

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

На правах рукописи

УДК 616.895.8-036.865

ГАНИХАНОВ АБДУРАХИМ АБДУХАМИТОВИЧ

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ИНВАЛИДИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

14.00.18 - Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Ташкент – 2012 г.

Работа выполнена на кафедре психиатрии и наркологии Ташкентской
Медицинской Академии

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
МАГЗУМОВА Шахноза Шахзадэевна

**Официальные
оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор
АГРАНОВСКИЙ Марк Лазаревич

кандидат медицинских наук, доцент
МУХТАРОВА Хакикат Каримжановна

Ведущая организация Самаркандский государственный
медицинский институт

Защита диссертации состоится «_____» _____ 201 года в _____
часов на заседании Специализированного совета Д.087.49.02 при
Ташкентском институте усовершенствования врачей (Республика
Узбекистан, 100007, Ташкент, ул. Паркентская, 51)

Автореферат разослан «_____» _____ 2012 года

Ученый секретарь

Специализированного Совета,

доктор медицинских наук, профессор

С.З. Ешимбетова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Переход от биологической к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи обусловлен, главным образом, двумя причинами. Признана буферная роль социальной поддержки для предупреждения обострений и улучшения клинического и социального прогноза (Зозуля Т.В., 1997; Шмуклер А.Б. 1998; Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко, Ю.В. Сейку и др., 1998; Ломаченков А.С., 2000; Кабанов М.М. и Бурковский Г.В., 2000; Гурович И.Я. и Гусева Л.Я., 2000; Ш.Ш. Магзумова, 2003; Иконников Д.В., 2004; Ильина Н.А., 2006;). Во-вторых, толчком к усилению роли социальной работы в системе оказания психиатрической помощи послужила охватившая все развитые страны политика деинституционализации, то есть выведения больных из психиатрических стационаров и оказания психиатрической помощи преимущественно во внебольничных условиях. Это позволяет избежать утраты пациентом приемлемых социальных ролей вследствие длительного пребывания в условиях психиатрического стационара (Ciompi L., 1997; Andersen C.M., 1998; G. Parker, A. Rosen, T. Trauer, D. Hadzi-Pavlovic., 2007).

При хроническом системном заболевании, каковым является шизофрения, своевременное проведение мероприятий, ослабляющих его прогрессивность и способствующих предотвращению обострений и дезадаптации больных, становится формой их ранней реабилитации. Ранняя реабилитация является клинической проблемой, которая требует нахождения адекватных форм восстановительного лечения на основе изучения начальных проявлений шизофрении и особенностей социальной адаптации больных в конкретных условиях их жизни и деятельности. Изучение инвалидизации вследствие шизофрении является многогранной, комплексной проблемой, в возникновении ее участвует целый ряд факторов, в число которых входят демографические тенденции, уровень заболеваемости шизофренией, клиническое содержание и течение заболевания, система экспертизы стойкой утраты трудоспособности, уровень социально-бытовой инфраструктуры и характер взаимоотношений в микросоциуме больного.

Данные ранее проведенных исследований больных шизофренией со стойкой утратой трудоспособности позволяют говорить, что возникновению состояния инвалидности у этих больных способствует ряд предрасполагающих клинических, социальных, конституционально-биологических факторов, влияющих на формирование инвалидизации. Учитывая неоднозначность результатов, полученных авторами, можно заключить, что для разных популяций приоритетность факторов риска является неодинаковой (Сарсембаев К.Т., 1986; Абдуллаева Г.Ф., 1992; Шмуклер А.Б., Немиринский О.В., 1995; Шмуклер А.Б., 1998;). В Республике Узбекистан таких исследований ранее не проводилось.

Степень изученности проблемы. Проведенные за относительно недавний период исследования касались отдельных вопросов выявляемости и социально-трудовой адаптации больных шизофренией [Вишневский А.Г.,

1997; Абдраязкова А.М., Булыгина В.Г., 2006]. Были проведены исследования, посвященные эпидемиологии основных психических расстройств, а также выявлению факторов, характеризующих и влияющих на развитие заболеваний [Кабанов М.М., Бурковский Г.В., 2000; Кабанов М.М., Ломаченков А.С., Бушнелл Д., 2000; Коробов М.В., Помников В.Г., 2003; Магзумова Ш.Ш., Абдуфаттаев А., 2001; Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2002]. Комплексных исследований, посвященных изучению комплекса клинических и социальных факторов, способствующих инвалидизации, не проводилось. Изучение данных параметров даст возможность совершенствования профилактических мер по предупреждению инвалидизации вследствие шизофрении, что повлечет за собой улучшение качества оказываемой помощи.

Вышесказанное позволяет считать, что изучение комплекса клинических, биологических, социальных факторов, способных оказать влияние на формирование инвалидизации у больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией, является одной из актуальных задач здравоохранения нашей Республики, имеющей как научное, так и практическое значение.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Работа выполнена в соответствии с планом НИР кафедры психиатрии и наркологии ТМА по теме «Факторы возникновения, течения и прогноза психических расстройств», **Государственная регистрация № 01070070.**

Цель исследования - изучение влияния комплекса клинико-социальных факторов у больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией на утрату трудоспособности и формирование инвалидности.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Разработать прогностические таблицы по заболеваемости шизофренией с оценкой возможности их применения.

2. Изучить клинические и конституционально-биологические факторы, влияющие на инвалидизацию больных непрерывной параноидной шизофренией.

3. Изучить медико-социальные факторы, влияющие на инвалидизацию больных непрерывной параноидной шизофренией.

4. Провести интегральную оценку клинических, конституционально-биологических и социальных факторов риска инвалидизации для больных непрерывной параноидной шизофренией и рекомендовать мероприятия для профилактики стойкой утраты трудоспособности.

Объектом исследования явились больные, имеющие установленный диагноз непрерывнотекущей параноидной шизофрении, удовлетворяющий критериям диагноза F-20.0 согласно МКБ-10. Пациенты, входившие в контингент обследуемых, были отобраны с учетом возможности их разделения на 2 группы: в первую, основную группу, входило 750 больных с установленной на основании заключения врачебно-трудовой экспертной

комиссии группой инвалидности; во вторую (контрольную), группу сравнения, было отобрано 160 пациентов без установленной на момент проведения исследования группы инвалидности. Все больные состояли на учете в психоневрологическом диспансере № 1 г. Ташкента. Были проанализированы архивные истории болезни всех пациентов, а также проведены беседы с ними и в некоторых случаях с их родственниками для выявления особенностей преморбидных характеристик личности, продромального и инициального периодов, дебюта, течения заболевания и психического статуса на момент проведения исследования

Предметом исследования явилось изучение клинических, конституционально-биологических, и социальных факторов риска инвалидизации больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический, клинико-катамнестический, метод аппроксимации, методика интегральной оценки факторов риска на основе вероятностного метода Байеса, модифицированного Шиганом Е.Н. (1986 г.)

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Несмотря на более высокую прогностическую значимость клинических и конституционально-биологических факторов в формировании стойкой утраты трудоспособности у больных с непрерывным типом течения параноидной шизофрении, не менее важным является роль социальных факторов, которые могут влиять на скорость развития социальной дезадаптации.

2. К социальным факторам неблагоприятного прогноза у больных с непрерывным типом течения параноидной шизофрении относятся: низкий уровень образования в преморбиде, низкий уровень профессиональной квалификации, нерегулярное посещение или непосещение психоневрологического диспансера, отсутствие систематического приема поддерживающей терапии, недостаточная поддержка и опека семьи при неправильном понимании состояния больного, недостаточная работа социальных служб.

3. К социальным факторам благоприятного прогноза у больных с непрерывным типом течения параноидной шизофрении можно отнести: полный комплаенс с врачом-психиатром, более высокий уровень образования и квалификации до начала болезни, высокая психосоциальная поддержка как со стороны врачей и психологов, так со стороны социальных служб и близкого окружения при наличии разумных ожиданий относительно возможностей больного и отсутствии напряженности в семейной атмосфере.

Научная новизна исследования: в Республике Узбекистан впервые проведен детальный анализ факторов инвалидизации вследствие непрерывной параноидной шизофрении, изучен репрезентативный контингент больных-инвалидов по шизофрении, определен комплекс клинических и социальных факторов, влияющих на инвалидизацию. (Ганиханов А.А., Проблемы инвалидизации и реабилитации больных

шизофренией // Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации». – Санкт-Петербург, 2008. – с. 64.)

Установлены социальные факторы, играющие немаловажную роль в формировании стойкой утраты трудоспособности. (Тошматов Б.А., Магзумова Ш.Ш., Мухтарова Х.К., Ганиханов А.А. Значение психосоциальных факторов в решении вопросов реабилитации больных шизофренией // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2006. - № 5 – с. 81-85.)

Произведена комплексная оценка клинических особенностей и факторов средового значения, способствующих формированию инвалидности по непрерывной параноидной шизофрении. (Ганиханов А.А., Ушакова М.В. Значение преморбидных признаков при шизофрении в оценке эффективности реабилитации. // Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей. – 2008. – с. 129-130)

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Изучение роли клинических, социальных факторов, способствующих инвалидизации больных непрерывной параноидной шизофренией, может способствовать совершенствованию оказания лечебно-профилактической помощи больным.

Результаты исследования, внедренные в лечебную работу психиатрического стационара, психоневрологического диспансера, кафедры психиатрии и наркологии ТМА (заключение отдела по Координации научно-практической деятельности МЗ РУз о внедрении материалов диссертационной работы № 83/169 от 28.11.2011 г.), способствуют более качественному и прицельному осуществлению наблюдения за клинической картиной, течением заболевания, адекватному подбору систематической поддерживающей терапии посредством осуществления преемственности в решении клинических и социальных вопросов у больных непрерывной параноидной шизофренией между врачом-психиатром амбулаторного звена и врачом общей практики в семейной поликлинике, с врачами узкого профиля, с одной стороны, и семьей и ближайшим окружением пациента, с другой, для улучшения качества оказания медицинской помощи больным, страдающим шизофренией.

Реализация результатов исследования. Результаты исследования внедрены в лечебно-профилактическую работу Городского Психоневрологического диспансера № 1, Городской Клинической психиатрической больницы ГУЗ Хокимията г. Ташкента и кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской Медицинской Академии.

Апробация работы. Результаты работы представлены на Конференции молодых ученых ТМА (2006, 2008), конференции студентов и молодых ученых, посвященной «Году социальной защиты» (Андижан, 2007),

международном семинаре «Женщины: рынок труда и занятость» (Ташкент, 2008).

Материалы диссертации обсуждены на заседании: на межкафедральной конференции с участием кафедр психиатрии и наркологии и нервных болезней ТМА (2011), на заседании конференции Городской клинической психиатрической больницы с участием кафедры психиатрии ТашПМИ (2011).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано 13 печатных работ (5 журнальных статей, 7 тезисов, 1 методическая рекомендация)

Объем и структура диссертационной работы

Диссертация изложена на 135 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования и трех глав собственных исследований, а также выводов, заключения, практических рекомендаций и приложений. Работа иллюстрирована 20 таблицами, 7 диаграммами, рисунками и схемами. Список литературы включает 246 источников, в том числе 96 работ авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования.

Сбор информации по показателям первичной и общей заболеваемости шизофренией, распространенности инвалидности по шизофрении проведен на основе ретроспективных данных государственной статистической отчетности об общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами за период 1997-2006 г.г. в Институте «Здоровье» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и организационно-методическом Консультативном отделе Республиканской Клинической психиатрической больницы (форма-№ 10). Прогноз распространенности инвалидности по шизофрении проведен на основе данных за последние десять лет (с 1997 по 2006 гг.) с использованием метода аппроксимации.

Объем выборки в основной группе составил 10 % от общего числа больных, состоящих на учете психоневрологических диспансеров города Ташкента, формирование групп проведено случайным методом. При выборе репрезентативных групп больных была учтена необходимость изучения характеристик больных шизофренией - инвалидов по клиническим, медико-биологическим, конституциональным и социальным аспектам.

Для изучения степени влияния биологических факторов риска и их комплексной оценки была использована «Методика интегральной оценки факторов риска» на основе вероятностного метода Байеса, модифицированного Шиганом Е.Н., (1986г.) остальные факторы оценивались с позиций их значимости для социальной адаптации больных.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний многолетний уровень первичной заболеваемости шизофренией в Республике Узбекистан с 1997 г. по 2006 г. составил $11,96 \pm 0,21$ с небольшими колебаниями интенсивного показателя

заболеваемости – от 11,1 до 13,2 на 100 000 населения в отдельные годы. Средний многолетний уровень общей заболеваемости за исследуемый период в целом по республике составил $224,89 \pm 0,55$ с колебаниями интенсивного показателя заболеваемости от 228,3 до 222,9 на 100 000 населения в отдельные годы. Анализ случаев инвалидности по причине шизофрении в Республике Узбекистан с 1997 г по 2006 г показал, что средний многолетний уровень инвалидизации за исследуемый период по республике в целом составил $40,22 \pm 0,53$ с колебаниями показателя в отдельные годы от 42,9 до 37,7 на 100 больных шизофренией.

Прогноз распространенности инвалидности по шизофрении на основе данных за 16 лет (с 1991 по 2006 гг.) проведен методом аппроксимации. Согласно полученным прогностическим данным, показатель общей заболеваемости шизофренией по Республике Узбекистан в 2011 году должен составлять 204,2 на 100000 населения, т.е. уровень должен несколько снизиться. Оценив уровень показателя в 2010 году: общая заболеваемость шизофренией – 201,5 на 100000 населения, уровень инвалидизации – 42,9 на 100 больных, можно с уверенностью сказать, что данные прогноза подтвердились. Опираясь на статистические данные по инвалидности с 1991 года и зная функцию распределения, был получен результат, что в 2020 году, при сохранении тех же условий учета, выявления и организации психиатрической помощи количество инвалидов по шизофрении может возрасти и составить 47,7 на 100 больных.

Прогнозируемый в Республике Узбекистан рост показателя инвалидности по шизофрении требует разработки и реализации соответствующих мер по совершенствованию оказания психиатрической помощи больным непрерывной параноидной шизофренией, направленной на профилактику инвалидности.

При сравнении лиц основной и контрольной групп по полу оказалось, что мужчин больше в основной группе – 57,2%, в контрольной – 49,5% ($p < 0,01$). Женщин в основной группе оказалось 42,8%, а в контрольной группе – 50,5% ($p < 0,01$). Основная масса больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией находится в возрастном интервале от 30 до 59 лет.

В ходе исследования было выяснено среднее количество лет установления инвалидности после начала заболевания ($6,02 \pm 0,13$ лет). Выявлена интересная динамика распределения длительности заболевания в сравниваемых группах (рис. 1)

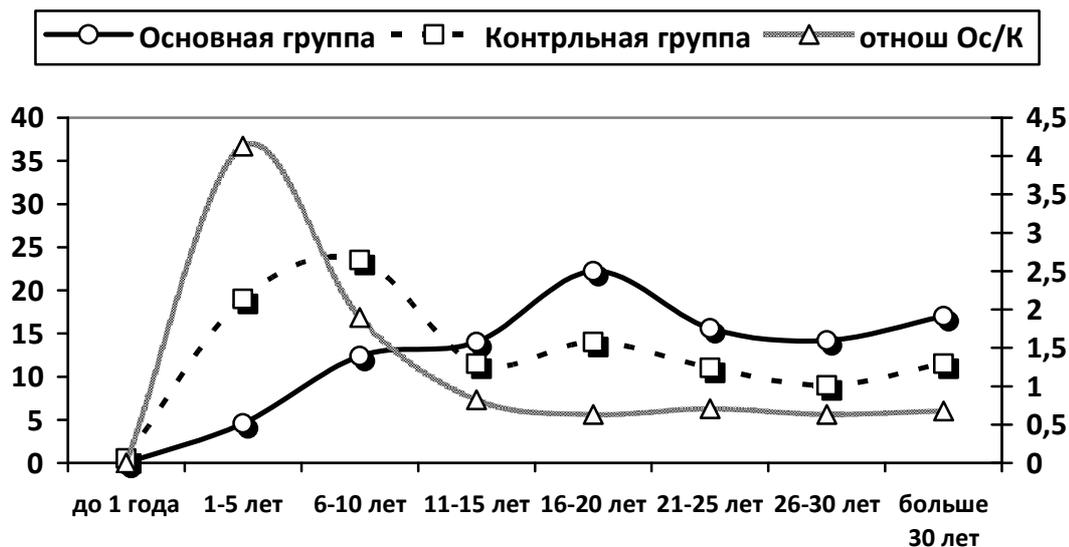


Рис. 1. Распределение больных по длительности заболевания (%).

Если до возрастного интервала 11 – 15 лет и после 16-летнего периода заболевания распределение больных в двух группах по длительности болезни (нарастание и убывание) идет практически параллельно (при более низких экстенсивных показателях в контрольной группе), то длительность заболевания от 11 до 15 лет можно считать критическим периодом формирования инвалидности, т.к. именно в этот период происходит формирование основного контингента больных – инвалидов. С другой стороны, для больных группы сравнения этот период является решающим, так как можно предположить, что либо формируется стойкая терапевтическая ремиссия, либо осуществляются дополнительные реабилитационные мероприятия, позволяющие больному не оформлять группу инвалидности. Причем в формировании терапевтической ремиссии может быть велика роль ряда социальных факторов, таких как комплаентность пациента, внимание и поддержка со стороны родственников. Длительность пребывания вне стационара между обострениями заболевания уменьшается по мере углубления негативных расстройств. Происходит это в периоды между 6-10 и 11-15 лет от клинической манифестации заболевания.

В соответствии с анализом конституционально-биологических факторов, наследственная отягощенность психическими расстройствами выявлена в целом у каждого трех из четырех больных основной группы (77,1 % пациентов основной группы и 45,6% группы сравнения, $p < 0,01$), что свидетельствует о более неблагоприятном генетическом фоне в группе инвалидизированных больных по сравнению с пациентами-неинвалидами. Патология перинатального периода выявлена в 1,3 раза чаще у пациентов основной группы, чем в группе сравнения – 71,3% и 56,3% соответственно ($p < 0,01$). Среди больных – инвалидов частота лиц с сопутствующими

заболеваниями и экзогенной интоксикацией составила 18,6%, а в группе контроля – 7,5% ($p < 0,01$).

В нашем исследовании были выявлены следующие типы доболезненных личностных особенностей у больных шизофренией: 1) гипертимные личности (13,3% в основной группе и 35% в группе сравнения, $p < 0,001$) с чертами незрелости в эмоциональной сфере и склонностью к мечтательности и фантазированию; 2) стеничные шизоиды (30,1% человек в группе сравнения и 43,2% в основной группе, $p < 0,01$); они проявляли больше стойкости в отстаивании жизненных позиций и взглядов, при всей своей необщительности и стремлении к замкнутости были способны на «чувства любви и дружбы по долгу» 3) сенситивные шизоиды (9,5% в группе сравнения и 6,9% в основной группе, $p < 0,01$); подавляющее их большинство к моменту дебюта заболевания не состояли в официальном браке, не имели длительных эмоционально значимых привязанностей, не занимались продуктивной трудовой деятельностью; 4) возбудимые личности (0,5% в группе сравнения и 2,1 % в основной группе, $p < 0,05$); они отличались повышенной требовательностью к окружающим, нежеланием считаться с их мнением, эгоизмом и себялюбием, обидчивостью и подозрительностью; 5) тревожно-мнительные личности значительно преобладают в группе инвалидов (в процентном соотношении их в 3,6 раза больше: 5,5% против 19,7%, $p < 0,001$); решающим критерием при отнесении пациента в данную группу было наличие в доболезненном периоде склонности к сомнениям и болезненному мудрствованию, недостаточно полного чувства реальности, стремления к самоанализу, преобладании абстрактных, оторванных от реальных фактов интеллектуальных построений б) истерические личности, причем в основной группе отсутствовали лица с истерическими чертами характера в преморбиде, а в группе сравнения их доля составила 5% от общего числа пациентов, $p < 0,001$. Также имелись пациенты без патохарактерологических особенностей в преморбиде (в группе сравнения 14,4%, а в контрольной группе – 14,8%).

Течение заболевания у пациентов в основной и контрольной группах имело также свои черты, присущие «классическому» типу течения параноидной шизофрении: в рамках галлюцинаторного (псевдогаллюцинаторного) и бредового вариантов (таблица 1)

Таблица 1.

Синдромальная принадлежность болезненного состояния при клинической манифестации

Синдром при клинической манифестации	Группа сравнения		Инвалиды	
	абс	%	абс	%
Вербальный галлюциноз	98	61,3	186	24,8***
паранойяльный	62	38,7	564	75,2***
Всего	160	100	750	100

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Среди больных основной группы преобладал бредовой вариант (75,2%, $p < 0,001$). Бредовой вариант протекал с постепенным расширением фабулы первичного бреда, отражающей реальные жизненные ситуации и конфликты, вовлечением в бредовую интерпретативную систему не только отдельных лиц, но и государственных учреждений и правоохранительных органов. При расширении фабулы бреда постепенно появлялись идеи переоценки своей личности и возможностей.

У больных с манифестацией заболевания параноидальным состоянием прогрессирование болезни происходило постепенно путем расширения бреда, изменения его фабулы или после короткого периода обострения. Клиническая картина развернутой стадии болезни характеризовалась стойким систематизированным прогрессирующим бредом преследования и физического воздействия. Псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма были менее выражены. Бред, являясь преобладающим симптомом, оставался преимущественно интерпретативным (в отличие от галлюцинаторного бреда). Изменения личности в этот период достигали значительной выраженности. Грубо были расстроены мышление и речь. Отчетливо выступали неадекватность мимики, парадоксальность эмоциональных реакций. Резко нарушались социальные связи. Бред определял поведение больного и делал невозможной профессиональную деятельность (при сохранности памяти, профессиональных знаний).

При галлюцинаторном варианте (24,8%, $p < 0,001$) параноидной шизофрении состояния с интерпретативным бредом менее продолжительны, бред не достигает высокой степени систематизации. Он формируется относительно быстро по типу кристаллизации бреда или внезапного озарения, которое сопровождается субъективным ощущением облегчения и исчезновением внутреннего напряжения.

У больных с манифестацией заболевания вербальным галлюцинозом развитие галлюцинаторно-параноидного синдрома происходило либо постепенно, исподволь, либо сопровождалось обострением состояния с появлением страха, тревоги, возбуждения, растерянности, элементов острого бреда, на фоне которых возникали чувство открытости (мысли больного как бы становились известны окружающим) и отдельные идеаторные автоматизмы. В дальнейшем долго преобладали псевдогаллюцинации (мысленные голоса, вкладывание мыслей и т.д.). Кроме того, нередко возникали и зрительные псевдогаллюцинации (вызванные, сделанные зрительные образы), сенестопатические автоматизмы (вызванные ощущения в теле, внутренних органах). Однако ведущее место все же занимал вербальный псевдогаллюциноз. Бред можно охарактеризовать как галлюцинаторный — его фабула была тесно связана с содержанием голосов (идеи воздействия, преследования, любовный бред и т. д.).

90 пациентов из основной группы (12%, $p < 0,001$) на момент проведения исследования имели ряд симптомов нарушения психической

деятельности, укладывающихся в состояние парафрении. Для возможности сравнения отметим, что в группе сравнения таких пациентов нами выявлено не было.

У 47 больных из основной группы (6,3%, $p < 0,001$) в момент проведения исследования наблюдалось клинически выраженное конечное состояние при параноидной шизофрении, характеризуемое «шизофазией». К ее признакам относятся: симптом монолога, проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда в ответах (например, о самочувствии) содержится информация, не имеющая никакого отношения к содержанию вопроса; грамматически правильная речь, лишенная какого бы то ни было смысла и содержания с появлением при этом в ней неологизмов; внешне правильное поведение.

При сравнении состояния негативных расстройств личности оказалось, что больные без особых изменений личности были только в контрольной группе – 31,5%, ($p < 0,001$) тогда как в основной группе таковых не оказалось. Больных с изменениями личности в виде нерезких нарушений мышления, некоторого эмоционального оскудения, аутизма в основной группе не было, а в контрольной - 47% ($p < 0,001$). Неадекватность эмоций и резонерство больше свойственны лицам основной группы – 25,2%, (в контрольной группе 21,5%, $p < 0,01$). Выраженные изменения личности с преобладанием апатии, редукции энергетического потенциала чаще наблюдались в основной группе – 74,8% ($p < 0,001$), а в контрольной группе таких больных не оказалось. Выраженность негативной симптоматики и ее нарастание приводило к снижению уровня социальной адаптации.

При проведении исследования выяснилось, что активное лечение психотропными препаратами получали 59,3% инвалидов и 37,5% ($p < 0,01$) больных контрольной группы. 79,3% больных-инвалидов имели полную поддержку со стороны семьи, Лиц, имеющих слабую семейную поддержку, среди инвалидов было в 3,9 раз больше, чем в группе сравнения. Значимым параметром социальной адаптации больных явилось их семейно-бытовое приспособление. Лучшая социально-трудовая адаптация обнаружена у больных, имеющих свою семью и живущих в своей семье. Более низкие показатели социальной и профессиональной адаптации наблюдаются у больных, проживающих с родственниками и у одиноких больных. Сравнение показало, что среди инвалидов больше лиц с начальным и высшим образованием, а в контрольной группе больше лиц со специальным образованием.

Анализ трудовой квалификации исследуемого контингента свидетельствует о явной значимости уровня квалификации для инвалидизации по причине шизофрении. До начала заболевания среди лиц обеих групп преобладали высококвалифицированные работники, однако в основной группе процент таких работников был в 1,3 раза выше, чем в контрольной ($p < 0,05$). И, напротив, процент работников с низкой квалификацией в контрольной группе был в 2,1 раз выше, чем в основной

($p < 0,01$). Количество работающих не по специальности или вовсе не работающих было в обеих группах практически одинаковым (таблица 2)

Таблица 2.

Распределение больных по степени квалифицированности труда

Степень квалифицированности	Группа сравнения				Основная группа			
	до начала заб-я		в момент обследования		до начала заб-я		в момент обследования	
	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Квалифицированный труд	75	47	14	9	464	61,9*	16	2,1*
Неквалифицированный труд	50	31	19	12	109	14,55**	41	5,5*
Не работает	19	12	112	69,5	96	12,78	652	86,9*
Работает не по специальности	16	10	15	9,5	81	10,77	41	5,5*
Итого	160	100	160	100	750	100	750	100

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

На момент обследования ситуация резко изменилась, причем не только в группе больных-инвалидов, но и в контрольной группе, в частности, в основной группе квалифицированный труд имеют возможность выполнять только 2,1% больных, т.е. в 29,5 раз меньше, чем до заболевания. Однако и в группе контроля этот показатель снизился в 5,2 раза. Тем не менее, в контроле процент лиц, способных выполнять квалифицированную работу, был в 4,3 раза, а неквалифицированную работу – в 2,2 раза больше, чем в основной.

Работа по оказанию различных видов помощи пациентам, страдающим непрерывной параноидной шизофренией (как инвалидизированным, так и не утратившим трудоспособности), не охватывает большого спектра видов помощи. Так, совершенно не имел места контакт врачей-психиатров амбулаторного звена с узкими специалистами в семейной поликлинике для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам-шизофреникам. Крайне редко встречались случаи (6 человек в группе сравнения и 23 человека в основной группе, что составляет 4 и 3% соответственно), когда имелся контакт между врачом-психиатром амбулаторного звена и врачом общей практики в семейной поликлинике. Психологическое консультирование как самих пациентов на разных этапах заболевания, так и членов их семей и лиц из их близкого окружения также осуществляется редко. Всего 38 человек из группы сравнения (24%) и 32 человека (4%) получили хотя бы единичное психологическое консультирование для оказания помощи по реабилитации. Психологическая поддержка лицам, составляющим близкое окружение больного, оказывалась в 24 случаях в группе сравнения (15%) и в 65 случаях в основной группе (9%). Подавляющее большинство семей, в которых проживает больной

шизофренией, остается в нашем современном обществе без должной поддержки, без советов и рекомендаций по поводу поведения и межличностных отношений как с самим больным, так и между членами семьи. А ведь очевидно возрастание нагрузки на семью и близкое социальное окружение. Однако нагрузка на семью в определенный момент нередко оборачивается в дальнейшем положительными изменениями для самого больного, замедляет прогрессирование его заболевания, удлиняет время адаптированности в обществе в целом. (таблица 3)

Таблица 3

Оказание помощи больным, страдающим шизофренией на различных этапах

Вид оказываемой помощи	Группа сравнения		Инвалиды	
	абс	%	абс	%
Консультирование врача-психиатра амбулаторной службы сразу после выписки из стационара:				
- осуществлялось практически после каждой госпитализации	23	14,4	76	10*
- осуществлялось менее чем в половине всех госпитализаций	118	74	548	73
- практически не осуществлялось	19	12	126	17*
Психологическое консультирование больного для оказания помощи по реабилитации	38	24	32	4***
Участие в психотерапевтических тренингах для овладения методиками повышения уровня социального функционирования	12	8	7	1***
Психологическое консультирование членов семей пациентов-шизофреников и лиц из их близкого окружения	24	15	65	9**
Контакт с врачами общей практики в семейной поликлинике для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам-шизофреникам	6	4	23	3
Контакт с узкими специалистами в семейной поликлинике для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам-шизофреникам	0	0	0	0
Оказание помощи на дому в бытовых вопросах	27	17	53	7***
итого	160	100	750	100

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Более высокие показатели по 15 критериям, определяющим более благоприятное течение заболевания, имеют место в группе сравнения, причем коэффициент отношения между данными критериями в группе сравнения и в основной группе в большинстве случаев достаточно большой (таблица 4)

Таблица 4

Критерии, определяющие более благоприятное течение заболевания
(шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение)

Критерий	Группа сравнения (%)	Основная группа (%)	Коэффициент отношения
Посещал ПНД, проводилась разъяснительная работа о необходимости приема поддерживающей терапии при каждом посещении	42	20	2,1
Осуществлялся активный патронаж на дому, проводилась разъяснительная работа о необходимости приема поддерживающей терапии при каждом посещении	24	16	1,5
Работает с полной занятостью	10,6	2,4	4,4
Работает с частичной или периодической занятостью	19,4	10,7	1,8
Консультирование врача-психиатра амбулаторной службы сразу после выписки из стационара осуществлялось практически после каждой госпитализации	14	10	1,4
Психологическое консультирование больного для оказания помощи по реабилитации	24	4	6
Участие в психотерапевтических тренингах для овладения методиками повышения уровня социального функционирования	8	1	8
Психологическое консультирование членов семей пациентов-шизофреников и лиц из их близкого окружения	15	9	1,7
Контакт с врачами общей практики в семейной поликлинике для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам-шизофреникам	4	3	1,3
Оказание помощи на дому в бытовых вопросах	17	7	2,4
Полная поддержка семьи	89	79,3	1,1
Наличие контакта врачей-психиатров и родственников больного	78,1	33,2	2,4
Наличие у родственников способности предвидеть возникновение проблемы в состоянии пациента и находить ее решение	35	8	4,4
Наличие разумных ожиданий относительно возможностей больного	68,1	8,7	7,9
Отсутствие напряженности в семейной атмосфере	58,7	24,5	2,4

При интегральной оценке факторов риска инвалидизации больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией комплекс оцениваемых факторов был подразделен на три группы - социальные, клинические и конституционально-биологические (рисунок 2)

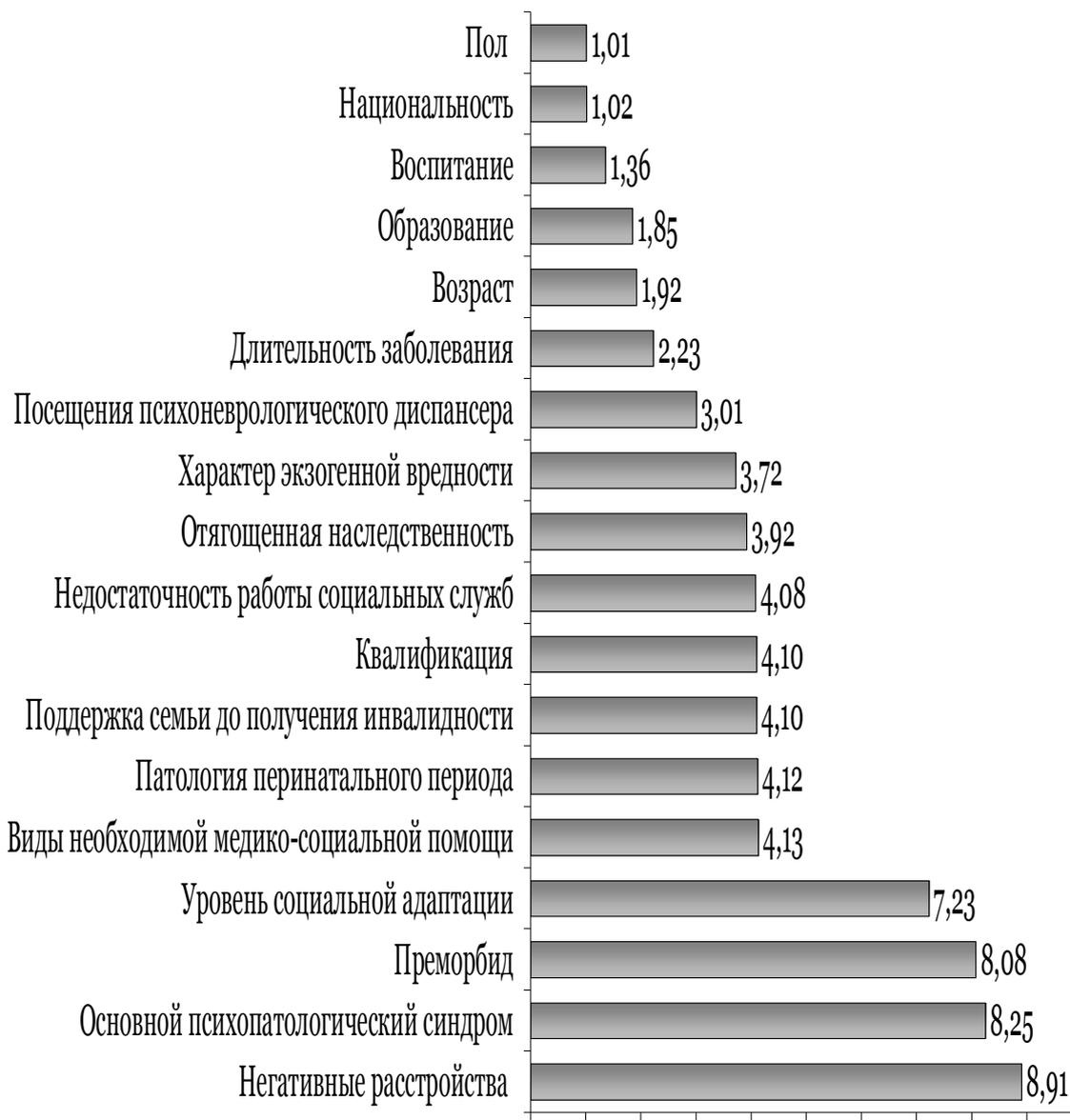


Рисунок 2. Показатели различных факторов риска инвалидизации при непрерывнотекущем типе течения шизофрении

По убыванию значимости для риска инвалидизации при непрерывнотекущей параноидной шизофрении значимыми явились: — клинические факторы - негативные расстройства в виде выраженных изменений личности с преобладанием вялости, редукции энергетического потенциала (ИО=9,63); галлюцинаторно-параноидный синдром (ИО=9,00);

наличие экзогенных вредностей (ИО=3,66); длительность заболевания (ИО=2,38);

— конституционально-биологические факторы - шизоидные преморбидные черты личности (ИО=8,64); наличие в анамнезе патологии перинатального периода (ИО=4,54); наличие наследственной отягощенности психическими заболеваниями (ИО=4,24);

— социальные факторы - необходимость поддерживающей терапии (ИО=4,50); отсутствие профессиональной квалификации (ИО=4,29); недостаточное внимание семьи к больному во время болезни (ИО=4,44); недостаток работы социальных служб (ИО=4,41); бездеятельность больного в плане социальной адаптации (ИО=4,06); начальное образование (ИО=2,04); несвоевременное посещение психоневрологического диспансера (ИО=3,25).

Процесс реабилитации, нередко длительный и трудоемкий, требует максимальной отдачи сил медицинского и другого персонала, активного участия в его реализации самого больного и его ближайшего окружения, в первую очередь семьи. Успехи терапии психических заболеваний, выход психиатрии за пределы психиатрических больниц постепенно изменяют отношение общества к больным и привлекают все большее внимание к их реабилитации. Под этим понимается система лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на максимальное приспособление больных к условиям жизни в обществе, их ресоциализацию. Эти психосоциальные воздействия должны быть направлены на профилактику инвалидности.

В целях профилактики инвалидности необходимо обеспечить:

1. Первичное звено здравоохранения:

- профилактику перинатальной патологии и снижение возможности возникновения экзогенной патологии;
- более внимательное отношение к внедрению рекомендаций по снижению рождаемости у лиц с отягощенной наследственностью;
- обратить внимание на вопросы раннего выявления психической патологии и направления пациента в специализированные психиатрические учреждения;
- обеспечивать разумный масштаб, качество услуг системы охраны психического здоровья и охват ими населения;
- постоянно вести наблюдение за пациентами с целью раннего выявления тенденций и определения групп факторов риска возникновения психической патологии;
- преемственные взаимоотношения врачей общей практики с врачами – психиатрами ПНД.

2. Психоневрологический диспансер и социальные службы:

- обеспечения необходимого социального пакета больному;
- создание условий для профессионального обучения и переобучения больного;
- создание приемлемых условий для работы;

- содействие в улучшении жилищно-бытовых условий больных шизофренией;
- преемственные взаимоотношения с врачами общей практики и врачами узких специальностей семейных поликлиник;
- проведение психологического консультирования больного для оказания помощи по реабилитации;
- организация психотерапевтических тренингов для овладения методиками повышения уровня социального функционирования;
- организация психологического консультирования членов семей пациентов-шизофреников и лиц из их близкого окружения.

3. Микросоциум:

- сотрудничество с родственниками, которые ухаживают за пациентами, страдающими шизофренией;
- снижение напряженности в семейной атмосфере, т.е. смягчение климата в семье путем снятия стрессов и облегчения бремени, возложенного на родственников;
- развитие у родственников способности предвидеть возникновение проблемы и находить ее решение;
- уменьшение проявлений гнева и комплекса вины у членов семьи;
- поддержание разумных ожиданий относительно возможностей больного;
- достижение желательных изменений в поведении родственников и в их системе ценностей.

Между двумя основными направлениями возможного профилактического и лечебного влияния – медикаментозного (биологического) и социального – существует теснейшая связь. Каждый из них создает почву для благоприятного влияния другого, укрепляя с разных сторон нарушенную систему адаптации больных.

В целях профилактики инвалидности разработана принципиальная схема влияния комплекса факторов на формирование стойкой утраты трудоспособности у больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией (рис 3).

1. Первичное звено здравоохранения:

- 1а - профилактика перинатальной патологии
- 1б - профилактика экзогенной патологии
- 1в - пропаганда снижения рождаемости у лиц с отягощенной наследственностью
- 1г - раннее выявление психической патологии, направление в специализированные психиатрические учреждения
- 1д - обеспечение масштаба и качества услуг по охране психического здоровья
- 1е - наблюдение за пациентами для раннего определения групп с повышенным риском возникновения психической патологии

2. Стационарная психиатрическая помощь:

2а - обследование больных и диагностика

2б - лечение шизофрении

2в - трудовая экспертиза пациентов, рекомендации по дальнейшей трудовой адаптации

2г - работа больных в ЛТМ

3. Психоневрологический диспансер:

3а - амбулаторное лечение и поддерживающая терапия

3б - своевременная госпитализация

3в - помощь в трудоустройстве больных

3г - диспансерное наблюдение за выявленными больными

4. Социальные службы:

4а - постоянный патронаж больного шизофренией

4б - обеспечение необходимого социального пакета больному

4в - создание условий для профессионального обучения и переобучения больного

4г - создание приемлемых условий для работы

4д - улучшение жилищно-бытовых условий больных шизофренией

5. Микросоциум (сотрудничество с родственниками, снижение напряженности в семейной атмосфере, развитие у родственников способности предвидеть возникновение проблемы и находить ее решение, уменьшение проявлений гнева и комплекса вины у членов семьи; поддержание разумных ожиданий относительно возможностей больного; достижение желательных изменений в поведении родственников и в их системе ценностей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы.

1. При сохранении тех же условий учета и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий к 2020 году количество инвалидов по шизофрении в республике может возрасти до 47,7 на 100 больных.

2. Длительность заболевания от 11 до 15 лет можно считать критическим периодом формирования инвалидности, т.к. именно этот период является точкой клинического подтверждения утраты трудоспособности, социальной дезадаптации и ведет к определению группы инвалидности.

3. Наиболее значимыми факторами относительного риска формирования нетрудоспособности при непрерывном типе течения параноидной шизофрении в порядке убывания являются: негативные расстройства, ведущий психопатологический синдром, преморбидные характерологические черты, уровень социальной адаптации.

4. Пациенты, более подверженные влиянию благоприятных социальных факторов, получающие более высокую психосоциальную поддержку как со стороны врачей и психологов, так со стороны социальных служб и близкого окружения, имеют более широкие возможности для социальной и трудовой адаптации, а следовательно, менее подвержены риску скорой инвалидизации вследствие непрерывной параноидной шизофрении.

5. К социальным факторам, увеличивающим риск инвалидизации при непрерывной параноидной шизофрении, относятся: низкий уровень образования в преморбиде, низкий уровень профессиональной квалификации, нерегулярное посещение или непосещение психоневрологического диспансера, отсутствие системного приема поддерживающей терапии, недостаточная поддержка и опека семьи, недостаточная работа социальных служб, отсутствие социально-трудовой адаптации.

Практические рекомендации

1. Учитывая прогнозируемый рост повышения показателей инвалидности по шизофрении, пристальное внимание необходимо обратить на профилактику первичной инвалидности и раннюю реабилитацию больных.

2. При оценке степени утраты трудоспособности необходимо учитывать не только клинические, но и социальные факторы с использованием прогностических таблиц интегральной оценки факторов риска формирования инвалидизации.

3. В целях снижения инвалидности у больных параноидной шизофренией с непрерывным течением рекомендуется проводить мероприятия, направленные на предупреждение формирования негативной симптоматики путем своевременного непрерывного обеспечения и приема больным психотропных средств, создание условий для трудоустройства и работы пациента при регулярном посещении психоневрологического

диспансера и улучшении семейной и социальной среды существования больного.

4. Необходимо уделить особое внимание осуществлению следующих медико-социальных мероприятий для больных с непрерывнотекущей параноидной шизофренией: контакт врачей-психиатров амбулаторного звена с узкими специалистами и врачами общей практики в семейной поликлинике; психологическое консультирование и поддержка как самих пациентов на разных этапах заболевания, так и членов их семей и лиц из их близкого окружения; проведение психотерапевтических тренингов для овладения методиками повышения уровня социального функционирования; оказание помощи в решении различных бытовых вопросов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Ганиханов А.А. Анализ динамики первичной инвалидности больных шизофренией // Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов. – 2006. – с. 195-196.
2. Тошматов Б.А., Магзумова Ш.Ш., Мухтарова Х.К., Ганиханов А.А. Значение психосоциальных факторов в решении вопросов реабилитации больных шизофренией // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2006. - № 5 – с. 81-85.
3. Ганиханов А.А. Анализ распространенности шизофрении в Республике Узбекистан. // Материалы XXXXIV научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященный «Году социальной защиты». – Андижан, 2007. – с. 49-51.
4. Ганиханов А.А. Анализ распространенности инвалидности среди психических расстройств в Республике Узбекистан. // Материалы XXXXIV научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященный «Году социальной защиты». – Андижан, 2007. – с. 51-53.
5. Ганиханов А.А. Анализ заболеваемости психическими расстройствами в Республике Узбекистан // Неврология. – Ташкент, 2008. - № 1 – с. 22-24.
6. Ганиханов А.А. Оценка динамики и прогноз инвалидности по психическим расстройствам в Республике Узбекистан на 2009-2011 годы // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва-Павлодар, 2008. – Том XIV, № 1 – с. 51-53.
7. Ганиханов А.А. Анализ уровня инвалидизации по психическим расстройствам в Республике Узбекистан. // Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей. – 2008. – с. 129.
8. Ганиханов А.А., Ушакова М.В. Значение преморбидных признаков при шизофрении в оценке эффективности реабилитации. // Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей. – 2008. – с. 129-130.
9. Ганиханов А.А., Проблемы инвалидизации и реабилитации больных шизофренией // Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в

Северо-Западном регионе Российской Федерации». – Санкт-Петербург, 2008. – с. 64.

10. Ганиханов А.А. Исследование уровня социальной адаптации у женщин-инвалидов, страдающих шизофренией // Материалы международного семинара «Женщины: рынок труда и занятость». – Ташкент, 2008. – с. 114-115.

11. Магзумова Ш.Ш., Ганиханов А.А. Значение эпидемиологических показателей заболеваемости психическими расстройствами в планировании реабилитационных мероприятий: Методическая рекомендация. – Ташкент, 2008. – 26 с.

12. Ганиханов А.А., Кожевникова Н.Н. Некоторые результаты изучения эпидемиологических показателей заболеваемости шизофренией в Республике Узбекистан // Медицинские науки. – Москва, 2009. - № 2 – с. 41-44.

13. Магзумова Ш.Ш., Ганиханов А.А. Прогноз и оценка уровня заболеваемости и инвалидности вследствие шизофрении в Республике Узбекистан // Российский психиатрический журнал. – Москва, 2009 - № 3 – с. 13-16.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ганиханова Абдурахима Абдухамитовича на тему «Клинико-социальные факторы формирования инвалидизации у больных шизофренией» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.18 – Психиатрия

Ключевые слова: шизофрения, заболеваемость, инвалидность, клинические, конституционально-биологические и социальные факторы риска инвалидизации больных шизофренией.

Объекты исследования: больные шизофренией, имеющие группу инвалидности (основная группа - 750 больных) и не имеющие инвалидность (группа контроля - 160 больных), состоящие на учете в психоневрологическом диспансере № 1 г. Ташкента. Показатели первичной заболеваемости и распространенности шизофрении, показатели инвалидизации вследствие шизофрении.

Цель работы: изучение влияния комплекса клинико-социальных факторов у больных непрерывнотекущей параноидной шизофренией на утрату трудоспособности и формирование инвалидности.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический, клинико-катамнестический, метод аппроксимации, методика интегральной оценки факторов риска.

Полученные результаты и их новизна: впервые в Республике Узбекистан проведено изучение большого репрезентативного контингента больных-инвалидов по шизофрении с выявлением комплекса клинических, конституционально-биологических и социальных факторов, влияющих на инвалидизацию. Впервые произведена комплексная оценка факторов средового значения, способствующих формированию инвалидности по шизофрении.

Практическая значимость:

Изучение роли клинических, социальных факторов, способствующих инвалидизации больных непрерывной параноидной шизофренией ведет к совершенствованию оказания лечебно-профилактической помощи больным. Результаты исследования способствуют качественному осуществлению преимущества в решении клинических и социальных вопросов у больных непрерывной параноидной шизофренией.

Степень внедрения и экономическая эффективность:

Методические рекомендации для врачей-психиатров будут способствовать углублению знаний о значении комплекса факторов в формировании инвалидизации у больных шизофренией с целью разработки реабилитационных мероприятий. Совершенствование методов реабилитации, ресоциализации, профилактики утраты трудоспособности позволит снизить затраты материальных ресурсов. Теоретические результаты являются вкладом в общую теорию таких наук как клиническая и социальная психиатрия.

Область применения: психиатрия

SUMMARY

Thesis of Ganikhanov A. A. on the scientific degree competition of the «Clinical and social factors in the formation of disability patients with schizophrenia» on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty 14.00.18 – Psychiatry

Key words: schizophrenia, prevalence, Disability, clinical, constitutional - biological and social risk factors for disability patients with schizophrenia.

Subjects of the inquiry: sick man by schizophrenia, who having disability group (core group - 750 patients) and no having a disability (control group - 160 patients), registered at the Tashkent psycho-neurological dispensary № 1. Indicators of primary disease and prevalence of mental illness, primary incidence and prevalence of schizophrenia, prevalence of mental disability disease and schizophrenia.

Aim of the inquiry: the study of mental illness disorders in general and schizophrenia in particular and factors contributing to the disability of patients.

Methods of inquiry: clinical and epidemiologic method approximation method of integral evaluation of factors risk.

The results achieved and their novelty: for the first time in the Republic Uzbekistan, a large study of a representative patients disabled by schizophrenia to identify complex epidemiological, clinical and social factors affecting disability. For the first time made Integrated assessment of environmental values, encourage the formation of disability in schizophrenia.

Practical significance: The study of epidemiological indicators of schizophrenia and the role of various factors in the formation of disability patients is the basis for the development of preventive interventions for patients with schizophrenia. Studying the role of clinical, social and institutional factors allows to predict the level of disability at coming years. The results of the study on disability because of schizophrenia may help improve the provision of treatment and prevention care patients.

Degree of embed and economic efficiency: Guidelines for Psychiatrists will be contribute to a deeper knowledge of the importance of epidemiological morbidity mental disorders in general and schizophrenia in particular, to determine disability and rehabilitation activities. Improved methods of rehabilitation, reintegration, prevention of disability will reduce the costs of material resources. Theoretical results contribute to a general theory of science as clinical psychiatry, epidemiology of mental disorders.

Sphere of usage: psychiatry

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Ғанихонов Абдурахим Абдухамитовичнинг 14.00.18 – Психиатрия ихтисослиги бўйича “Шизофрения билан касалланган беморларни инвалидланиш клиник-ижтимоий факторлари” мавзусидаги диссертациянинг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сузлар: шизофрения, касалланиш, инвалидланиш, шизофрения билан касалланганларни инвалидланиши клиник, конституционал-биологик ва ижтимоий хавф факторлари.

Тадқиқот объектлари: Тошкент шаҳрининг 1- сонли рухий-асаб диспансерида ҳисобда турган инвалидланган шизофрения билан касалланганлар, (асосий гуруҳ - 750 бемор) ва инвалидланмаган касаллар (контрол гуруҳи - 160 бемор). Шизофрения билан касалланганларни бирламчи ва умумий касалланиш кўрсаткичлари, шизофрения туфайли ногиронлик кўрсаткичлари.

Ишнинг мақсади: узлуксиз параноид шизофрения туфайли вужудга келган ногиронликни клиник ва тиббий-социал хавф омиллари ва интеграл баҳолаш, тиббий-социал реабилитацияси бўйича тадбирларни илмий таққослаш.

Тадқиқот усуллари: клиник-эпидемиологик, аппроксимация усули, хавф омилларини интеграл баҳолаш усули.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Ўзбекистон республикасида шизофрения билан ногирон-касалларни катта миқдори, ва уларнинг ногиронлигига олиб келувчи эпидемиологик, ижтимоий ва клиник комплекс омиллари ўрганилди. Шизофрения билан касалланганларни ногиронлигига олиб келувчи омилларни комплекс баҳолаш ўтказилди.

Амалий аҳамияти: Шизофрения эпидемиологик кўрсаткичларини ва ногиронланишга олиб келувчи бир қатор омилларини ўрганиш шизофрения билан касалланганлар учун профилактика тадбирларини ишлаб чиқаришга асос бўлади. Клиник, ижтимоий ва ташкилий омилларни ўрганиш яқин келажакда ногиронланиш даражасини башорат қилишга йўл очади. Шизофрения бўйича ногиронланиш тадқиқоти натижалари беморларга даволаш-профилактика ёрдамини такомиллаштиришга тамойил бўлади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: ногиронлик кўрсаткичларини аниқлаш, реабилитация тадбирларини ишлаб чиқариш мақсадида шифокор-психиатрлар учун ишлаб чиқарилган услубий қўлланмалар шизофрения билан касалланишни эпидемиологик кўрсаткичларини аҳамиятини чуқур ўрганишга олиб келади. Реабилитация, ресоциализация, ишга лаёқатликни профилактикаси усулларини такомиллаштириш молия ресурсларини тежашга олиб келади. Тадқиқотнинг назарий натижалари клиник психиатрия, рухий касалликлар эпидемиологияси каби фанларнинг умумий назариясига ўз улушини қўшади.

Қўлланилиш соҳаси: психиатрия