равишда: 28,6% ва 20, 2%) кузатилди.

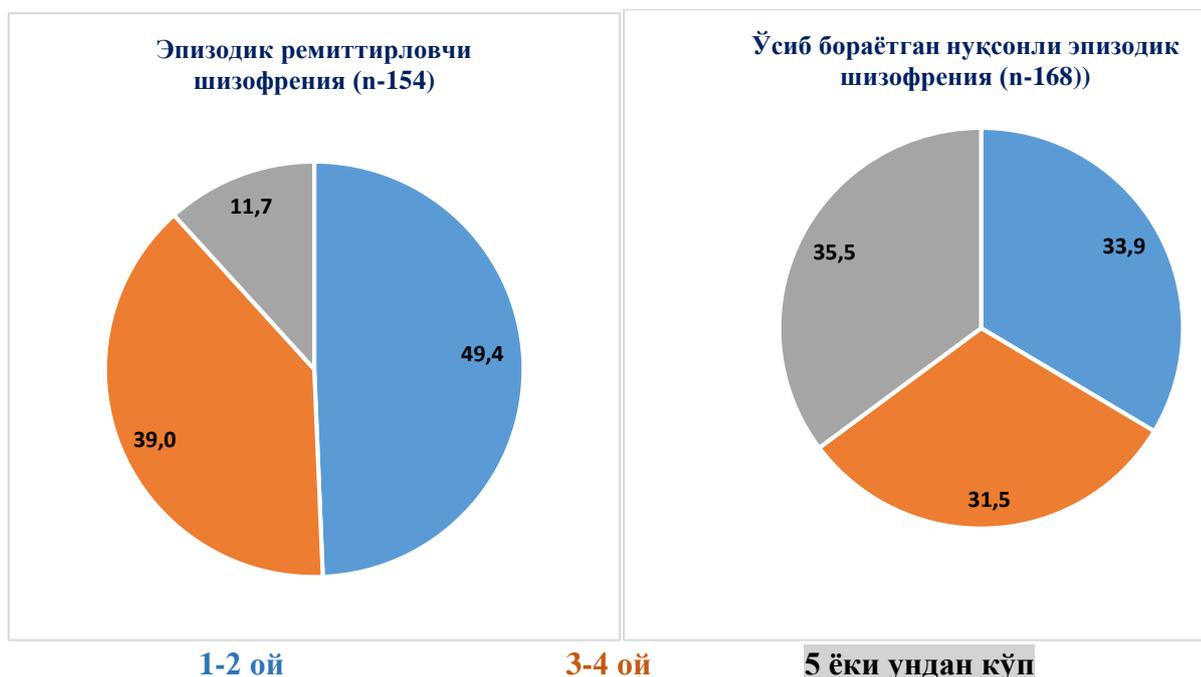
Онейроид синдромлар аниқ эпизодларга қараганда икки барабар кўп учради - 19,6% (мос равишда: 22,7% ва 16,1%).

Бундан келиб чиқадики, касалликнинг бошланиши аффектив эпизодлар билан бирга келади, асосан "соф" депрессив эпизодлар, кейинчалик ЭРШ билан боғлиқ. Шизофрения спектрининг касалликлари орасида аффектив симптомларнинг яққол намоён бўлиши, айниқса, эпизодик шизофрениaning шизоаффектив вариантыга яқин бўлган шизоаффектив психозларда юқори. Иккала шаклда ҳам қўш аффектив хуружлар тез-тез учрайди; эпизодик

ремиттирловчи шизофренияда онейроид хужумлар кўпроқ учрайди. Ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения эса фақат ўткир галлюцинатор-васваса ва кататоник-параноид хуружлар билан бошланган.

Дастлабки (манифест) хуружнинг давомийлиги клиник прогноз учун анча муҳимдир. Дастлабки (манифест) хуружнинг турли муддатлари билан эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг тақсимланишининг қиёсий таҳлилида (6-расм) статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланди.

133 (41,3%) беморда дастлабки (манифест) хуруж фақат 1-2 ой давом этди, кўпинча эпизодик ремиттирловчи шизофренияда. 3-4 ой давом этган хуружлар 113 (35,1%) беморда кузатилган, касалликнинг иккала шаклида ҳам бир хил даражада, 5 ой ёки ундан кўпроқ давом этган дастлабки (манифест) хуружлар 76 (23,6%) беморда кузатилган, аммо ЎБНЭШда кўпроқ учраган.

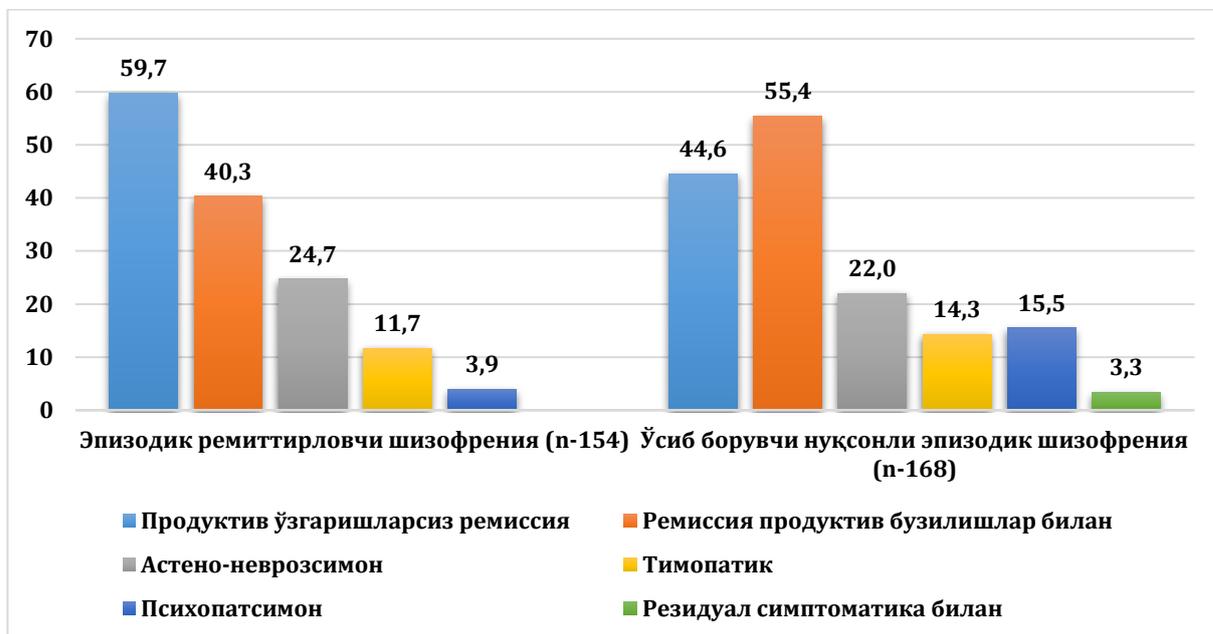


6-расм. Дастлабки (манифест) хуружнинг давомийлиги бўйича беморларнинг тақсимланишининг қиёсий таҳлили

Юқоридаги иккита омилнинг комбинацияси асосида аниқ хуружлар давомийлигини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ЭРШда ирсияти оғирлашмаган ва тўсатдан бошланган беморлар гуруҳида хуружлар энг қисқа бўлган.

Бу касалликнинг ушбу шакли бўлган беморларнинг бошқа гуруҳлари билан солиштирганда ҳам, ЎБНЭШ билан касалланган беморларнинг ушбу тоифаси билан солиштирганда ҳам аниқланди. Дастлабки (манифест) хуружнинг энг узоқ давом этиши ЎБНЭШда кўпроқ кузатилган. Бундай беморларда қуйидагилар қайд этилди: эркакларда - алкоголизм ва гиёҳвандлик (18,0%), психогения (20,7%) ва қўшма экзогения (психогения ва алкоголизм - 5,5%), аёлларда - психогения (26,5%), инфекциялар (10,8%) ва комбинацияланган таъсирлар (5,3%). Эҳтимол, ушбу материаллар инфекциялар, алкоголизм (гиёҳвандлик) ва экзогенларнинг, шу жумладан жарроҳлик аралашувларнинг биргаликдаги таъсири каби ташқи омилларнинг ўзига хос патогенлиги ҳақидаги ҳукмни исботлайди.

Дастлабки (манифест) хуружнинг давомийлиги бўйича спонтан ривожланиш ЭРШда энг кулай ва ЎБНЭШда энг нокулай бўлиб чиқди. 167 (51,8%) беморларда ЭРШ доирасида энгил шахсий ўзгаришлар билан интермиссия ва ремиссиялар кўпроқ шаклланганлиги аниқланди. (7-расм).(мос равишда 59.7%-44.6%).

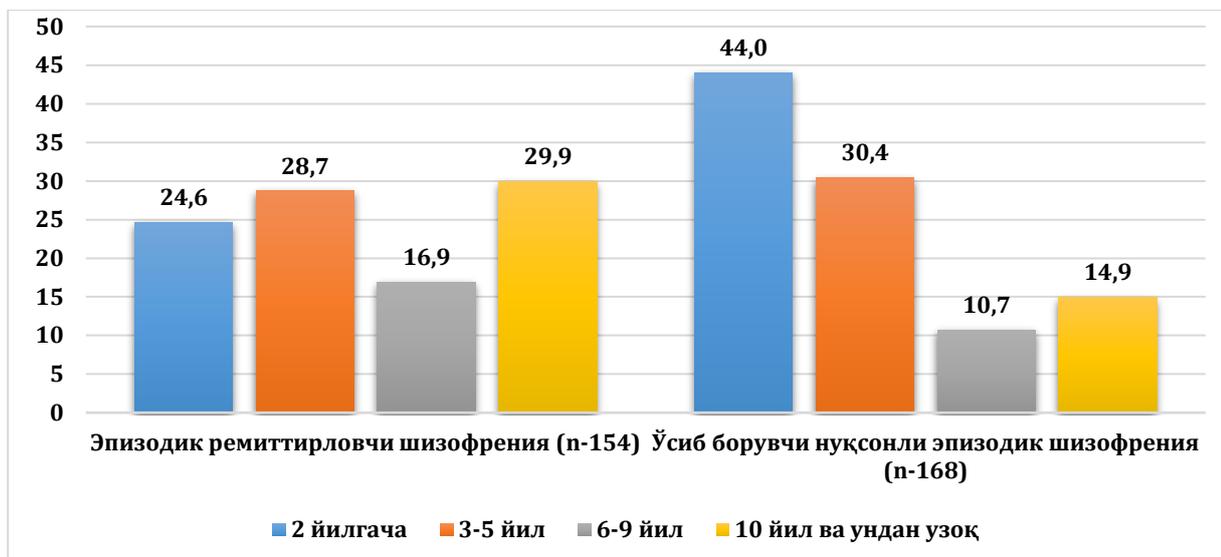


7-расм. Биринчи ремиссиянинг клиник кўриниши бўйича ўрганилган беморларнинг қиёсий таҳлили

155 (48,2%) беморда продуктив бузилишлар билан ремиссия кузатилди (мос равишда 40.3%-55.4%), лекин кўпинча ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда; ремиссия давридаги 75 (23,3%) беморларда астено-невротик аломатлар кузатилди (мос равишда 24.7%-22.0%) - ремиссиянинг бу тури касалликнинг иккала шаклида тенг даражада содир бўлди. Тимопатик ремиссиялар 42 (13,0%) беморда қайд этилган, шунингдек, тахминан тенг даражада (мос равишда 11.7%-14.3%).

32 (9,9%) беморда ремиссия давридаги психопатсимон бузилишлар қайд этилган ва улар ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения билан боғлиқ (мос равишда 3.9%-15.5%). Ва фақат касалликнинг шу турида қолдик симптоматика билан ремиссиялар кузатилди - улар 6 (1,9%) беморда аниқланди.

2 йилдан кам давом этган ремиссия 112 (34,8%) беморда, кўпинча ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда кузатилди. 3 йилдан 5 йилгача ва 6 йилдан 9 йилгача давом этадиган ремиссиялар мос равишда 95 (29,5%) ва 44 (13,6%) беморда аниқланиб, касалликнинг иккала шаклида ҳам бир хил даражада тез-тез учраши кузатилди (8-расм). Ўн йилдан ортиқ давом этган узок муддатли ремиссиялар 71 (22,0%) беморларда аниқланди, эпизодик ремиттирловчи шизофренияда кўпроқ аниқланди (8-расм).



8-расм. Текширилган беморларда биринчи ремиссиянинг давомийлиги бўйича қиёсий таҳлили.

Беморларнинг хуружлари сони таҳлили шуни кўрсатдики, улардан 141 (43,8%) нафари бирдан учтагача хуруждан азият чеккан ва бу жараённинг ремиттирловчи турига хосдир.

110 (34,2%) нафар бемор бутун касаллик давомида тўрттадан тўққизтагача хуруждан азият чекди ва бу рақам шизофрениянинг иккала шаклида ҳам бир хил даражада содир бўлди. Касаллик даврида 10 ёки ундан ортиқ хуружга учраган 71 (22,0%) беморлар бор эди ва уларнинг сони, аксинча, ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда сезиларли даражада устун келди.

Касалликнинг кечиб бораётган вариантларини қиёсий таҳлил қилишда регредиент варианты барча гуруҳлардаги ремиттирловчи шизофренияда, прогрессив вариант эса кучайиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда сезиларли даражада аниқланганлиги кузатилди.

Регредиент варианты 169 (52,5%) беморда аниқланди ва табиийки, кўпинча ремиттирловчи шизофрения доирасида аниқланди.

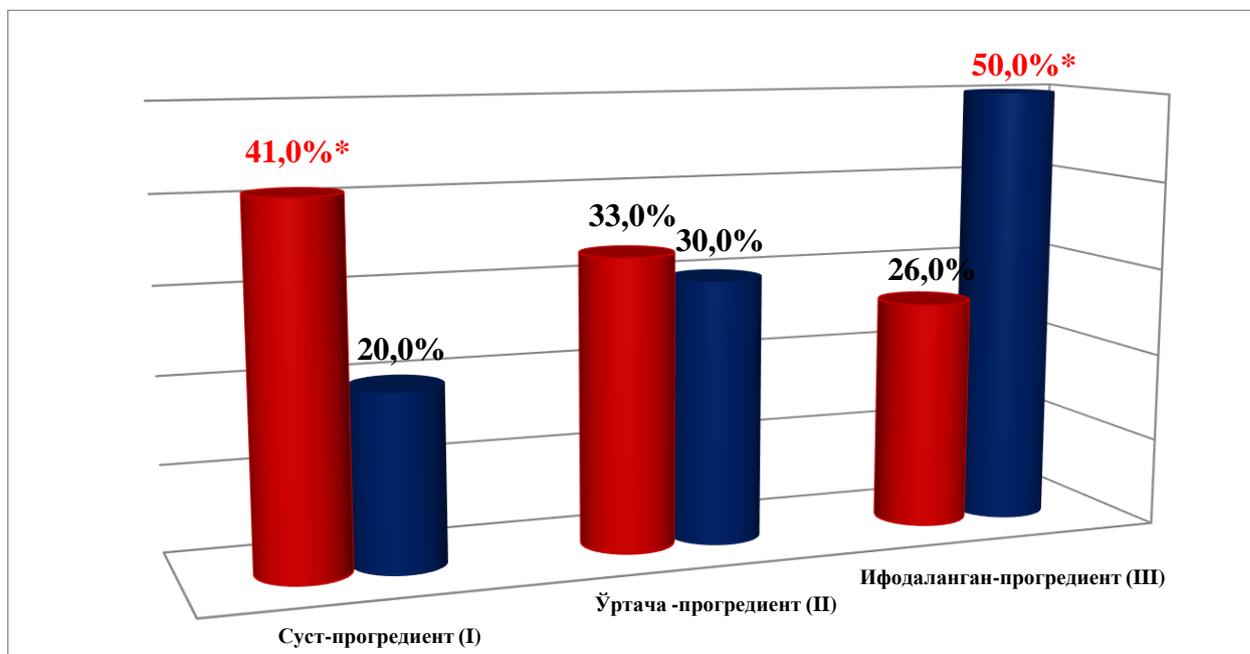
Прогредиент вариант 153 (47,5%) беморда аниқланди, лекин кўпинча ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда кузатилди.

Клиник ва ижтимоий мезонлар тўпламига асосланиб, эпизодик шизофрения прогредиентлик тезлигининг 3 даражаси (9-расм) аниқланди:

I – сустр-прогредиент (қулай): оз сонли хуружлар (3 тагача) ва уларнинг қисқа давомийлиги (1-2 ой), хуружларда "соф" аффектив аломатларнинг устунлиги, энгил негатив бузилишлар билан ва (ёки) астеник аломатлар билан 5-10 йилдан ортиқ узоқ ва турғун ремиссиялар (айниқса охиргиси).

II – ўртача прогредиент (ўртача): хуружларнинг ўртача сони (3 дан 6 гача), бир хил давомийлиги (3 ойдан 4-5 ойгача), типик ва атипик аффектив аломатлар, онейроид (шу жумладан кататоник аломатлар), депрессив-параноид хуружлар, неврозсимон ва тимопатик аломатлар билан етарлича доимий бўлмаган ва қисқа муддатли ремиссиялар (1-2 йил).

III-ифодаланган прогредиент (ноқулай): Кандинский-Клерамбо синдроми, шу жумладан, (галлюцинациялар, васваса, кататоник киритмалари (ЎБНЭШ да) билан) 4-6 ой давомийлиги, атипик депресив хуружлар устунлиги билан хуружлар етарлича катта сони (6 дан ортик), қисқа беқарор ремиссиялар (кўпинча 1 йилдан кам) продуктив аломатлар билан-неврозсимон, субаффектив кайфият ўзгариши, психопатсимон бузилишлар ва қолдиқ галлюцинатор-васвасали бузилишлар.



• **Эпизодик ремиттирловчи шизофрения (n-154)**

• **Ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения (n-168)**

9-расм. Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларни текшириш вақтида прогредиентлик тезлиги бўйича тақсимлаш

ЭШ кечиш турига қараб беморларининг прогредиентлик даражаси бўйича тақсимланишини қиёсий таҳлил қилишда статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланди. ЭРШ 63 (40,9%), ($p < 0,01$) ва ўртача прогредиент даражаси ЎБНЭШ 84 (50,0%) билан ўзаро боғлиқ бўлган прогредиентликнинг заиф прогредиент даражаси. ($p < 0.01$).

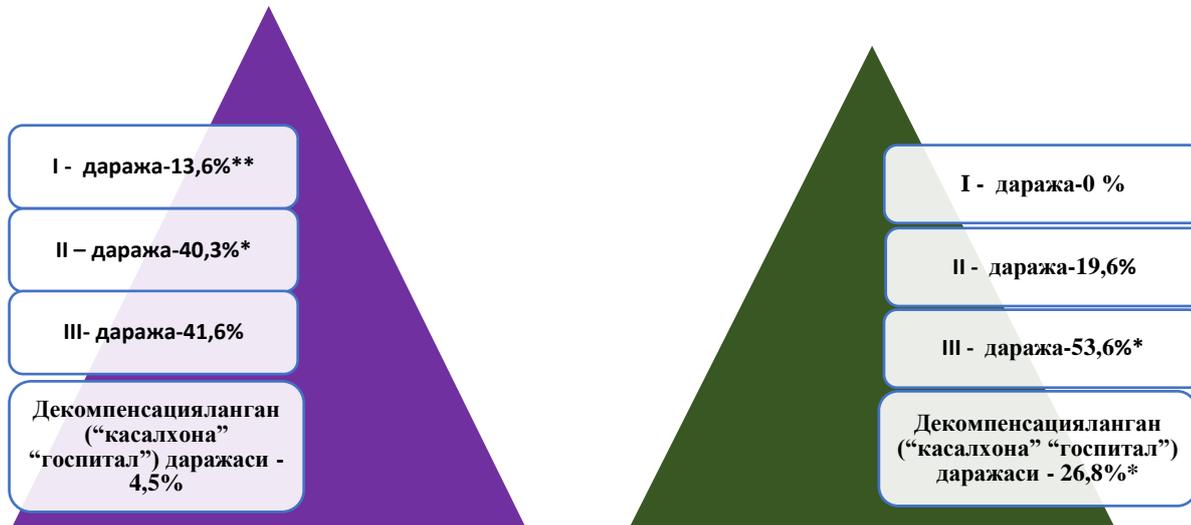
Клиник прогнознинг муҳим ва якуний босқичи бўлган ижтимоий ва меҳнатга мослашиши, тегишли клиник, биологик ва ижтимоий омилларга асосланган бўлиши керак (10-расм).

I-мослашув даражаси-21 (6,5%) беморда, кўпроқ эпизодик ремиттирловчи шизофренияда аниқланган. (мос равишда 13,6%-0%; $p < 0,001$).

II - мослашиш даражаси-95 (29,5%) беморларда, кўпроқ эпизодик ремиттирловчи шизофренияда аниқланган (мос равишда 40,3% -19,6%; $p < 0,01$).

III - мослашиш даражаси-154 (47,8%) беморларда, кўпроқ ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда аниқланган (мос равишда 41,6% -53,6%; $p < 0,05$).

IV - декомпенсацияланган (“касалхона” “госпитал”) даражаси-52 (16,1%) беморда, кўпроқ ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения да аниқланган (мос равишда 4,5% -26,8%; $p < 0,01$)



- Эпизодик ремиттирловчи шизофрения (n-154)

- Ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения (n-168)

10-расм. Текширув вақтида эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий ва меҳнатга мослашиш даражасининг қиёсий тавсифи

Шундай қилиб, ЭШнинг клиник омилларини ўрганишда касалликнинг ўз-ўзидан пайдо бўлиши ЭРШда кўпроқ кузатилиши ва касалликнинг экзоген тарзда бошланиши ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения билан боғлиқлиги, яъни бу ҳам эпизодик шизофрения ривожланиши учун ноқулай мезон эканлиги аниқланди.

Суст, экзоген қўзғалган, бошланғич астено-невротик (14,0%), тимопатик (8,1%), психопатик (6,5%) ва салбий (2,2%) бузилишлар билан бошланган бузилишлар ЎБНЭШда устунлик қилди.

ЭРШ кўпинча тимопатик бузилишлар ва астено-неврозга ўхшаш аломатлар билан бошланади. Психопатсимон бузилишлар билан касалликнинг бошланиши кўпроқ ЎБНЭШ кузатилди.

Эпизодик шизофрениaning биринчи циклининг ривожланишини ўрганиш шуни аниқлашга имкон бердики, кўпинча эпизодик шизофрениaning дастлабки (манифест) хуружининг клиник кўриниши депрессия белгилари (15,6%), шу жумладан атипик депрессия (24,5%), онейроид ҳолатлар (19,6%), маниакал синдромлар (6,6%), шу жумладан атипик маниялар (8,1%) билан чегараланган. Бошланиши, биринчи навбатда, "соф" депрессив, аффектив хужумлар билан, кейинчалик ЭРШ билан боғлиқ.

ЎБНЭШда беморларнинг барча гуруҳларида ўткир галлюцинатор-васвасали хуружлар устунлик қилди. Аниқ хуружнинг энг қисқа муддати

(икки ойдан кўп бўлмаган) 133 (41,3%) беморда, кўпинча ЭРШда кузатилган. Биринчи хуружнинг энг узоқ давом этиши (5 ой ёки ундан кўп) беморларнинг 23,6 фоизида ва ЎБНЭШда сезиларли даражада тез-тез кузатилган. Енгил шахс ўзгаришлар билан "тикланиш" ҳолати беморларнинг 48,2 фоизида, кўпинча ЭРШ доирасида шаклланган. 167 (51,8%) беморда продуктив бузилишлар билан ремиссиялар қайд этилиб, кўпинча ЎБНЭШда кузатилди.

Биринчи ремиссиянинг энг қисқа муддати (икки йилдан кам) 112 (34,8%) беморда, ЎБНЭШ доирасида сезиларли даражада тез-тез кузатилган. 10 йил давомида узоқ муддатли ремиссиялар 71 (22,0%) беморда ва ЭРШда кўпроқ аниқланди.

Бинобарин, эпизодик шизофрениянинг биринчи циклининг ривожланишида ижтимоий ва преморбид шахс хусусиятларининг энг қулай комбинацияси ирсиятнинг оғирлашмаганлиги, преморбидда патологик характер хусусиятларининг йўқлиги ва ташқи таъсирсиз ривожланиши ҳамда касалликнинг катта ёшда бошланиши.

Экзоген провокацияли шизофрениянинг ирсият оғирлашиши, преморбиднинг шизоид тури ва экзоген омиллар таъсиридан қатъи назар, касалликнинг эрта бошланиши ноқулай аҳамиятга эгалиги аниқланди.

Шизофрения хуружларини ривожланиш хавфидаги клиник омиллар мажмуасининг прогностик аҳамиятини ўрганиш бизга қуйидаги қонуниятларни аниқлашга имкон берди;

Беморларнинг 43,5 фоизи оз сонли хуружларга (учтадан кўп бўлмаган) дучор бўлган (шундан 14,7 фоизида фақат битта хуруж), кўпинча ЭРШда кузатилди.

Беморларнинг 21,7 фоизида кўп сонли хуружлар (ўн ёки ундан кўп) қайд этилди ва ЎБНЭШда юқориқ кўрсаткичлар аниқланди. Бир неча марта хуружгага учраган беморлар 85,3% ни ташкил этди.

Касалликнинг ривожланишини, жараённинг фаоллигини, ремиссияларда негатив ва позитив белгиларнинг комбинациясини ҳисобга олган ҳолда, эпизодик шизофрениянинг иккита варианты аниқланди: прогредиент (47,5%) ва регредиент (52,5%). Бундан ташқари, регредиент варианты беморларнинг барча гуруҳларида ЭРШда сезиларли даражада тез-тез аниқланди. Прогредиент вариант, аксинча, ЎБНЭШда анча кенг тарқалган.

Диссертациянинг «**Эпизодик шизофрения билан оғриган беморларда рецидивлар ва кучайишларнинг олдини олиш**» деб номланган **бешинчи боб**да экзогенияларнинг хуружлар сонидаги ўрни, шунингдек касалликнинг биринчи хуружидан кейин ногиронлик кўрсаткичлари, меҳнат қобилиятининг хусусиятлари, беморларнинг ремиссияларда қувватловчи терапияга боғлиқ аҳволи ва оилавий муносабатларнинг табиати ўрганилди.

Эпизодик шизофрениянинг бундай клиник характеристикасининг прогностик аҳамияти адабиётларда касалликнинг динамикасида учрайдиган хуружлар сони кенг муҳокама қилинган. Шунинг таъкидлаш керакки, ушбу кўрсаткич ЭШ билан оғриган беморларнинг клиник прогнозини аниқлаш ва ижтимоий ва меҳнат тавсияларини ишлаб чиқиш учун жуда муҳимдир.

Беморларда кузатилган хуружлар сонининг таҳлили шуни кўрсатдики, улардан 140 таси (43,5%) бирдан учтагача хуруждан азият чеккан ва бу ЭРШга кўпроқ хосдир. 110 бемор (34,2%) бутун касаллик давомида тўртдан тўққизгача хужумдан азият чекди ва бу рақам шизофрениянинг ҳар иккала шаклида бир хил даражада содир бўлди. Касаллик даврида 10 ёки ундан ортиқ хуружга учраган 72 (22,4%) беморлар бор эди ва уларнинг сони, аксинча, ўсиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофренияда сезиларли даражада устун келди.

47 бемор (14,6%), уларда фақат битта хуруж бўлган ва ЭРШда сезиларли даражада тез-тез кузатилган (мос равишда: 25,1% ва 4,4%; $p < 0,001$) ва айниқса битта хуруж экзоген омиллар таъсиридан қатъи назар, ирсияти оғирлашмаган гуруҳ беморларида кузатилган. ЎБНЭШда экзоген омиллар таъсирига эга бўлган беморлар гуруҳида энг кўп хуружлар кузатилганлиги аниқланди.

Ўтказилган хуружлар сонидан экзоген омилларнинг ролини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 1-3 хуружлар кузатилган беморлар ремиттирловчи шизофрениянинг барча гуруҳларида кўпроқ учради.

10 ёки ундан ортиқ хуружга учраган беморларни таҳлил қилганда, уларнинг сони ортиб бораётган нуқсонли эпизодик шизофрения билан оғриган барча гуруҳларда, айниқса экзоген провокация билан оғриган беморларда энг кўп бўлган, бу эса ушбу омилнинг ноқулай ролини яна бир бор тасдиқлайди. Ушбу гуруҳдаги экзоген омиллар ва энг патогенлари қуйидагилар: эркакларда - алкогольизм ва гиёҳвандлик (18,4%), психогениялар (14,7%), инфекциялар (7,3%); аёлларда - психогения (25,8%), ҳомиладорлик ва туғиш (14,7%), инфекциялар (7,3%), соматогения - (7,3%), комбинацияланган экзоген омиллар (психогения ва ҳомиладорлик 3,6%).

ЭШ билан оғриган беморларни психопатологик хусусиятлари ва қувватловчи даволаш чорларини олиши билан боғлиқлик кўрсаткичларини қиёсий таҳлили шуни крсатадики, продуктив бузилишларсиз кузатилган ремиссия ҳолатидаги беморларда қувватловчи даво чора-тадбирлари рухий ҳолатни мўътадиллаштириш ва ижтимоий-реадаптация масалаларида камроқ аҳамиятга эга эканлиги аниқланди..

Қувватловчи даволаш чорларини олмайдиган беморларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ЭРШда уларнинг сони кўпроқ. Қарама-қарши кўриниш текширув вақтида продуктив бузилишлар бўлган беморларда ва қувватловчи даволаш чорларини олмаган беморларни таҳлил қилишда кузатилди.

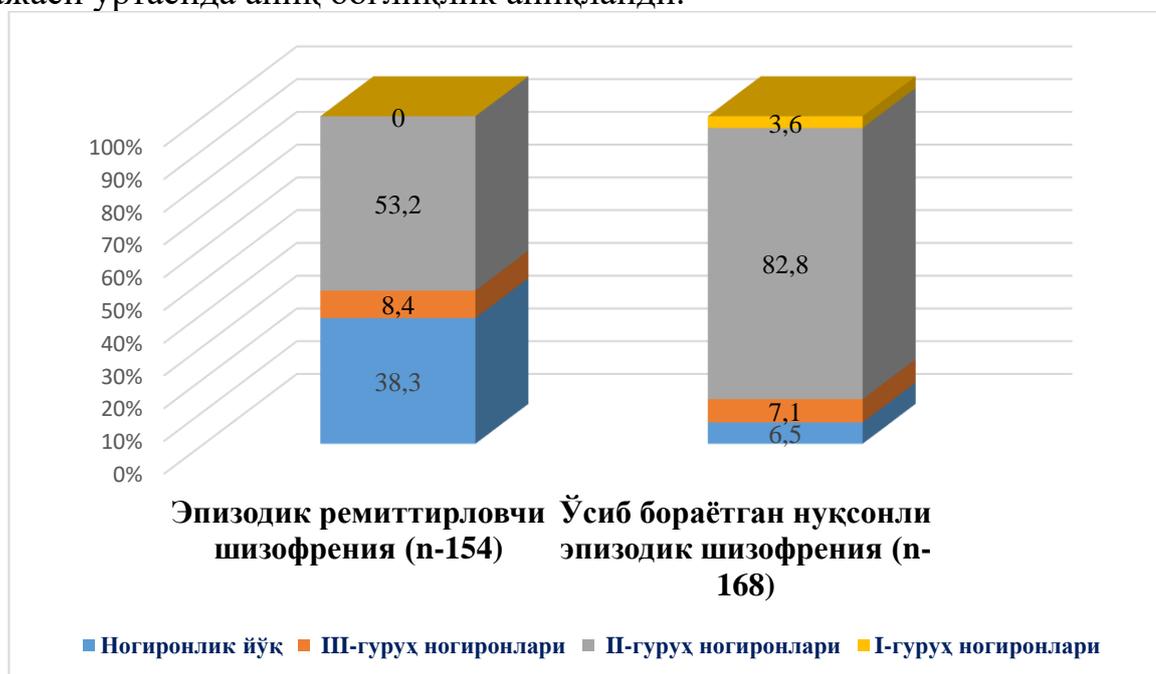
Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, қувватловчи даволаш чорларини омили ремиссия даврида самарали (астено-невротик, тимопатик ва психопатик) касалликлари бўлган беморлар учун катта аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг рухий ҳолатини барқарорлаштиришга ва ижтимоий реабилитация чораларини янада муваффақиятли амалга оширишга ёрдам беради.

Шунингдек, микроижтимоий муҳит, беморларнинг атрофидаги муҳит беморнинг меҳнат қобилиятини йўқотиши ёки сақлаб қолиши учун муҳим аҳамиятга эга.

Ўз оиласи бўлган ёки яқинлари билан яшайдиган беморларда оиладаги муносабатларнинг табиатига қараб ижтимоий ва меҳнатга мослашиш таҳлил қилинди.

Оила аъзолари ўртасидаги яхши, меҳрибон ва илиқ муносабатлар, бир-бирини қўллаб-қувватлаш ва эътибор, ўзаро тушуниш, умумий манфаатларнинг мавжудлиги, беморга етарли даражада ғамхўрлик қилиш оиладаги яхши муносабатлар ҳисобланади. Расмий муносабатлар, асосан, унинг барча аъзоларининг ҳиссий бегоналашуви билан ажралиб турарди, бу ўзаро тушуниш, илиқлик, ғамхўрлик ва етарлича эътиборнинг етишмаслигига олиб келди. Расмий равишдадаги оилавий муносабатлар билан ҳар бир оила аъзоси ўзининг алоҳида ҳаётини ўтказди. Тез-тез содир бўладиган низолар ва жанжаллар, оилада мувофиқлаштириш ва келишувнинг йўқлиги, ўзаро айбловлар, беморга қўпол муносабатда бўлиш ёмон муносабатлар сифатида баҳоланди.

Ҳар бир популяцияда оиладаги муносабатларнинг табиати ва эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий ва меҳнатга мослашиш даражаси ўртасида аниқ боғлиқлик аниқланди.



11-расм. Эпизодик шизофрения кечиш тури бўйича текширилаётган беморларнинг ногиронлигини таҳлили.

Эпизодик шизофрения кечиш тури бўйича текширилаётган беморларнинг ногиронлигини таҳлил қилиш (11-расм), ногиронлик гуруҳининг йўқлиги кўпинча эпизодик ремиттирловчи шизофренияда кузатилганлигини кўрсатди (мос равишда: 38,3% -6,5%), ногиронлик гуруҳи, айниқса 2-гуруҳ ногиронлиги ўсиб боровчи нуқсон билан кечувчи шизофрения билан аниқ боғлиқ эди. (мос равишда: 53.2%-82.8%).

Биз ўз олдимизга қуйидаги асосий вазифаларни қўйган эдик: шизофрениянинг ижтимоий-преморбид хусусиятлари ва клиник параметрларининг прогностик аҳамиятини аниқлаш, эпизодик курс тури

билан шизофрениянинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуасини ишлаб чиқиш.

Юқоридагиларнинг барчасини ҳисобга олган ҳолда, биз эпизодик шизофрения психопрофилактикаси алгоритмини таклиф қиламиз (1-схема).

Бирламчи психопрофилактика юқори хавfli гуруҳларни аниқлаш ва шизофрениянинг олдини олишга қаратилган чора—тадбирлар мажмуини ўз ичига олади.

Иккиламчи психопрофилактика-бу эпизодик шизофрениянинг дастлабки босқичларини имкон қадар эрта аниқлаш ва уларни ўз вақтида (эрта) фаол даволаш. Касалликнинг салбий таъсирини минималлаштириш учун психоневрология диспансерларда бирламчи психотик эпизод бўлимларини (клиникаларини) ташкил этиш тавсия этилади.

Учламчи психопрофилактика-етарли, самарали психофармакологик қўллаб-қувватловчи терапия, ногиронликнинг олдини олиш ва эпизодик шизофрения билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган ижтимоий реабилитация тадбирларини ўз ичига олади.

БИРЛАМЧИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Юқори хавфли гуруҳларни аниқлаш учун тизимли психологик, патопсихологик ва психопатологик текширувни ташкил этиш;

Ирсий мойиллиги бўлган шахслар, преморбид характерли хусусиятларга эга ва психоактив фаол моддаларни (гиёҳванд моддалар ва спиртли ичимликлар) қабул қилишга мойиллиги бор

ЙЎҚ

БОР

Профилактик тадбирларни ташкил қилиш. Хавф гуруҳидаги одамларнинг динамик мониторинги, даврий рационал психотерапия ўтказиш. Тавсиялар: а) гиёҳванд моддалар ва спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик; б) доимий равишда ижтимоий кўникмаларини ривожлантиришга интилиш; в) ижтимоий изоляциядан қочиш; д) катталар билан яхши муносабатларни шакллантириш; е) жисмоний фаоллик, стрессни бошқариш, янги кўникмаларни эгаллаш, жамият ҳаётида фаол иштирок этиш;

ИККИЛАМЧИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Шизофрениянинг дастлабки хуружи

ЙЎҚ

БОР

1. Дарҳол даволаш чора тадбирларини бошлаш. (стационар, амбулатория ва кундузги даволаш бўлимларида, шунингдек такрорий хуружларнинг олдини олиш мақсадида биринчи даражадаги дори воситалари сифатида атипик антипсихотикларни танлаш). 2. Қасалликнинг салбий таъсирини минималлаштириш учун психоневрология диспансерларида биринчи психотик эпизод (ППЭ)ни даволаш бўлимини ташкил қилиш.

УЧЛАМЧИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

РЕМИССИЯ
ҲОЛАТЛАРИ

Ремиссия сифатини яхшилаш ва ногиронликнинг олдини олиш бўйича ижтимоий реабилитация ва психотерапевтик чора-тадбирлар мажмуаси билан биргаликда етарли ва самарали қўллаб-қувватловчи терапия; Психотаълим; ижтимоий кўникмаларни ўргатиш; оилавий терапия; қўллаб-

1-схема. Эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрения психопрофилактикаси алгоритми.

ХУЛОСАЛАР

1. Тадқиқот натижасида эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг эрта прогноз қилиш учун юқори даражадаги аҳамиятга эга клиник мезонлар аниқланди. Касалликнинг илк бошланишида ирсиятнинг оирлашмаганлиги (26,7%), преморбиддаги патологик характер хусусиятлари мавжуд эмаслиги (37,3%) ва манифестнинг кеч юзага келиши (52,8%) шизофрениянинг кейинги рецидивларнинг қайта ривожланиши эҳтимоли учун қулай прогностик омиллар. Ирсият оғирлашиши (73,3%), шизоид преморбид тури (36,6%) ва касалликнинг эрта бошланиши (33,8%) ноқулай прогностик омиллар эканлиги аниқланди.

2. Эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг эрта клиник прогнози учун дастлабки (манифест) хуружни ривожланиш хавфи ва биринчи ремиссия ривожланишида касалликнинг инициал даври, касалликнинг илк бошланишининг табиати, биринчи хуружнинг клиник кўриниши, унинг давомийлиги, тугаш табиати (ўткир чиқиш ёки литик тугатиш) ва биринчи ремиссиянинг клиник хусусиятлари ва давомийлиги каби омиллар мажмуасининг нисбати катта аҳамиятга эга.

3. Дастлабки хуружнинг клиник кўринишида депрессив бузилишларнинг устунлиги (40,1%) билан касалликнинг ўткир бошланиши (63,3%), унинг уч ойдан оз бўлган давомийлиги (41,3%), шунингдек, давомийлиги 10 йилдан кўп (22,0%) бўлган биринчи ремиссиянинг продуктив бузилишларсиз ёки шахснинг енгил ўзгариши билан кузатилиши (51,8%) эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг клиник прогнозини аниқлаш учун қулай омилдир.

4. Касалликнинг бошланғич бузилишлари билан кечадиган касалликлар (ўткирости бошланган, 30,7%), манифест хуруж таркибида галлюцинатор-васвасали симптомларнинг устунлиги (12,9%) ва унинг давомийлиги 3-4 ойдан ортиқ (35,1%), шунингдек биринчи ремиссия даврида продуктив симптомларнинг мавжудлиги (48,2%) ва унинг уч йилдан кам давом этиши (34,8%), аксинча, эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг клиник прогнозида ноқулай омиллардир.

5. Касалликнинг динамикасида хуружлар сонининг, (1-3 тагача, 43,8%) камлиги, ремиссиядаги ифодаланмаган психопатологик бузилишлар ва текширув вақтидаги барқарор ремиссия ҳолатлари (51,8%) қулай прогноз билан боғлиқ. Кўп сонли хуружлар (10 та ундан кўп, 22,0%), текширув вақтида ремиссиядаги қолдиқ симптомлар даражасидаги оғир психопатологик бузилишлар (48,2%) эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг клиник прогнозини аниқлаш учун ноқулай омиллар бўлган.

6. Рецидивларнинг олдини олиш чорлари шаклланган ремиссия ҳолатида эмас, балки унинг "етилиш" (шаклланиш) даврида бошланиши керак. Хуружнинг "думига" қараб, стационардан чиқаришдан икки ҳафта олдин етарли ва самарали қўллаб-қувватловчи даволанишни (рецидивларнинг олдини олиш учун биринчи даражали дорилар сифатида атипик антипсихотикларни ва серотонинни қайта ушлаб қолувчи селектив

ингибиторлар гуруҳидаги янги авлод антидепрессантларни) ва психотерапия усуллари (оилавий психотерапия) танлаш керак. Шу муносабат билан эпизодик (хуружсимон) турда кечувчи шизофрениянинг психопрофилактикаси алгоритми ишлаб чиқилди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 НА
ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

ИСЛАМОВ ШАВКАТЖОН ХАБИБУЛЛАЕВИЧ

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ
ШИЗОФРЕНИИ С ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ**

**14.00.43 – Профилактическая медицина
14.00.18 – Психиатрия и наркология**

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

АНДИЖАН – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за № В2021.1.PhD/Tib1816.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета (www.tma.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

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

Официальные оппоненты: **Алимов Улугбек Худаярович**
доктор медицинских наук, профессор
Жураева Мохигул Азимовна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 года в _____ часов на заседании разового научного совета на основе Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 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 (регистрационный номер №_____). (Адрес: 170100, город Андижан, улица Ю.Атабекова, дом 1; Тел./факс: (+998) 74-223-94-50).

Автореферат диссертации разослан «_____» _____ 2024 г.

(Реестр протокола рассылки № _____ от «_____» _____ 2024 г.)

Х.Х.Турсунов

Председатель разового научного совета на основе
научного совета по присуждению учёных
степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.З. Мамарасулова

Ученый секретарь разового научного совета на
основе научного совета по присуждению ученых
степеней, доктор медицинских наук, профессор

З.С. Салохиддинов

Председатель разового научного семинара при
разовом научном совете на основе научного
совета по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. В мировой практике сегодня наиболее актуальными являются исследования по совершенствованию ранней диагностики, лечения и профилактики шизофрении, изучаются клинические и эпидемиологические особенности заболевания, проводятся исследования в этом направлении. Шизофрения - мультифакториальное заболевание, связанное со сложным взаимодействием генетических и внешних факторов. Наследственность играет важную роль в развитии этого заболевания, и современные исследования подтверждают, что шизофрения относится к группе заболеваний с четко определенным генетическим фоном. Высокая распространенность шизофрении в мире составляет около 1%, что указывает на актуальность исследования. Доля шизофрении среди видов шизофрении очень высока и составляет 43-52% среди всех форм. У многих пациентов заболевание характеризуется ранними проявлениями (18 - 30 лет), частыми хроническими вспышками, социальной изоляцией и низким уровнем жизни. В связи с этим важным является изучение прогноза эпизодической шизофрении и эффективности профилактических мер, которые могут повлиять на долгосрочные результаты.

Анализ научно-медицинской литературы, изучаемой в мировом масштабе и материалов, прошедших государственную регистрацию, показал, что основные клинические формы эпизодической шизофрении были изучены, но в раннем клиническом прогнозе эпизодической шизофрении роль и прогностическое значение социального и преморбидного характера личности и совокупности клинических факторов недостаточно изучено. Все вышесказанное позволяет сделать вывод о недостаточном изучении эпизодических шизофренических ремиссий, а также о важности изучения клинических проявлений, динамики, прогноза этих условий и соответствующих социально-терапевтических мероприятий.

Сегодня в нашей стране проводится широкомасштабная работа по коренному улучшению качества оказываемых населению медицинских услуг и развитию системы здравоохранения. В этой связи такие задачи, как «повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению страны, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения заболеваний, поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний путем создания эффективных моделей патронажной службы и диспансеризации»³. В частности: «...внедрение механизма эффективного управления системой оказания психиатрической помощи, обеспечение формирования вертикально интегрированной системы лечения, организации профилактической работы и раннего выявления психических заболеваний;... обеспечение в каждом регионе республики качественной и удобной психиатрической помощи всем категориям

³Постановление Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № 5590 “О комплексных мерах по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения”.

населения, особенно детям и подросткам»⁴. Реализация таких задач, при возникновении заболевания, воздействии духовно-социальных факторов, течении клинических проявлений с учетом общего и иммунологического состояния организма имеет важное значение в процессе лечения больного, что способствует скорейшей ликвидации острой стадии заболевания и профилактике заболевания и инвалидности.

Указы 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», и 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 выполнению задач, определенных в других нормативных документах, принятых в данной сфере, в определенной степени служит данное диссертационное исследование.

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

Степень изученности проблемы. В обширной литературе, касающейся особенностей течения шизофрении в зависимости от влияния указанных факторов, почти нет фундаментальных работ, за исключением отдельных, выполненных на генетическом материале [Аграновский М.Л., 2015, 2018], а специальных работ, посвященных сравнительному изучению особенностей дебюта, первого цикла и последующих приступов болезни, ранней диагностики и прогноза в зависимости от сочетания эндогенных и экзогенных факторов, не встретили.

Тенденция к увеличению доли молодых пациентов со шизофренией, характеризующаяся частыми обострениями, нарастающими изменениями личности и высоким уровнем инвалидизации, является серьезной проблемой [Назимова С.В. 2018]. Прогноз в случаях эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом должен быть осторожным: отмечаются случаи поздних ремиссий после многолетних кататоно-бредовых приступов, а также - повторные тяжелые приступы после многолетних ремиссий [С. Н. Мосолов, 2010].

Большинство исследований обычно рассматривают коморбидные случаи шизофрении лишь как механическое сочетание двух разнонаправленных расстройств, уделяя мало внимания влиянию внешних факторов и типу течения самого расстройства. Поэтому необходимо подчеркнуть важность глубокого изучения клинических и психопатологических особенностей таких

⁴Постановление Президента Республики Узбекистан, от 16.03.2018 г. № ПП-3606 “ О мерах по коренному совершенствованию системы оказания психиатрической помощи”.

коморбидных случаев, так как это может помочь улучшить методы диагностики и лечения шизофрении, а также разработать более индивидуализированные подходы к помощи пациентам. В связи с этим изучение клинического прогноза и разработка мероприятий по профилактике рецидивов шизофрении с эпизодическим типом течения являются актуальной проблемой современной психиатрии.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами, выполненными в высшем образовательном учреждении, в котором выполнена работа. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института №ПЗ-201205194 (2020-2022 гг.) «Изучение эпидемиологии, путей оптимизации лечения и разработка передовых инновационных технологий ранней диагностики и профилактики хронических неинфекционных заболеваний в различных регионах Узбекистана».

Цель исследования – изучить факторов клинического прогноза и разработать комплекс мероприятий по профилактике рецидивов шизофрении с приступообразным (эпизодическим) типом течения.

Задачи исследования:

Определить прогностическое значение комплекса социально-преморбидных характеристики личности больных шизофрении с эпизодическим типом течения (наследственность, преморбид, экзогении, возраст начала заболевания, образование, квалификация, семейное положение).

Изучить прогностическую значимость комплекса клинических факторов 1-цикла болезни для определения раннего клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения (инициальный период, характер начала, клиника и длительность манифестного приступа, клинические особенности и длительность первой ремиссии)

Изучить клинические параметры течения шизофрении с эпизодическим типом течения для определения клинического прогноза (клинические особенности и количество принесенных приступов, клинические особенности и длительность последующих ремиссии, состояния на момент обследования).

Разработать комплекс мероприятий по профилактике рецидивов у больных шизофрении с эпизодическим типом течения (поддерживающая терапия в ремиссиях, её регулярность, адекватность, эффективность, психотерапия, социально-трудовая адаптация, характер взаимоотношений в семье).

Объектом исследования явились 322 больных эпизодической шизофренией, с длительностью заболевания свыше 20 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере, проживающие в г. Андижан.

Эпизодическая шизофрения ремитирующая (ЭШР) была диагностирована у 154 (47,8%) больных, из них 78 (50,6%)-мужчин, 76 (49,4%)-женщин.

Эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом (ЭШНД) была диагностирована у 168 больного (52,2%), из них 84 (50,0%)-мужчин, 84 (50,0%)-женщин.

Предметом исследования составил анализ результатов комплексного лечебно-профилактического подхода с определением клинико-эпидемиологических аспектов и проведением факторного анализа комплекса социально-преморбидных и клинических факторов для определения клинического прогноза эпизодической шизофрении.

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

Научная новизна исследования заключается в следующем:

выявлены неблагоприятные факторы для определения раннего клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения, наследственная отягощенность (73,3%), шизоидный тип преморбиды (36,6%) и раннее начало заболевания (33,8%).

доказаны прогностические значения комплекса клинических факторов 1-цикла болезни, острое начало заболевания (63,3%) с преобладанием депрессивных расстройств в картине первого приступа (40,1%) являются благоприятными критериями для определения клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

обоснована связь невыраженных психопатологических расстройств в ремиссии и состояния стабильной ремиссии на момент обследования (51,8%) с благоприятными факторами прогноза шизофрении.

разработаны мероприятия по профилактике рецидивов данного контингента больных.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

подробное изучение и сравнительный анализ комплекса социально-преморбидных характеристик личности позволяет приблизиться к более детальной оценке болезни, получить прогностическую информацию о ее дальнейшей динамике, знание которой помогает в организации оптимального режима диспансерного наблюдения пациентов;

изучение всего комплекса факторов, влияющих на социально-трудовую адаптацию больных позволяет лучше судить о прогнозе шизофрении в популяции. Выделены комплексы факторов, способствующих сохранению сформировавшегося уровня социально-трудовой адаптации и приводящих к его снижению. Знание их позволяет наиболее оптимальным образом осуществлять в амбулаторных условиях комплекс мер, направленных на предупреждение нарушения социально-трудовой адаптации (дезадаптации) пациентов;

разработанные мероприятия основаны на биопсихосоциальной модели реабилитации психически больных, согласно которой реабилитационный

процесс состоит из психофармакотерапии, психотерапии и психосоциального воздействия. В психотерапевтической работе с пациентами предпочтение было отдано когнитивно-поведенческой терапии с вовлечением в реабилитационный процесс не только самого больного, но и его семьи (внедрение перспективного профилактического направления-семейной психиатрии).

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.

В ходе исследования уточнены патогенетические механизмы развития дебюта и последующих приступов шизофрении, конкретизированы прогностически значимые факторы, что способствует более раннему распознаванию заболевания, сокращению числа рецидивов и совершенствованию реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

Практическая значимость исследования способность прогнозирования уровня прогрессивности процесса, реализуемого в ходе болезни (количество перенесенных приступов, клинические особенности и продолжительность первого цикла болезни, последующих приступов и ремиссий, варианты течения заболевания) стал основой определения групп "высокого риска" больного и ранней диагностики психических расстройств у родственников пробандов 1 степени родства.

Внедрение результатов исследования. Согласно заключению экспертного совета Андиганского Государственного медицинского института № 61/41и от 15 ноября 2023 года (письмо Андиганского государственного медицинского института № 61-37/Х от 29 декабря 2023 года направлено в Министерство здравоохранения о внедрении научных инноваций в другие учреждения здравоохранения).

1-Научная новизна.

Суть научной новизны: определено прогностическое значение комплекса социально-преморбидных характеристики личности для определения раннего клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

Значимость научной новизны: изучение с помощью клинко-катамнестического и клинко-анамнестического методов социально-преморбидных характеристик личности.

Внедрение научной новизны в практику: Методическое пособие «Лечебно-профилактический алгоритм оценки прогностического значения

первого цикла эпизодической шизофрении» внедрено в практическую деятельность Ферганской областной психоневрологической больницы (№93/1 от 28 ноября 2023 года), Наманганской областной психоневрологической больницы (65-А/ф от 29 ноября 2023 года) и Андижанского областного диспансера (№118 от 27 ноября 2023 года).

Социальная эффективность научной новизны: в группе пациентов шизофрении с эпизодическим типом течения выявлены следующие негативные социально-преморбидные факторы: наследственная отягощенность – (73,3 %), шизоидные преморбидные особенности личности – (36,3%), экзогении в дебюте – (58,4%), позднее начало заболевания (после 30 лет) – (52,8%), менее неполного среднего образование – (38,8%), занятие неквалифицированным физическим трудом – (31,3%) и не состоящие в браке – (46,9%).

Экономическая эффективность научной новизны: больные с эпизодической шизофрени взяты государством под социальную защиту. Каждый пациент должен получать стационарное лечение как минимум 1 раз и постоянную амбулаторную поддерживающую терапию в течение 12 месяцев, а это составляет 15,6 млн сума. Стационарное лечение пациента с эпизодической острой шизофренией обходится в среднем в 10,9 млн. Сумов, для амбулаторного лечения таких пациентов тратится в среднем 4,7 млн сума. (на основании годовых отчетных документов Андижанского областного психоневрологического диспансера за 2023 год). В результате профилактических мероприятий, проведенных на основе психопрофилактического алгоритма, разработанного на основе результатов научных исследований, удалось сэкономить до 2 раз государственные средства, затрачиваемые на каждого пациента.

Вывод: значит, лечение одного пациента с эпизодической шизофрени обходится за год в 15,6 млн. сумов, предотвращения острых приступов эпизодической шизофрени и сокращения числа госпитализаций в свою очередь, позволяет произвести 2-кратную экономию государственных затрат. Это позволяет сэкономить 7,8 млн. сумов из суммы, потраченной на каждого пациента.

Расширенное использование научной новизны: Согласно заключению экспертного совета Андижанского Государственного медицинского института № 6i/41u от 15 ноября 2023 года (письмо Андижанского государственного медицинского института № 6i-37/X от 29 декабря 2023 года направлено в Министерство здравоохранения о внедрении научных инноваций в другие учреждения здравоохранения).

2-Научная новизна .

Суть научной новизны: определены прогностическое значение комплекса клинических факторов 1-цикла болезни для определения раннего клинического прогноза шизофрени с эпизодическим типом течения.

Значимость научной новизны: изучение с помощью клинико-катамнестического и клинико-анамнестического методов клинических факторов 1-цикла болезни.

Внедрение научной новизны в практику: Методическое пособие «Лечебно-профилактический алгоритм оценки прогностического значения первого цикла эпизодической шизофрении» внедрено в практическую деятельность Ферганской областной психоневрологической больницы (№93/1 от 28 ноября 2023 года), Наманганской областной психоневрологической больницы (65-А/ф от 29 ноября 2023 года) и Андижанского областного диспансера (№118 от 27 ноября 2023 года).

Социальная эффективность научной новизны: Результаты внедрения в практику способствовали ранней диагностике, позволили сократить продолжительности 1-цикла болезни, уменьшить количество койко-дней, уровень инвалидности, улучшить качества ремиссии, увеличить продолжительность и качество жизни.

Экономическая эффективность научной новизны: Один курс стационарное лечение одного пациента с эпизодической шизофрении обходится государству средним 10,9 млн. сумов. Также, для амбулаторного лечения таких пациентов тратится в среднем 4,7 млн сума (на основании годовых отчетных документов Андижанского областного психоневрологического диспансера за 2023 год). На основе разработанного психопрофилактического алгоритма в результате диагностических мероприятий, проведенных с использованием клинико-катамнестических и клинико-анамнестических методов, удалось в 2 раза сэкономить государственные средства, затрачиваемые на каждого больного, за счет раннего выявления и профилактики заболевания.

Вывод: значит, лечение одного пациента первого цикла эпизодической шизофрении обходится в 15,6 млн. сумов, сокращение 1-цикла эпизодической шизофрении в свою очередь, позволяет провести 2-кратную экономию государственных затрат. т.е. 7,8 млн. сумов.

3-Научная новизна.

Суть научной новизны: изучены и выделены варианты течения и темп прогрессивности шизофрении с эпизодическим типом течения.

Значимость научной новизны: определены с помощью клинико-психопатологического и клинико-катамнестического методов клинические критерии клинического прогноза в зависимости от психопатологической симптоматики в ремиссиях, выделены и описаны клинические варианты и темпы прогрессивности эпизодической шизофрении.

Внедрение научной новизны в практику: Методическое пособие «Лечебно-профилактический алгоритм оценки прогностического значения первого цикла эпизодической шизофрении» внедрено в практическую деятельность Ферганской областной психоневрологической больницы (№93/1 от 28 ноября 2023 года), Наманганской областной психоневрологической больницы (65-А/ф от 29 ноября 2023 года) и Андижанского областного диспансера (№118 от 27 ноября 2023 года).

Социальная эффективность научной новизны: Результаты внедрения в практику способствовало минимизации количества осложнений и ошибок; улучшению качества жизни пациентов; позволило сократить продолжительности приступов болезни, уменьшить количество койко-дней, уровень инвалидности, увеличить продолжительность ремиссии, увеличить качество жизни больных с эпизодической шизофренией.

Экономическая эффективность научной новизны: Один курс стационарное лечение одного пациента с эпизодической шизофренией обходится государству в среднем 10,9 млн. сумов. Также, для амбулаторного лечения таких пациентов тратится в среднем 4,7 млн сума (на основании годовых отчетных документов Андижанского областного психоневрологического диспансера за 2023 год). Определение клинических вариантов и темпов прогрессивности эпизодической шизофренией, проведение лечебно-профилактических мероприятий позволило сэкономить в 2 раза расходов затрачиваемые на каждого больного.

Вывод: значит, лечение одного пациента с эпизодической шизофренией обходится в 15.6 млн. сумов, предотвращение острых приступов эпизодической шизофренией, сокращение числа госпитализации и увеличение продолжительности ремиссий в свою очередь, позволяет провести 2-кратную экономию государственных затрат.

4-Научная новизна.

Суть научной новизны: разработан комплекс мероприятий по профилактике обострений и предупреждению ранней инвалидизации..

Значимость научной новизны: осуществлено динамическое изучение роли комплекса эндогенных и экзогенных факторов в характере дебюта, в риске развития первого цикла и последующих приступов болезни на материале сравнительного клинико-эпидемиологического обследования больных шизофренией с эпизодическим типом течения.

Внедрение научной новизны в практику: Методическое пособие «Лечебно-профилактический алгоритм оценки прогностического значения первого цикла эпизодической шизофренией» внедрено в практическую деятельность Ферганской областной психоневрологической больницы (№93/1 от 28 ноября 2023 года), Наманганской областной психоневрологической больницы (65-А/ф от 29 ноября 2023 года) и Андижанского областного диспансера (№118 от 27 ноября 2023 года).

Социальная эффективность научной новизны: В настоящее время признан и эффективен бригадный комплексный подход, включающий методы психофармакотерапии, психотерапевтического и психосоциального вмешательства с современными антипсихотическими препаратами в реабилитации больных шизофренией с первым психотическим эпизодом. С учетом современных особенностей исследуемого контингента, социально-трудовой адаптации и качества жизни нами разработаны дифференцированные программы реабилитации. Эффективность применения алгоритмов диагностики заключается в ранней диагностике и правильном выборе психофармакотерапии при шизофренией с эпизодическим типом

первого цикла, что будет способствовать предупреждению осложнений и остаточных проявлений, инвалидизации и сокращению койко-дней в психоневрологическом диспансере.

Экономическая эффективность научной новизны: Расчет экономической эффективности зависит от снижения затрат на психофармакотерапию (повторные назначения более дорогих нейролептиков, также дополнительных медикаментозных и реабилитационных лечебных мероприятий при развитии осложнений и остаточных проявлений).

Внедрение алгоритмов диагностики и психофармакотерапии позволит повысить длительность и качество ремиссий, улучшить качество жизни пациентов и тем самым уменьшить частоту госпитализаций, нахождение в стационаре, расходы на купирование приступов и количество дорогостоящих препаратов.

Расчет экономической эффективности от снижения затрат на лечение шизофрении с приступообразным типом течения у больных (исчезает необходимость назначения более дорогих нейролептиков, или использования нескольких антипсихотиков).

Вывод: Таким образом, лечение одного пациента с эпизодической шизофрении обходится в 15.6 млн. сумов, предотвращение острых приступов эпизодической шизофрении, сокращение числа госпитализации и увеличение продолжительности ремиссии в свою очередь, позволяет провести 2-кратную экономию государственных затрат.

Апробация результатов исследования. Основные результаты диссертации были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе, 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано всего 17 научных работ, среди которых 4 статьи в научных изданиях рекомендованные к публикации основных научных результатов диссертационных работ Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан, в том числе 3 в республиканских и 1 в зарубежных журналах.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, списка использованной литературы и приложения. 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.

В первой главе диссертации «Современное состояние вопроса о прогнозе течения и исхода приступообразной (эпизодической)

шизофрении» приводится последовательный анализ международных исследований, связанных с темой диссертацией. Наряду с важностью описания клинических типов течения эпизодической шизофрении большое значение играет клиническая типология ремиссий, их связь с социально-трудовой реабилитацией больных. Данная глава отражает научные данные о важности проблемы и противоречия во взглядах, что подчеркивает необходимость дальнейших научных исследований.

Во второй главе «Общая характеристика материала и методы исследования» содержится информация об общих характеристиках обследованных пациентов, а также описана информация об используемых методах исследования. Было проведено клинико-эпидемиологическое, клинико-анамнестическое, клинико-катамнестическое и клинико-психопатологическое обследование 322 больных эпизодической шизофренией, с длительностью заболевания свыше 20 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере, проживающие в г. Андижан. Эпизодическая шизофрения ремитирующая (ЭШР) была диагностирована у 154 (47,8%) больных, из них 78 (50,6%)-мужчин, 76 (49,4%)-женщин. Эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом (ЭШНД) была диагностирована у 168 больного (52,2%), из них 84 (50,0%)-мужчин, 84 (50,0%)-женщин. (Рисунок 1).

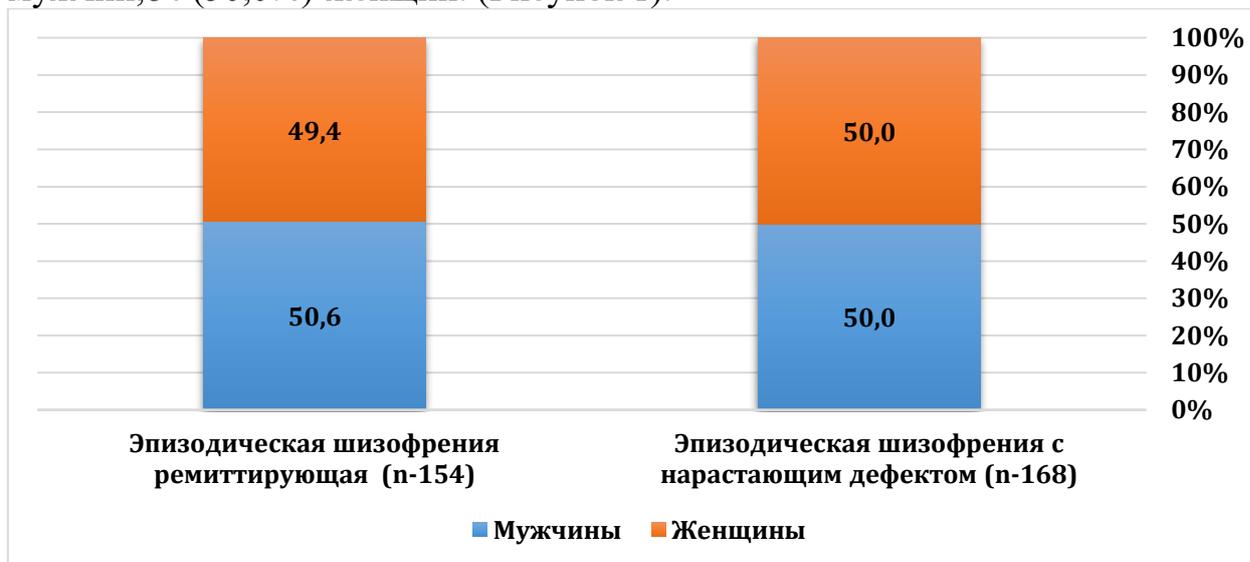


Рис.1. Распределение тематических больных по формам течения шизофренического процесса.

Большая длительность заболевания позволяет с наибольшей определенностью и достаточной достоверностью судить о форме шизофрении.

В соответствии с этим тематические больные отличались большой длительностью заболевания, которая колебалась от 20 по 60 лет: 20-29 лет - 22 (69,9%) больных, 30-39 лет - 72 (22,3%) больных. 40 лет и более-28 (8,7%) больных. (Рисунок 2).

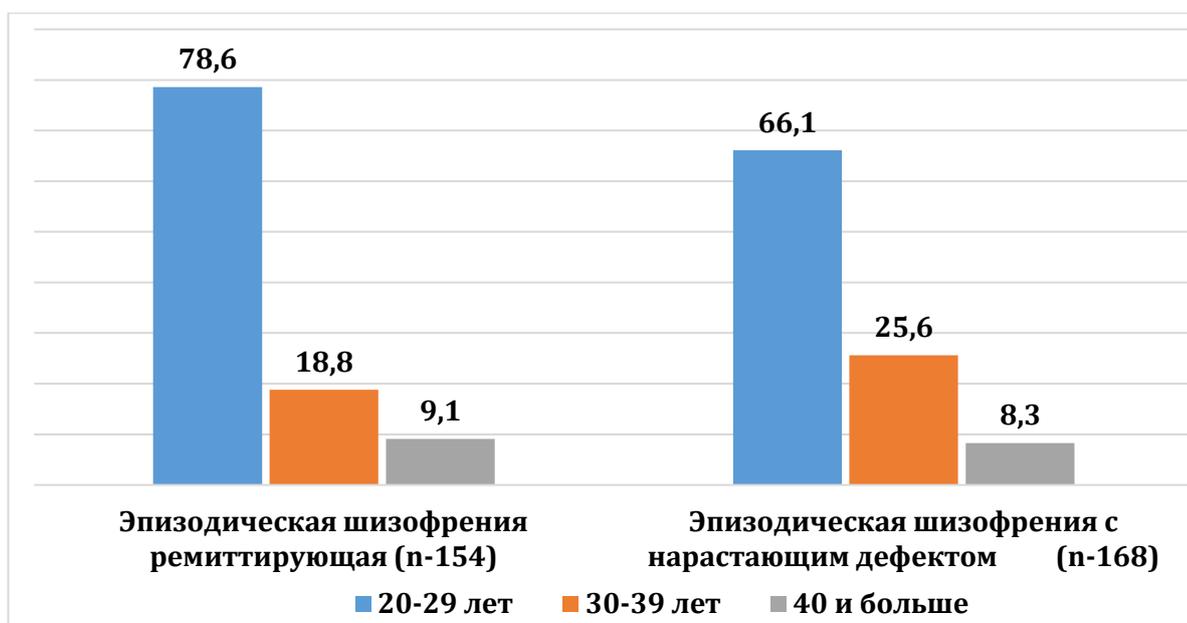


Рис.2. Сравнительная характеристика длительности заболевания у изученных больных

Возраст изученных больных на момент обследования колебался от 28 до 80 лет. Основную массу больных обследованной популяции составляли лица, достигшие среднего и пожилого возраста: 209 (64,9%) больных были старше 50 лет (это обусловлено большой длительностью заболевания этих больных). Статистически достоверных различий между возрастными группами на момент обследования и полом больных обнаружено не было, за исключением возрастной группы в 60 лет и старше при ЭШНД, где значительно преобладали мужчины ($p < 0,05$).

В комплекс социально-преморбидных характеристик личности были включены: наследственность, преморбид, экзогении, возраст начала заболевания, уровень образования, квалификации, семейное положение больных к моменту начала заболевания.

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

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

В качестве социальных критериев мы использовали уровни социально-трудовой адаптации, предложенные М.Л.Аграновским (1992): I уровень – социально-трудовая адаптация на прежнем уровне (как до болезни); II уровень – снижение социальной адаптации (ограничение социальных контактов, отгороженность от общественной жизни, сужение общего круга интересов) при сохранности профессиональной (сохранение квалификации, профессиональных интересов на прежнем уровне); III уровень – снижение социальной и профессиональной адаптации (снижение квалификации, потеря профессиональных интересов, снижение или утрата трудоспособности).

IV- уровень. Декомпенсированный («госпитальный»).

В третьей главе диссертации под названием «**Практическое значение комплекса социально - преморбидных характеристик личности больных шизофренией с эпизодическим типом течения**» 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.

Анализ наследственной отягощенности показал, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями (Рисунок 3) была выявлена у 236 (73,3%) больных (соотв. 67,5% - 78,6%, $p < 0,05$), из них шизофренией-у 120 (37,3%) больных (соотв. 31,8% - 42,3%, $p < 0,05$), другими психическими заболеваниями- у 116 (36,0%) больных (соотв.36,4% - 35,7%, $p > 0,05$).

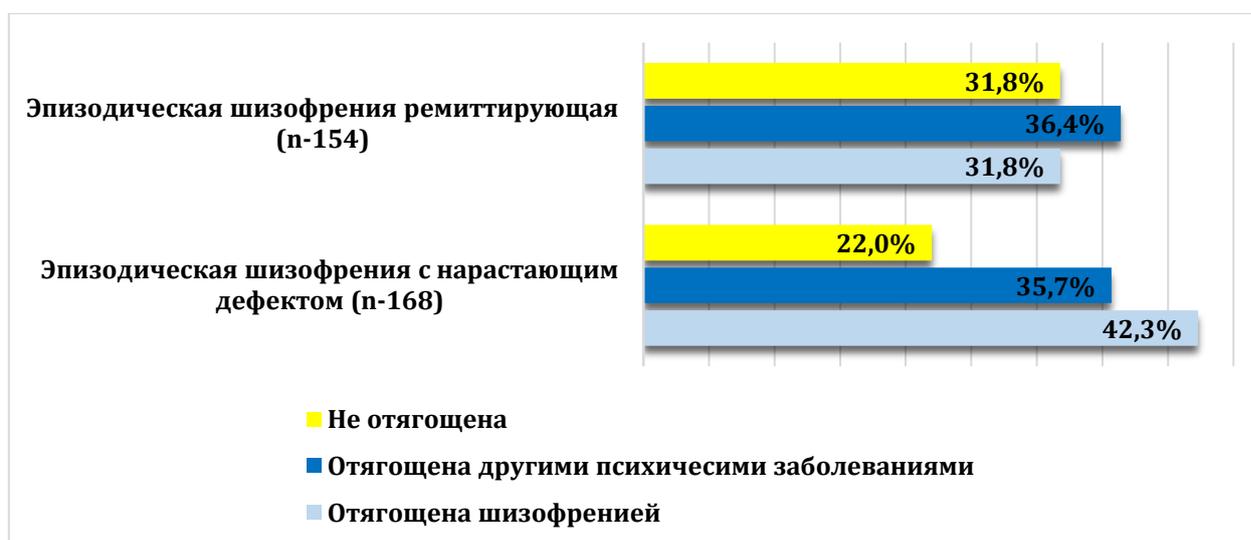


Рис.3. Сравнительная характеристика наследственной отягощенности тематических больных

Обнаружена прямая зависимость между фактором наследственной отягощенности психическими заболеваниями и эпизодической шизофренией с нарастающим дефектом, что, вероятно, играет неблагоприятную прогностическую роль.

У 86 (26,7%) больных (соотв. 31,8% - 22,0%, $p < 0,05$) наследственная отягощенность среди родственников отсутствовала, причем значительно чаще это было зафиксировано при ЭШР. А наследственная отягощенность шизофренией среди родственников наоборот, достоверно чаще коррелировала с ЭШНД, что, вероятно, свидетельствует о неблагоприятном значении этого фактора.

При сравнительном анализе показателей наследственной отягощенности среди всех родственников пробандов I степени родства было установлено, что она составляет 22,5% и значительно ниже среди родственников больных ЭШР.

Частота психических расстройств среди родителей изученных больных составила 29,3%, среди детей - 20,3%, среди сибсов-20,0. Причем, соотношение этих показателей при обеих формах заболевания свидетельствует о преобладании

психических расстройств среди родственников I степени родства у больных ЭШНД, как среди родителей (соотв.: 22,9 и 35,1, $p < 0,01$), так среди сибсов (соотв.: 14,7 x 24,8%, $p < 0,01$) и детей, среди которых это различие особенно четко выражено (соотв.: 12,9 и 31,7%, $p < 0,001$).

Из психических расстройств у родственников в пробы I степени родства наиболее часто встречалась шизофрения-7,3%, и в большей степени это было характерно для ЭШНД.

При сравнительном анализе показателей распределения больных ЭШР и ЭШНД по особенностям личности в преморбиде были обнаружены статистически достоверные различия. У 120 (37,3%) больных отсутствовали патологические черты характера в преморбиде, причем достоверно чаще это отмечалось у больных ЭШР, а у всех остальных отмечались те или иные патологические черты (Рисунок 4). Наиболее многочисленную группу составляли больные с шизоидными чертами характера (личности ранимые, сензитивные, реактивно лабильные, обнаруживающие склонность к невротическим реакциям, фантазированию, с психоэстетической пропорцией или эмоционально холодные, необщительные и ригидные, с монотонной деятельностью и сверхценными отношением к ней) в преморбиде - их было 117 (36,3%) и значительно больше при ЭШНД.

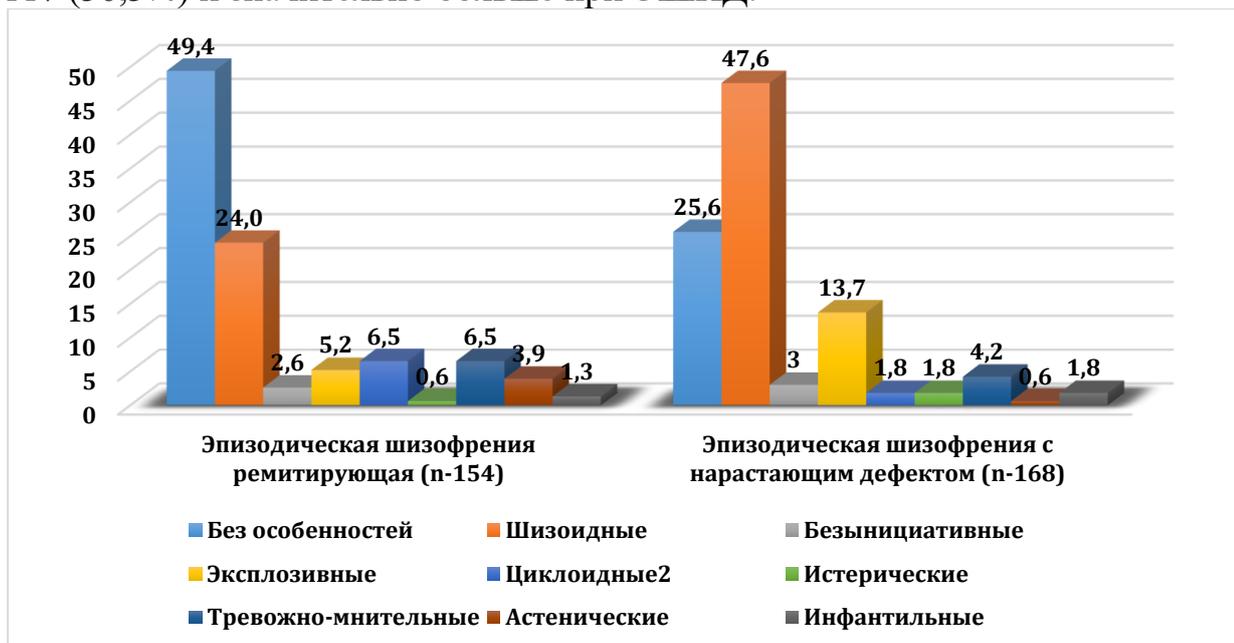


Рис.4. Сравнительная характеристика характерологических особенностей личности к моменту начала заболевания.

Эксплазивные черты характера в виде неустойчивости, возбудимости, грубости, с моторной расторможенностью, склонностью к выдумкам и преувеличениям, с расстройствами влечений наблюдались у 31 больных (9,6%) и также были характерны для больных ЭШНД ($p < 0,05$).

Психоастенические признаки в виде тревожно-мнительного характера с рефлексией были выявлены у 16 больных (5%), приблизительно одинаково часто при обеих формах заболевания. Циклоидных личностей, как с биполярными, так и монополярными аффективными проявлениями, было 13

(4,0%), но уже больше при ЭШР ($p < 0,05$). Астенических личностей шизоидного типа было 7 (2,2%), и также больше при ЭШР ($p < 0,05$).

Одинаково часто при обеих формах встречались безынициативные - 9 больных (2,8%): личности вялые, пассивные, с бедностью инстинктов, эмоциональных реакций и интересов, а также так называемые «образцовые дети», послушные, исполнительные с недетской рассудительностью; инфантильные личности с преобладанием как психофизической, так и психической незрелости- 5 больных (1,6%) истерические личности - 4 больных (1,2%).

Полученные результаты показывает, что отсутствие патологических черт характера или наличие в преморбиде тимопатических и астенических черт является благоприятным прогностическим фактором, а наличие шизоидных (в первую очередь) или эксплозивных черт характера неблагоприятным фактором прогноза для больных эпизодической шизофренией.

При сравнительном анализе показателей распределения больных с эпизодической шизофренией наиболее часто заболевание дебютирует в первом среднем возрасте (41,3%), а также в юношеском возрасте (29,5%). Реже заболевание начинается в подростковом (12,7%) и втором среднем (11,5%) возрастах. И только 16 (5,0%) больных заболели в детском возрасте. Причем, раннее начало заболевания в детском возрасте и подростковом возрасте чаще коррелирует с ЭШНД.

Спонтанное начало заболевания наблюдалось у 134 (41,6%) больных, значительно чаще при ЭШР. Экзогенно спровоцированный дебют был отмечен у 188 (58,4%) больных, но уже чаще в рамках ЭШНД. Наибольший удельный вес среди экзогении в дебюте принадлежит психогениям – 19,8%, затем с приблизительно одинаковой частотой встречались инфекции- 8,4%, беременность и роды у женщин - 8,4%, алкоголизация (наркотизация)-8,4%, которая достоверно чаще коррелировала в дальнейшем с ЭШНД ($p < 0,05$). Сочетанное воздействие экзогения было отмечено в 6,4% случаев, а соматогении и черепно-мозговые травмы предшествовали началу заболевания в 3,4% случаев каждая. Характерным явилось достоверное преобладание женщин в группе с психогенным дебютом ЭШР, а также мужчин - при воздействии алкоголизации и наркотизации в дебюте обеих форм шизофрении.

В качестве психогений нами рассматривались внезапные и тяжелые психические травмы-смерть близких людей, стихийные бедствия, неожиданные несчастья, катастрофы, ситуации, представляющие угрозу физическому и психическому благополучию, угрозу будущему, ссоры и конфликты на производстве и в семье, которые непосредственно предшествовали или совпали по времени с изменением психического состояния.

Острые инфекции чаще всего встречались в виде гриппа с высокой температурой, ангины, послеродового сепсиса, менингита, эпидемического гепатита, а хронические-в виде туберкулеза и ревматизма.

Распределение больных ЭШР по уровням образования к моменту начала заболевания существенно отличается от уровней образования больных ЭШНД. Лиц, имевших к началу заболевания высшее и незаконченное высшее, среднее и среднее специальное образование, было гораздо больше среди

больных ЭШР (соотв.: 20,8% и 10,1%, $p < 0,05$; 33,8% и 12,5%, $p < 0,05$), а лиц, имевших образование менее неполного среднего, среди больных ЭШНД (соотв.: 24,0% и 52,4%, $p < 0,05$).

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

Изучая характер образования в исследуемых группах, установлено, что в группе ЭШР распределение по уровню образования было практически равным, с несущественными отличиями (соотв. 20,8% и 33,8%, 21,3% и 24,0%, $p > 0,05$).

В группе ЭШНД, наоборот отмечено существенное преобладание низкого уровня образования - «Менее неполного среднего» - 88-52,4%. Наиболее существенный относительный риск формирования данных патологий отмечается у групп с «Высшим и незаконченным высшим» - и со «средним и средне-специальным» образованием.

При анализе уровня квалификации больных к моменту начала заболевания выявлены общие и специфические корреляции для обоих типов течения ЭШ.

Больных, занимавшихся к началу заболевания умственным трудом, было больше при ЭШР (соотв.: 51,3% и 13,1%, $p < 0,05$), а больных, занимавшихся неквалифицированным физическим трудом, - при ЭШНД (соотв.: 14,3% и 47,0%, $p < 0,05$).

Оценивая роль уровня профессиональной квалификации наибольший относительный риск отмечается у лиц умственного труда и незначительный – у лиц квалифицированного физического труда.

Статистически достоверные различия обнаружены между показателями общего распределения больных ЭШ по семейному положению к моменту начала заболевания. Число больных, состоявших в браке достоверно больше было среди больных ЭШ (соотв.: 44,2% и 10,1%, $p < 0,001$), а больных, состоявших в разводе и вдовых – среди больных ЭШНД (соотв.: 7,1% и 44,6%, $p < 0,001$).

Для больных ЭШР фактор семейного положения к моменту начала заболевания является прогностический значимым: больные, состоявшие в браке, имели благоприятный, а не состоявшие в браке, - неблагоприятный прогноз прогрессивности

Немаловажное значение для социально-трудовой реадaptации больных ЭШ имеет и такой показатель семейно-бытовой адаптации как полнота семьи, то есть состав семьи, в которой живет больной. Изучение состава семьи данного контингента больных имеет большое значение как для оценки их социальной реадaptации, так и для характеристики условий жизни больных и толерантности к ним населения.

Проведенное сравнительное клинико-эпидемиологическое изучение комплекса «социально-преморбидных» характеристик личности больных ЭШ с большой длительностью заболевания позволило выявить достоверно

значимые критерии раннего прогноза, общие для обоих типов течения шизофрении и типичные для каждой в отдельности.

Следовательно, наиболее благоприятным в плане развития дебюта эпизодической шизофрении является отсутствие наследственной отягощенности, «нормальный» тип преморбиды, старший возраст и спонтанное начало заболевания. Наследственной отягощенность шизофренией, шизоидных черт характера в преморбиде, ранний возраст начала и экзогенная провокация дебюта (особенно алкоголизация, наркотизация, инфекции и сочетанное их воздействие) коррелирует дальнейшим эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом заболевания, то есть является неблагоприятным критерием прогноза эпизодической шизофрении.

В четвертой главе диссертации под названием «**Комплекс клинических факторов для определения клинического прогноза больных шизофрении с эпизодическим типом течения**» изучен роль комплекса клинических факторов 1-цикла болезни для определения раннего клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

В качестве клинических факторов были изучены: характер дебюта, клинические особенности и длительность манифестного приступа, клинические особенности и длительность первой ремиссии, клинические особенности и количество перенесенных приступов, клинические особенности и длительность последующих ремиссии, состояние на момент обследования.

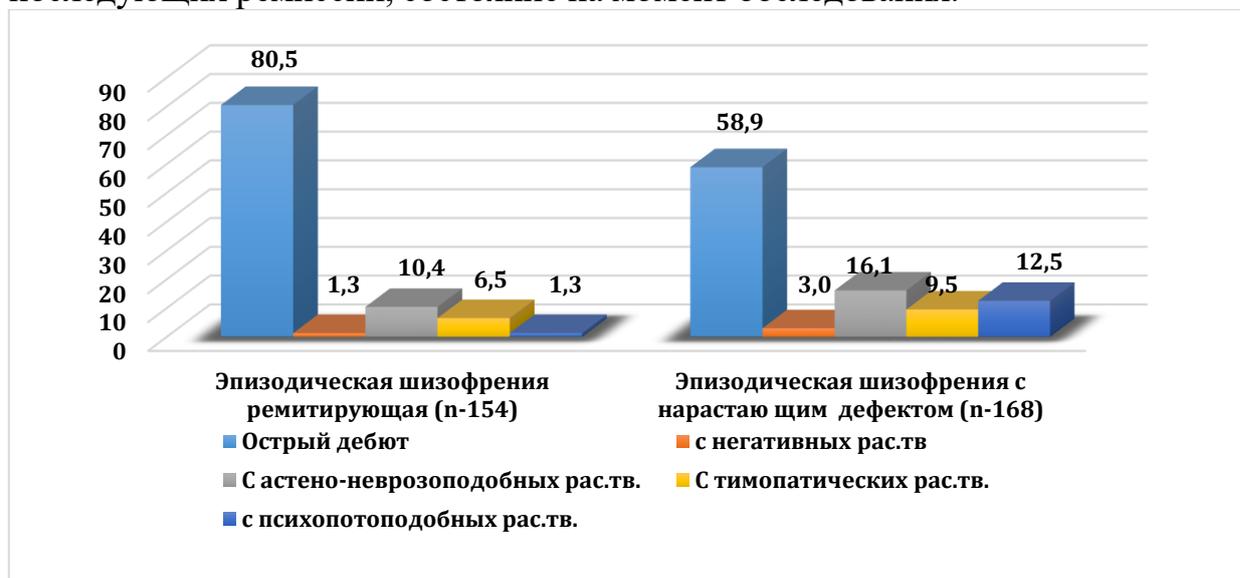


Рис.5. Сравнительная характеристика дебюта заболевания

При сравнительном анализе показателей распределения больных шизофрении эпизодическим типом течения начала заболевания (Рисунок 5) обнаружено, что острый дебют заболевания наблюдался у 223 больных (69,3%), причем достоверно чаще при рекуррентном типе течения (соотв. 80,5%-58,9%, $p < 0,01$).

Обращает внимание тот факт, что в большинстве случаев у больных обеих форм шизофрении заболевание началось с острого приступа.

Начало заболевания с инициальных: астено-невротических, тимо-патических, психопатоподобных и иных негативных расстройств было отмечено - у 99 (30,7%)

больных и, наоборот, значительно чаще при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом (соотв. 19,5%-41,1%, $p < 0,01$), что показывает относительно диагностической ценности характера начала заболевания.

Начало заболевания с негативных расстройств было отмечено у 7 (2,2%) больных (соотв.: 1,3 и 3,0%, $p > 0,01$), с астено-невротических - у 45 (14,0%) больных (соотв.: 10,4 и 16,1%, $p < 0,05$), с тимопатических - у 26 (8,1%) больных (соотв.: 6,5 и 10,9%, $p < 0,001$) и с психопатоподобных - у 21 (6,5%) больных (соотв.: 1,3 и 11,9%, $p < 0,01$).

При сравнительном анализе характера дебюта при обеих формах заболевания было установлено, что с инициальных расстройств чаще начиналось заболевание при ЭШНД. А острый дебют болезни чаще отмечался при ЭШР.

Таким образом, дебют заболевания с острого психотического приступа является благоприятным фактором, а начало заболевания с инициальных расстройств - неблагоприятным фактором для определения клинического прогноза ЭШ.

Чаще клинический тип явных эпизодов ЭШ (Таблица 1) ограничивался депрессивной симптоматикой - 15,6% (соотв. 23,4% и 9,5%, $p < 0,01$), помимо атипичной депрессии - 24,5% (соотв. 28,6% и 20,2%, $p < 0,05$).

Таблица 1

Сравнительный анализ клинической картины манифестного приступа

Клиническая картина манифестного приступа	Эпизодическая шизофрения ремитирующая (n-154)		Эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом (n-168)		ВСЕГО	
	абс	%	абс	%	абс	%
Депрессивные	35	23,4	16	9,5	51	15,6
Атипичные депрессивные	44	28,6	34	20,2	78	24,5
Маниакальные	17	11,0	6	3,6	23	6,6
Атипичные маниакальные	14	9,1	13	7,7	27	8,1
Сдвоенные аффективные	6	3,9	5	3,0	11	3,2
Онейроидные	35	22,7	27	16,1	62	19,6
Галлюцинаторно-бредовые	-	-	38	22,6	38	12,9
Параноидные	-	-	17	10,1	17	5,2
Катотонические	-	-	9	5,4	9	2,6
Нет сведений	3	1,9	3	1,8	6	1,8
ИТОГО:	154	100,0	168	100,0	322	100,0

Вопрос о роли клинических факторов в риске развития манифестного приступа и в формировании первой ремиссии остается открытым, хотя роль отдельных факторов, и в первую очередь экзогенных, изучено достаточно хорошо.

При анализе клинических факторов в риске развития манифестного приступа и в формировании первой ремиссии мы пользовались понятием цикл «приступ-ремиссия».

Онейроидные синдромы встречались в два раза чаще, чем явные эпизоды — 19,6% (соотв. 22,7% и 16,1%, $p < 0,05$).

Отсюда следует, что начало заболевания сопровождается аффективными эпизодами, преимущественно «чистыми» депрессивными эпизодами, ассоциированными в дальнейшем с ЭШР. Из заболеваний шизофренического спектра выраженность аффективных симптомов особенно велика при шизоаффективных психозах близком к ним шизоаффективном варианте эпизодической шизофрении. При обеих формах сдвоенные аффективные приступы встречались нередко, онейроидные приступы – чаще встречались при эпизодической ремитирующей шизофрении. А эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом дебютировала только с острыми галлюцинаторно-бредовыми и кататоно-параноидными приступами.

Значительно большее значение имеет длительность манифестного приступа для клинического прогноза. При сравнительном анализе показателей распределения больных эпизодической шизофренией с различной длительностью манифестного приступа (Рисунок 6) обнаружены статистически достоверные различия.

У 133 (41,3%) больных манифестный приступ продолжался только 1-2 месяцев, притом чаще при эпизодической ремитирующей шизофрении. Длительность манифестного приступа 3-4 месяца отслеживалась у 113 (35,1%) больных предположительно равномерно часто при обеих формах заболевания. Явный ППЭ длительностью 5 мес и более наблюдался у 76 (23,6%) больных, но чаще встречался при ЭШНД.

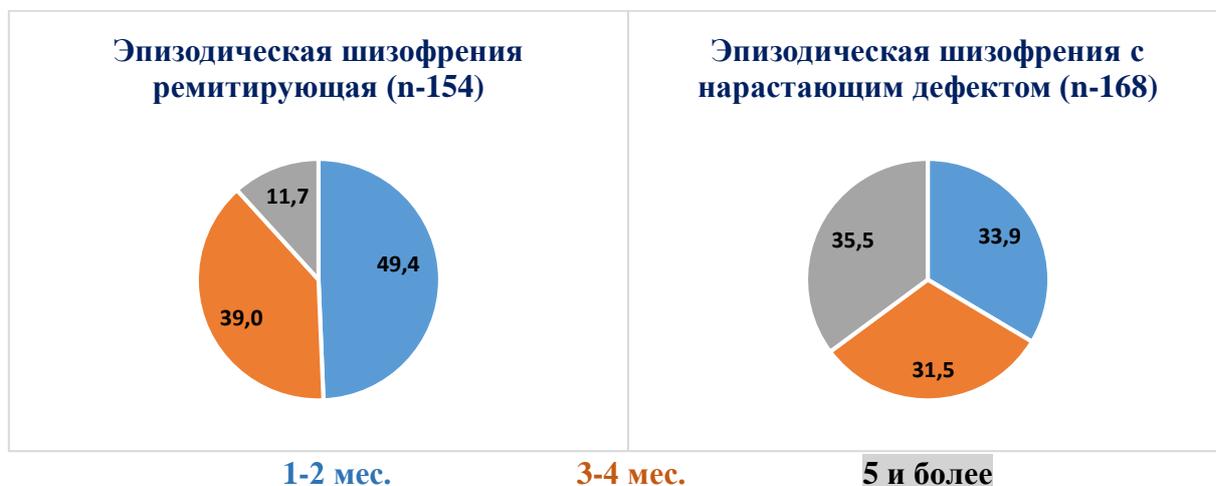


Рис. 6. Сравнительный анализ распределения тематических больных по продолжительности манифестного приступа

Анализ продолжительности явных приступов по совокупности двух вышеуказанных факторов показал, что продолжительность при ЭШР была наименьшей в группе больных без наследственной отягощенности и с внезапным началом.

Это выявлено как по сопоставлению с прочими группами больных данной форм заболевания, так и по сравнению такой категорией больных при ЭШНД. Наибольшая длительность манифестного приступа наблюдалась значительно чаще при ЭШНД. У этих больных отмечались следующие: у мужчин – алкоголизация и наркотизация (18,0%), психогении (20,7%) и сочетанные

экзогении (психогении и алкоголизация – 5,5%), у женщин – психогении (26,5%), инфекции (10,8%) и сочетанные вмешательства (5,3%). Возможно, данные материалы доказывают суждение об особой патогенности таких внешних факторов, как инфекции, алкоголизация (наркотизация) и сочетанное воздействие экзогений, в том числе и с оперативными вмешательствами.

Менее очевидная закономерность наблюдалась при ЭШНД в группе пациентов с генетическим отягощением других психических расстройств и воздействием внешних раздражителей.

По продолжительности манифестного приступа наиболее благоприятным оказалась спонтанное развитие при ЭШР, а наиболее неблагоприятным – при ЭШНД.

У 167 (51,8%) интермиссии и ремиссии с легкими изменениями личности были сформированы чаще в рамках ЭШР. (Рисунок 7).

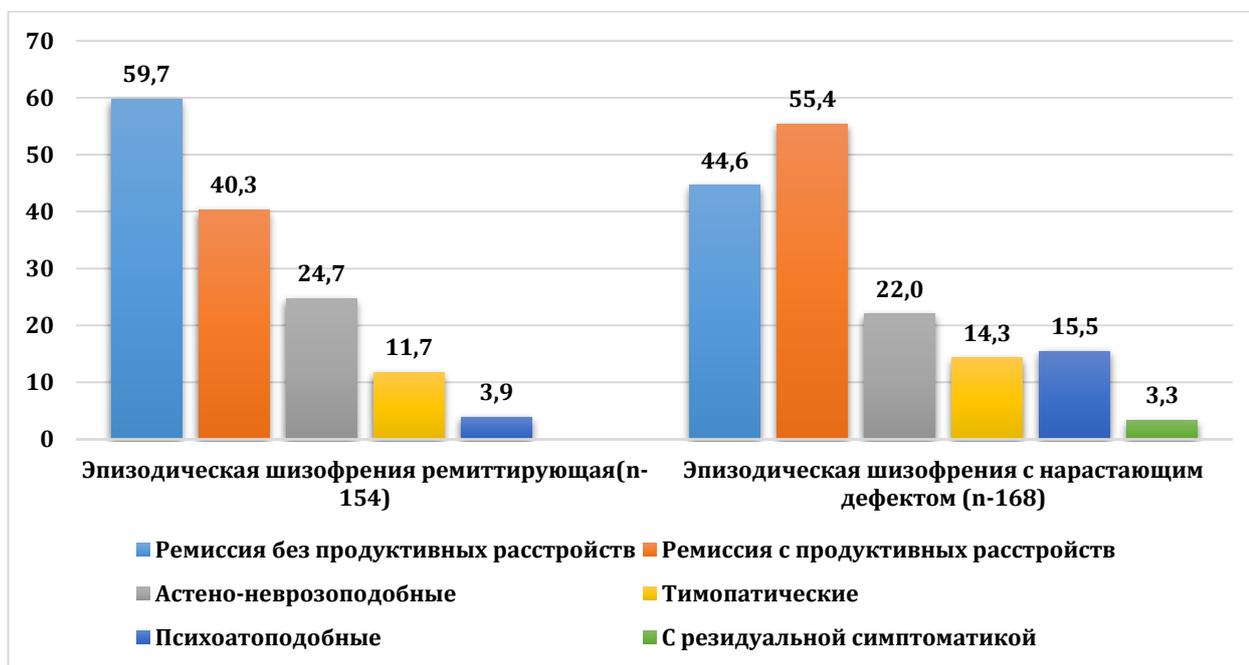


Рис. 7. Сравнительный анализ обследуемых больных по клинической картине первой ремиссии

Ремиссия с продуктивными расстройствами были отмечены у 155 (48,2%) больных, но уже значительно чаще при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом, у 75 (23,3%) больных в ремиссиях наблюдалась астено-невротическая симптоматика – этот тип ремиссий встречался одинаково часто при обеих формах болезни. Тимпатические ремиссии были зафиксированы у 42 (13,0%) больных, также приблизительно одинаково часто.

Психопатоподобные расстройства в ремиссиях отмечаны у 32 (9,9%) больных, и они коррелировали с эпизодической шизофренией с нарастающим дефектом. И только при ЭШНД наблюдались ремиссии с резидуальной симптоматикой – они были у 6 (1,9%) больных.

Ремиссия продолжительностью менее 2 лет были отмечаны у 112 (34,8%) больных, чаще в рамках эпизодической шизофренией с нарастающим

дефектом. Ремиссии длительностью от 3 до 5 лет и от 6 до 9 лет обнаружены соответственно у 95 (29,5%) больных и у 44 (13,6%) больных, предположительно равномерно часто при обеих формах заболевания (Рисунок 8). Продолжительные ремиссии больше десяти лет были выявлены у 71 (22,0%) больных, однако уже значительно чаще при эпизодической ремитирующей шизофрении.

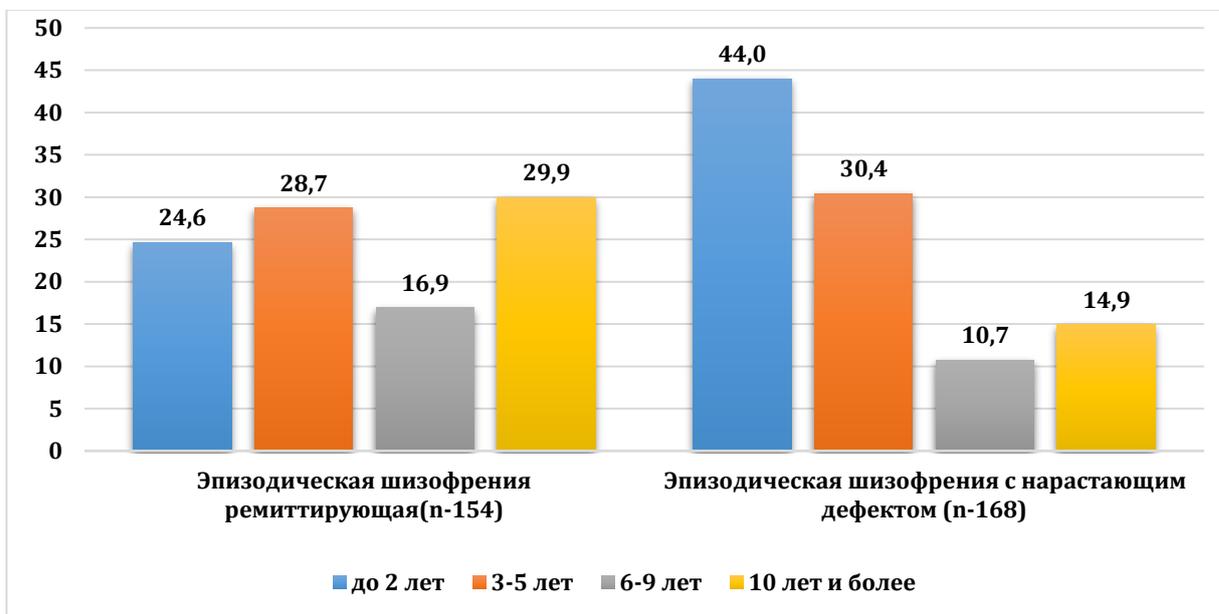


Рис.8. Сравнительный анализ обследуемых больных по длительности первой ремиссии

Анализ количества перенесенных приступов тематическими больными показал, что 141 из них (43,8%) перенесли от одного до трех приступов, причем эта закономерность более характерна для ремитирующего типа течения процесса.

110 (34,2%) больных перенесли за все время болезни от четырех до девяти приступов, и это количество встречалось одинаково часто при обеих формах шизофрении. Больных, перенесших по 10 и более приступов в динамике заболевания, оказалось 71 (22,0%) и их число, наоборот, значительно преобладало при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом.

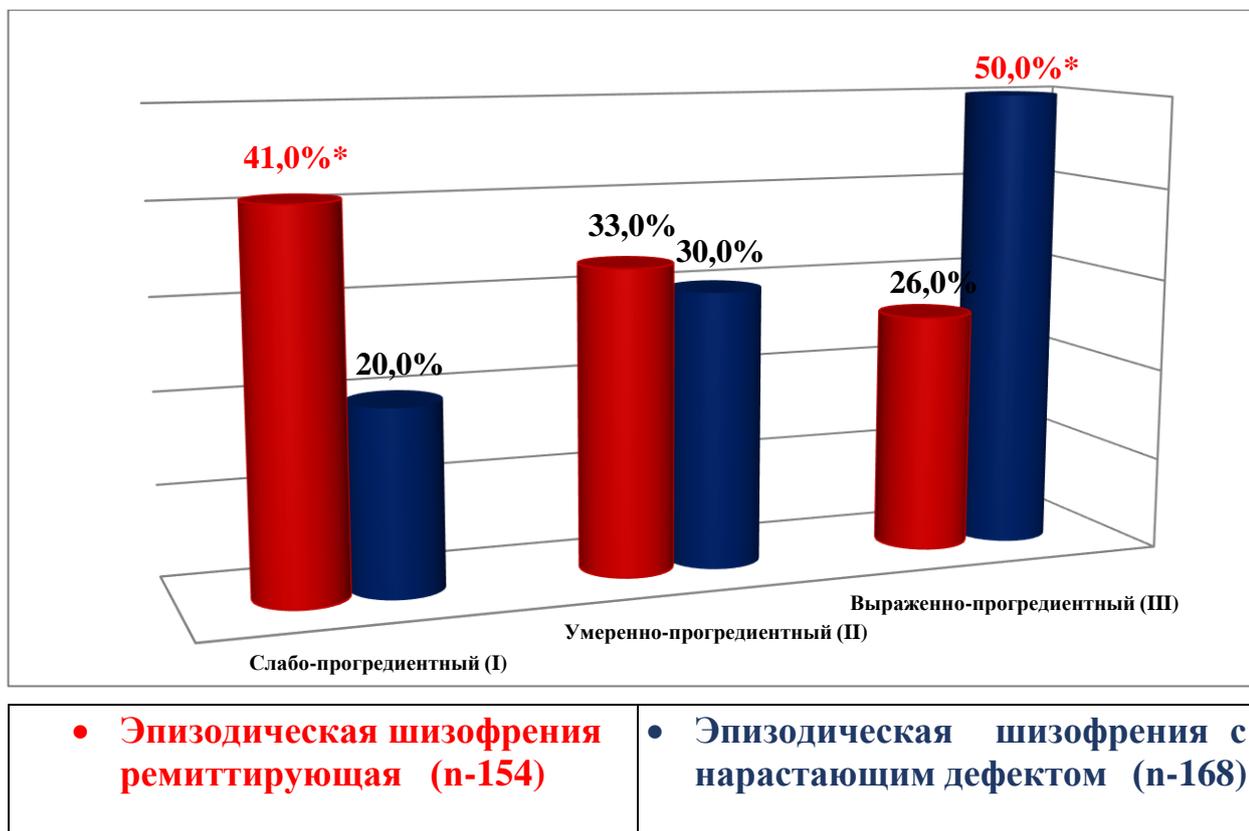


Рис.9. Распределение больных эпизодической шизофренией по темпу прогрессивности на момент обследования.

При сравнительном анализе вариантов течения заболевания было установлено, что регрессирующий вариант встречался значительно чаще при ремиттирующей шизофрении во всех группах, а прогрессирующий вариант при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом.

Регрессирующий вариант течения был выявлен у 169 (52,5%) больного и естественно значительно чаще в рамках ремиттирующей шизофрении.

Прогрессирующий вариант был обнаружен у 153 (47,5%) больных, но уже чаще в рамках эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом.

На основании комплекса клинических и социальных критериев были выделены 3 темпа прогрессивности течения заболевания (Рисунок 9) у тематических больных;

I – слабо-прогрессирующий (благоприятный): небольшое количество перенесенных приступов (до 3-х) и небольшая их длительность (1-2 мес), приступы чисто аффективной симптоматикой, длительные и стойкие ремиссии (особенно последняя) более 5-10 лет, с легкими изменениями личности и (или) с астенической симптоматикой.

II – умеренно-прогрессирующий (умеренный): среднее количество перенесенных приступов (от 3-х до 6-ти), такая же их длительность (от 3-х до 4-5 мес), в приступах типично и атипично-аффективная симптоматика, онейроидная (включая кататоническую симптоматику), депрессивно-параноидные приступы, недостаточно стойкие и недлительные ремиссии (до 1-2 лет) с неврозоподобной и тимопатической симптоматикой.

III – выраженно-прогредиентный (неблагоприятный): достаточно большое число перенесенных приступов (более 6) с длительностью более 4-6 мес, преимущественно встречается при атипичных депрессивных эпизодах (с галлюцинациями, бредом, кататоническими включениями), галлюцинаторно-бредовых расстройствах, в том числе синдроме Кандинского-Клерамбо (при ЭШНД), переходящих нестойких ремиссиях (обычно менее 1 года), при продуктивных симптомах - невротоподобных, с субаффективными колебаниями настроения, психопатоподобными расстройствами и резидуальными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (при ЭШНД).

Обязательным и завершающим этапом клинического прогноза является социально-трудовая адаптация и должна основываться на соответствующих клинических, биологических и социальных факторах (Рисунок 10).

I-уровень адаптации выявлено у 21 (6,5%) больных, больше при эпизодической ремитирующей шизофрении. (соотв. 13,6%-0%, $p < 0,001$).

II-уровень адаптации выявлено у 95(29,5%) больных, больше при эпизодической ремитирующей шизофрении (соотв.40,3%-19,6%, $p < 0,01$).

III-уровень адаптации выявлено у 154 (47,8%) больных, больше при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом (соотв.41,6%-53,6%, $p < 0,05$).

IV-Декомпенсированный («госпитальный») уровень выявлено у 52 (16,1%) больных, больше при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом (соотв.4,5%-26,8%, $p < 0,01$).



Рис. 10. Сравнительная характеристика уровня социально-трудовой адаптации больных с эпизодической шизофренией в момент обследования

Таким образом, при изучении клинических факторов ЭШ установлено, что спонтанный дебют заболевания чаще отмечался при ЭШР, а экзогенно спровоцированное начало болезни коррелирует с ЭШНД дефектом, то есть также является неблагоприятным критерием развития эпизодической шизофрении.

Вялое, экзогенно спровоцированное, начало заболевания с инициальных астено-невротических (14,0%), тимопатических (8,1%), психопатоподобных (6,5%) и негативных (2,2%) расстройств преобладало при ЭШНД.

ЭШР чаще дебютирует тимопатическими расстройствами и астено-неврозоподобной симптоматикой. Начало заболевания с психопатоподобных расстройств коррелирует с ЭШНД.

Изучение развития первого цикла эпизодической шизофрении позволило установить, что наиболее часто клиническая картина манифестного приступа эпизодической шизофрении исчерпывалась депрессивной симптоматикой (15,6%) в том числе атипичными депрессиями (24,5%), онейроидными состояниями (19,6%), маниакальными синдромами (6,6%), в том числе атипичными маниями (8,1%). Дебют, в первую очередь с “чисто” депрессивных, с аффективных приступов, коррелирует в дальнейшем с ЭШР.

Острые галлюцинаторно-бредовые приступы преобладали при ЭШНД во всех группах больных. Наименьшая продолжительность манифестного приступа (не более двух месяцев) отмечалась у 133 (41,3%) больных, чаще при ЭШР. Наибольшая продолжительность первого приступа (5 и более месяцев) была отмечена у 23,6 % больных и значительно чаще при ЭШНД. Состояния «выздоровления» с легкими изменениями личности были сформированы у 48,2% больных, чаще всего в рамках ЭШР. Ремиссии с продуктивными расстройствами были отмечены у 167 (51,8%) больных, но чаще при ЭШНД.

Наименьшая продолжительность первой ремиссии (менее двух лет) было отмечено у 112 (34,8%) больных, достоверно чаще в рамках ЭШНД. Длительные ремиссии свыше 10 лет были обнаружены у 71 (22,0%) больных и значительно чаще при ЭШР.

Следовательно, наиболее благоприятным сочетанием социально-преморбидных характеристик личности в развитии первого цикла эпизодической шизофрении оказывалось отсутствие наследственной отягощенности, патологических черт характера в преморбиде, зрелый возраст начала заболевания при спонтанном развитии.

Неблагоприятное значение имеют наследственная отягощенность шизофренией при экзогенной провокации, шизоидный тип преморбиды и ранний возраст начала заболевания вне зависимости от воздействия экзогенных факторов.

Изучение прогностической значимости комплекса клинических факторов в риске развития приступов шизофрении позволило установить следующие закономерности;

Небольшое количество приступов (не более трех) перенесли 43,5% больных (из них 14,7% - только один приступ), чаще при ЭШР.

Большое количество перенесенных приступов (десять и более) отмечено у 21,7% больных, и коррелировало с ЭШНД. Больных, перенесших более одного приступа, оказалось 85,3%.

На основании учета прогрессивности течения заболевания, темпа активности процесса, сочетания негативной и позитивной симптоматики в ремиссиях, были выделены два варианта течения эпизодической шизофрении: прогрессивный (47,5%) и регрессивный (52,5%). Причем, регрессивный вариант встречался значительно чаще при ЭШР во всех группах больных. Прогрессивный вариант, наоборот, значительно чаще встречался при ЭШНД.

В пятой главе диссертации, озаглавленной «**Профилактика рецидивов и обострений у больных шизофренией с эпизодическим типом течения**» были изучены роль экзогений в количестве перенесенных приступов, а также показатели инвалидности после первого приступа болезни, характеристика трудоспособности, состояния больных зависимости от приема поддерживающей терапии в ремиссиях и характер взаимоотношений в семье.

Широко обсуждается в литературе прогностическое значение такой клинической характеристики эпизодической шизофрении как количество перенесенных приступов в динамике заболевания. Следует отметить, что этот показатель чрезвычайно важен для определения клинического прогноза больных ЭШ и разработки социально-трудовых рекомендаций.

Анализ количества перенесенных приступов тематическими больными показал, что 140 из них (43,5%) перенесли от одного до трех приступов, (роль экзогений в количестве перенесенных приступов представлена в диаграмме 7) причем эта закономерность более характерна для ремитирующего типа течения процесса. 110 больных (34,2%) перенесли за все время болезни от четырех до девяти приступов, и это количество встречалось одинаково часто при обеих формах шизофрении. Больных, перенесших по 10 и более приступов в динамике заболевания, оказалось 72 (22,4%) и их число, наоборот, значительно преобладало при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом.

Больных, перенесших только один приступ, оказалось 47 (14,6%) и достоверно чаще одноприступное течение отмечалось при ремитирующей шизофрении (соотв.: 25,1 и 4,4%; $p < 0,001$), и особенно часто единственный приступ наблюдался в группе больных без наследственной отягощенности, причем вне зависимости от влияния экзогенных факторов (соотв.: 5,4 и 0,5%; $p < 0,001$). При эпизодическом течении с нарастающим дефектом установлено, что наибольшее количество перенесенных приступов отмечалось в группе больных с влиянием экзогенных факторов.

Сравнительный анализ роли экзогенных факторов в количестве перенесенных приступов показал, что их частота от одного до трех чаще встречалась при ремитирующей шизофрении почти во всех группах больных.

При анализе больных, перенесших 10 и более приступов, - их число было наибольшим во всех группах при эпизодической шизофрении с нарастающим дефектом, особенно в группе больных с экзогенной провокацией, что еще раз подтверждает неблагоприятную роль этого фактора. Среди экзогенных факторов в этой группе, а следовательно, наиболее патогенными, оказались: у мужчин – алкоголизация и наркотизация (18,4%), психогении (14,7%), инфекции (7,3%); у женщин-психогении (25,8%), беременность и роды

(14,7%), инфекции (7, 3%), соматогении - (7,3%), сочетенные экзогении (психогении и беременность 3,6%).

При сравнительном анализе показателей распределения больных ЭШ в зависимости от психопатологических особенностей их состояния в момент обследования и приема поддерживающей терапии обнаружено, что для больных, находящихся в состоянии ремиссий без продуктивных расстройств, фактор поддерживающего лечения играет менее существенную роль в плане стабилизации психического состояния и социально-трудовой реадaptации.

Анализ больных, не принимающих поддерживающей терапии, показал, что их было больше при ЭШР. Обратная картина наблюдалась при анализе больных с продуктивными расстройствами в момент обследования и не принимающих поддерживающей терапии, - при ЭШР.

Полученные данные показывают, что фактор поддерживающей терапии имеет большое значение для больных с продуктивными (астено-невротическими, тимопатическими и психопатоподобными) расстройствами в ремиссиях, способствуя стабилизации их психического состояния и более успешному проведению социально-реабилитационных мероприятий.

Также важное значение имели микросоциальная среда, окружение больных, характер взаимоотношений в семье для сохранения или утраты трудоспособности и социальной реадaptации тематических больных. У больных, имеющих свою семью или проживающих с родственниками, была проанализирована социально-трудовой адаптация в зависимости от характера взаимоотношений в семье.

Хорошие, добрые и теплые взаимоотношения между членами семьи, поддержка и внимание друг к другу, взаимопонимание, наличие общих интересов, адекватная забота о больном считается хорошими взаимоотношениями в семье. Формальные взаимоотношения характеризовались главным образом эмоциональным отчуждением всех ее членов, что приводило к отсутствию взаимопонимания, теплоты, заботы, достаточного внимания. При формально ровных семейных взаимоотношениях каждый член семьи жил своей обособленной жизнью. Частые конфликты и ссоры, отсутствие согласованности и договоренности в семье, взаимные обвинения, черствое, бездушное отношение к больному оценивались как плохие взаимоотношения.

Внутри каждой популяции обнаружены четкие корреляции между характером взаимоотношений в семье и уровнем социально-трудовой реадaptации больных эпизодической шизофренией.

Анализ инвалидности обследуемых больных по типу течения эпизодической шизофрении показал (Рисунок 11), что отсутствия группы инвалидности часто наблюдалось при ЭРШ (соотв.: 38,3%-6,5%), в то время что группа инвалидности, особенно инвалидность 2-группы четко коррелировал с ЭШНД. (соотв.: 53,2%-82,8%).

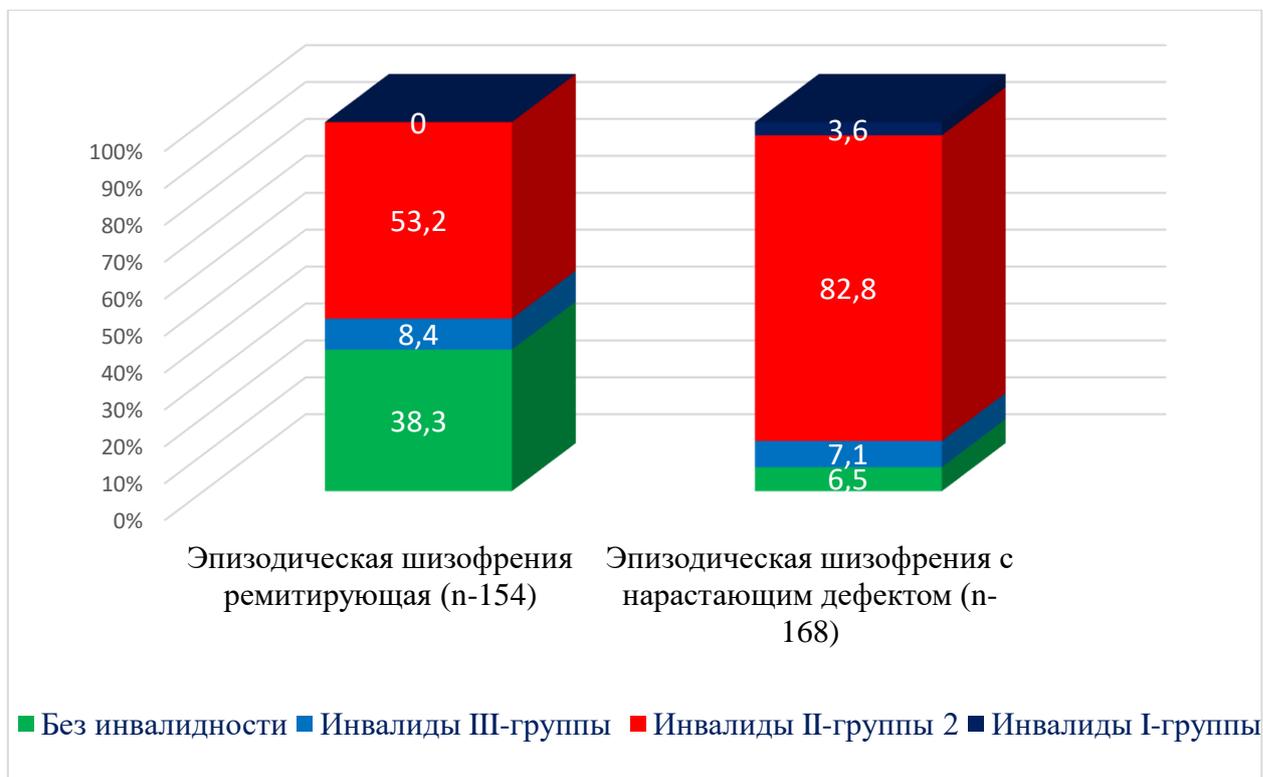


Рис. 11. Сравнительный анализ инвалидности обследуемых больных по типу течения эпизодической шизофрении.

Мы поставили перед собой основные задачи: определить прогностическую значимость социально-преморбидных характеристик личности и клинических параметров шизофрении, разработать комплекс мероприятий по профилактике шизофрении с эпизодическим типом течения.

Учитывая все вышесказанное, мы предлагаем алгоритм по психопрофилактике эпизодической шизофрении (Схема 1).

Первичная психопрофилактика — содержит комплекс мероприятий, по выявлению групп высокого риска и направленный на предупреждение шизофрении.

Вторичная психопрофилактика — это максимально раннее выявление начальных фаз ЭШ и их своевременное (раннее) активное лечение. С целью минимизировать неблагоприятных последствия заболевания рекомендуется организовать при психоневрологических диспансерах отделения (клиника) первичного психотического эпизода.

Третичная психопрофилактика - включает в себя адекватную, эффективную психофармакологическую поддерживающую терапию, социально-реабилитационных мероприятия, которые направленные на предупреждение инвалидности и улучшения качества жизни больных шизофренией с эпизодическим типом течения.

ПЕРВИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Организация систематического психологического, патопсихологического и психопатологического обследования для выявления групп высокого риска;

Лиц с наследственной предрасположенностью, лиц с особыми преморбидными чертами характера и склонностью к употреблению ПАВ (наркотиков и алкоголя.)

НЕТ

ЕСТЬ

Организовать профилактических мероприятия. Динамическое наблюдение за лицами из группы риска, периодическое проведение рациональной психотерапии. Рекомендации: а) отказаться от употребления наркотиков и алкоголя; б) постоянно стремиться развивать свои социальные навыки; в) избегать социальной изоляции; г) формировать хорошие отношения со взрослыми людьми; д) физическая активность,

ВТОРИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Манифестный приступ шизофрении

НЕТ

ЕСТЬ

1. Немедленно начать лечебные мероприятия. (предпочтительно стационарно, амбулаторно и в дневном стационаре, а также выбор атипичных антипсихотиков в качестве препаратов первой линии с целью профилактики повторных рецидивов). 2. С целью минимизировать неблагоприятные последствия заболевания организовать в ПНД отделении первого психотического эпизода (ОППЭ).

ТРЕТИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

СОСТОЯНИЯ
РЕМИССИИ

1. Адекватная и эффективная поддерживающая терапия в сочетании с комплексом социально-реабилитационных и психотерапевтических мероприятий для улучшения качества ремиссии и профилактики инвалидизации; Психообразование; Тренинг социальных навыков; Семейная терапия; Программы поддерживаемого трудоустройства; Когнитивная ремедиация;

1-схема. Алгоритм психопрофилактики эпизодической шизофрении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В результате исследования выявлены клинические критерии раннего прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения высокой ранговой значимости. Отсутствие наследственной отягощенности (26,7%), патологических черт характера в преморбиде (37,3%) и поздний возраст манифеста (52,8%) при спонтанном развитии рецидивов являются наиболее благоприятными факторами в развитии дебюта и в риске развития последующих приступов шизофрении. Наследственная отягощенность (73,3%), шизоидный тип преморбиды (36,6%) и раннее начало заболевания (33,8%) являются неблагоприятными факторами прогноза.

2. Для определения раннего клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения большое значение имеет соотношение комплекса факторов в риске развития манифестного приступа и первой ремиссии. А именно: инициальный период, характер дебюта болезни, клиническая картина первого приступа и его продолжительность, характер завершения (острый выход или литическое завершение), клинические особенности и длительность первой ремиссии.

3. Острое начало заболевания (63,3%) с преобладанием депрессивных расстройств в картине первого приступа (40,1%), его продолжительность менее трёх месяцев (41,3%), а также первая ремиссия без продуктивных расстройств или же с легкими изменениями личности (51,8%) и её длительность с выше 10 лет (22,0%) являются благоприятными критериями для определения клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

4. Начало заболевания с инициальных расстройств (подострое начало, 30,7%), преобладания в структуре манифестного приступа галлюцинаторно-бредовой симптоматики (12,9%) и его продолжительность более 3-4 месяцев (35,1%), а также наличие продуктивной симптоматики в период первой ремиссии (48,2%) и её длительность менее трех лет (34,8%) являются, наоборот, неблагоприятными факторами клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

5. Небольшое количество перенесенных приступов в динамике заболевания от одного до трех приступов (43,8%), невыраженные психопатологические расстройства в ремиссии и состояния стабильной ремиссии на момент обследования (51,8%) коррелировали с благоприятным прогнозом. В то время, как большие количества приступов (более 10 приступов) (22,0%), выраженные психопатологические расстройства в ремиссиях на уровне резидуальной симптоматики (48,2%) на момент обследования являлись неблагоприятными факторами клинического прогноза шизофрении с эпизодическим типом течения.

6. Профилактика рецидивов должна начинаться не в состоянии сформировавшейся ремиссии, а в период ее «созревания» (формирования). В зависимости от «хвоста» приступа, за две недели до выписки необходимо подобрать адекватное и эффективное поддерживающее лечение (выбор

атипичных антипсихотиков в качестве препаратов первой линии с целью профилактики повторных рецидивов и из антидепрессантов нового поколения группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина - СИОЗС) и способа психотерапии (семейная психотерапия). В связи с этим был разработан алгоритм психопрофилактики шизофрении с эпизодическим (приступообразным) типом течения.

**ONE-TIME SCIENTIFIC COUNCIL ON THE BASIS OF THE
SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 FOR THE
AWARDING ACADEMIC DEGREES AT
THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ISLAMOV SHAVKATJON KHABIBULLAEVICH

**CLINICAL PROGNOSIS AND PREVENTION OF RELAPSES OF
SCHIZOPHRENIA WITH PAROXYSMAL TYPE OF COURSE**

**14.00.43 – Preventive medicine
14.00.18 – Psychiatry and narcology**

**ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
THESIS IN MEDICAL SCIENCES**

ANDIJAN - 2024

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission at Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under B2021.1.PhD/Tib1816.

The dissertation was completed at the Andijan State Medical Institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.tma.uz) and the Information and Educational Portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific supervisors: **Agranovsky Mark Leiserovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents: **Alimov Ulugbek Khudayarovich**
Doctor of Medical Sciences, Professor
Johraeva Mohigul Azimovna
Doctor of Medical Sciences, Docent

Lead organization: **Tashkent Pediatrics Medical Institute**

Thesis defense will take place " _____ " _____ 2024 at _____ hours at a meeting of a one-time scientific council on the basis of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.02 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan city, Y.Atabekov street. house 1; Tel./Fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation can be found in the information and resource center of the Andijan State Medical Institute (registration number No. _____). (Address: 170100, Andijan city, Y.Atabekova street, 1; Tel/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of dissertation sent out on « _____ » _____ 2024 y.

(mailing report №. _____ on « _____ » _____ 2024 y.)

Kh.Kh.Tursunov

Chairman of the one-time scientific council on the basis of the scientific council for the award of academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

D.Z. Mamarasulova

Scientific secretary of a one-time scientific council on the basis of a scientific council for awarding academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

Z.S. Salokhiddinov

Chairman of the one-time scientific seminar at a one-time scientific council based on the scientific council for the award of academic degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract PhD dissertation)

The aim of the study is to study clinical prognostic factors and develop a set of measures to prevent relapses of schizophrenia with paroxysmal (episodic) type of course.

The object of the study were 322 patients with episodic schizophrenia, with duration of disease more than 20 years, registered in Andijan regional psychoneurological dispensary, living in Andijan city. Episodic schizophrenia remitting (ESR) was diagnosed in 154 (47,8%) patients, 78 (50,6%)-males, 76 (49.4%)-women.

Scientific novelty of the research consists in the following:

A set of socio-premorbid characteristics and a set of clinical parameters of the disease were studied to determine the clinical prognosis of schizophrenia with episodic type of course;

The variants of the course and the rate of progression were studied and singled out;

Measures for prevention of relapses in this contingent of patients were developed.

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained in the study of the complex of socio-premorbid factors of clinical prognosis of episodic schizophrenia:

Methodological recommendations "Therapeutic and prophylactic algorithm for ranking the prognostic value of the first cycle of schizophrenia with episodic type of course" were approved (Conclusion of the Expert Council of the ASMI of 15 november 2023). These methodological recommendations make it possible to identify reliably significant criteria of early prognosis common for both types of schizophrenia course and typical for each separately;

The obtained scientific results of research on prediction of complex biological and social factors of schizophrenia with remitting type of course are implemented in clinical practice of Andijan, Fergana, Namangan regional psychoneurological dispensary (Conclusion of 27 november 2023). Implementation of the results of the study allowed to reduce the frequency of hospitalization of patients, reduce the number of bed days, costs of active psychopharmacological treatment and reduce material costs, level of disability, increase the duration and quality of life.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion and a list of references. The volume of the dissertation was 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Аграновский М. Л., Исламов Ш. Х., Аграновский К. М., Долимова М. А., Сочетание наследственной отягощенности и экзогенных факторов как предиктор раннего клинического прогноза шизофрении с приступообразным типом течения // Неврология. – Ташкент, 2020. – № 3 (83). – С. 53-56 (14.00.00; №4).

2. 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).

3. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Исламов Ш. Х., Мирзаев А. А. Клиническая типология депрессий при шизофрении с приступообразным течением // Журнал «Биомедицины и практики». – Ташкент, 2020. – Номер 6, выпуск 5. – С. 193-199 (14.00.00; №24).

4. Agranovski 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.

II бўлим (II часть; II part)

5. Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х., Клинический прогноз и профилактика рецидивов шизофрении с приступообразным типом течения // Агентство по Интеллектуальной Собственности При Министерстве Юстиции Республики Узбекистан, Свидетельство об официальной регистрации программы для электронных-вычислительных машин № DGU 10716.

6. 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).

7. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Аграновский К. М., Исламов Ш. Х. Сравнительная эффективность качества и структуры ремиссий при рекуррентной шизофрении в зависимости от длительной поддерживающей терапии. // Неврология. – Ташкент, 2020. – № 2 (82). – С. 62-64 (14.00.00; №4).

8. Dolimova M.A., Agranovsky M.L., Islamov Sh.H., Soliyev D.M., Gulomkodiurov 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 10.5281/zenodo.6388244. May 2021 year. Volume-2 | Issue 1-10.5281/zenodo.6388244. 11931 Barlow Pl Philadelphia, PA 19116, USA. p. 55-63.

9. Аграновский М.Л., Исламов Ш. Х., Аграновский К.М. Долимова МА. Роль наследственности и экзогений в формировании манифестного приступа шизофрении с приступообразным типом течения. // «re-health journal» электронный научно-практический журнал. Выпуск: 2(3)2020. DOI: 10.24411/2181-0443/2020-10094. С. 98-102.

10. Аграновский М.Л., Исламов Ш. Х., Аграновский К.М. Долимова МА. Роль наследственности и экзогений в формировании первой ремиссии шизофрении с приступообразным типом течения. // «re-health journal» электронный научно-практический журнал. Выпуск: 2(3)2020. DOI: 10.24411/2181-0443/2020-10094. С. 103-107

11. Долимова М.А., Аграновский М.Л., Исламов Ш. Х., Каримов А.Х. Ранние предикторы клинического прогноза больных шизофренией с приступообразным типом течения. // "Тиббиётнинг долзарб муаммолари" мавзусидаги республика ёш олимлар ва иқтидорли талабаларнинг илмий-амалий видео-конференцияси. Андижан-2020. – С. 144.

12. Аграновский М. Л., Долимова М. А., Исламов Ш. Х., Топволдиев М.К., Махмудова Х.Х. Роль наследственности и экзогений в формировании первой ремиссии шизофрении с приступообразным типом течения. // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием. «Психиатрия в свете реформ и преобразования» 3 ноября 2020 года. Ташкент. – С. 37-38.

13. Аграновский М. Л., Исламов Ш. Х. Значение наследственности и экзогений в продолжительности манифестного приступа шизофрении. // Prospects and main trends in modern science. International scientific-online conference. Part 6, 2023 November 29th. Madrid, Spain. – p. 89-90.

14. Исламов Ш. Х. Влияния экзогении на клинический прогноз и течение эпизодической шизофрении. // Экономика и социум-2023. Международный научно-практический журнал. №1(114) (19.11.2023).

15. Аграновский М.Л., Исламов Ш.Х. Прогностические значения внешних факторов и преморбидных особенностей личности больных шизофренией с эпизодическим типом течения. // Innovative achievements in science 2023: International scientific-online conference (27th November, 2023) - Chelyabinsk, Russia : "CESS", 2023. – Part 23. – p. 94-99.

16. Agranovsky M.L., Islamov Sh.H. Features of the Debut as an Early Predictor of The Clinical Prognosis of Schizophrenia with An Episodic A Type of Course. // Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 <https://zienjournals.com> Date of Publication: 24-11-2023. – p.168-171.

17. Исламов Ш.Х., Аграновский М. Л. Лечебно-профилактический алгоритм ранжирования прогностической значимости первого цикла шизофрении с эпизодическим типом течения // Методическая рекомендация. – Андижан, 2023. – 21 с.