

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

На правах рукописи
УДК: 616.895.8-036.868

МИРЗАЕВ АБДУРАХМОН АЛИШЕРОВИЧ

**ОТДАЛЕННЫЙ СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ
БОЛЬНЫХ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
(клинико-эпидемиологическое исследование)**

14.00.18 – Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Ташкент – 2011

Работа выполнена в Андижанском государственном медицинском институте (ректор – проф. А.К. Шадманов)

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
АГРАНОВСКИЙ Марк Лейзеревич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
АЛИМОВ Улугбек Худоярович
кандидат медицинских наук, доцент
АБДУЛКОСИМОВ Фаррух Бадирович

Ведущая организация: Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии, наркологии (г. Алма-Ата, Казахстан)

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2011 года в _____ часов на заседании Специализированного совета Д.087.49.02 при Ташкентском институте усовершенствования врачей по адресу: Республика Узбекистан, 100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского института усовершенствования врачей.

Автореферат разослан «_____» _____ 2011 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета,
доктор медицинских наук, профессор**

С. З. Ешимбетова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Изучение социально-трудового прогноза при приступообразной шизофрении относится к числу актуальных проблем современной психиатрии. Это обусловлено серьезными социальными последствиями, определяемыми прогрессивным характером течения шизофрении, а также довольно большой распространенностью этого заболевания. По эпидемиологическим данным доля приступообразной шизофрении составляет 42,9-51,8% (М.И.Воробьев, 1974; Н.М.Жариков, 1977; Р.А.Наджаров с соавт., 1985; М.Л.Аграновский, 1992). Кроме того, в последние годы происходит увеличение количества благоприятных форм шизофрении под влиянием лекарственной терапии, о чем свидетельствует трансформация клинических форм заболевания с изменением симптоматики в сторону менее глубоких регистров психических расстройств, сдвиг течения процесса к приступообразности и фазности (Г.Я.Авруцкий, И.Я.Гурович, 1975, 1989; В.М.Морковкин с соавт., 1980; Х.А.Алимов, И.Х.Монасыпова, Х.С.Хамдамов, 1996).

Вопросы социально-трудового приспособления больных приступообразной шизофренией нашли свое отражение в многочисленных исследованиях. Вместе с тем, в большинстве работ изучалась зависимость социально-трудового прогноза приступообразной шизофрении главным образом от клинических факторов.

Социальным же факторам уделялось значительно меньше внимания. Часто анализировались отдельные разрозненные критерии прогноза, тогда как прогностической ценностью может обладать только комплекс факторов.

Степень изученности проблемы. По мнению большинства авторов, больные приступообразной шизофренией характеризуются лучшими адаптационными возможностями, чем больные другими формами заболевания, нередко имеют высокий уровень образования, владеют высококвалифицированными профессиями (Д.Е.Мелехов, 1963, 1974; Н.М.Жариков с соавт, 1971; З.Н.Серебряков, 1971, 1975; Н.М.Жариков, 1972, 1977; М.И.Воробьев, 1974; В.Е.Бузанова, 1982; Erlenmeier-Kimling L., 1969; Chandler D. et al., 1978; Beck I.C., 1997; Moran P.M., 2008).

В то же время, несмотря на благоприятное в целом течение процесса, и при этой форме шизофрении имеется значительное число социально-дезадаптированных, снизивших квалификацию и инвалидизированных больных. Так, по данным эпидемиологических исследований, процент инвалидности при рекуррентной шизофрении достигает 40,5%, а при приступообразно-прогрессивной шизофрении – 69,9%. По данным Л.Я.Успенской (1974), уже после первого приступа процент инвалидности при приступообразной шизофрении достигает 26,1%, в том числе I-II групп – 18,7%.

Следует отметить, что многие исследования проводились на недостаточном репрезентативном материале, либо не содержали достаточно

дифференцированной клинической информации о больных. Исключение составляют отдельные эпидемиологические работы, выполненные в последние годы (З.Н.Серебрякова, 1970, 1975; М.И.Воробьев, 1978; М.Л.Аграновский, 1983, 1992, 2010). Сравнительно мало исследований, основанных на данных длительного катамнеза и позволяющих наиболее полно в динамике проследить социальную и трудовую реадaptацию больных приступообразной шизофренией, оценить прогностическую значимость комплекса клинических, биологических и социальных факторов.

В связи с этим, решение задач, стоящих в области социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией, является перспективным и важным направлением научных исследований. От того, насколько правильно и своевременно будет определен социально-трудовой прогноз, зависит эффективность мероприятий по профилактике инвалидности и социальной реабилитации данного контингента больных.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план научных исследований Андиганского государственного медицинского института (№ госрегистрации: 01970005006).

Цель исследования: изучение социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией на отдаленных этапах заболевания, а также установление достоверно значимых критериев социально-трудового прогноза и разработка мероприятий, направленных на улучшение социально-трудового приспособления данной категории больных.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности и выделить возможные уровни социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах заболевания у больных приступообразной шизофренией.

2. Определить прогностическую значимость комплекса биологических и социально-психологических факторов, предшествовавших началу шизофрении, для социально-трудового прогноза на отдаленных этапах заболевания.

3. Уточнить влияние клинических особенностей приступообразной шизофрении на динамику социально-трудовой адаптации, выделить комплекс клинических факторов, способных служить критериями социально-трудового прогноза на отдаленных этапах заболевания.

4. Разработать реабилитационные мероприятия для больных приступообразной шизофренией с учетом комплекса прогностически значимых факторов.

Объект и предмет исследования: клинико-эпидемиологические исследования 286 больных женщин и мужчин приступообразной шизофренией г.Андигана с длительностью 20 лет.

Методы исследования: клинико-эпидемиологические, биологические, социально-психологические и статистические.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Отдаленный социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении определяется целым комплексом клинико-биологических и социально-психологических факторов, различное сочетание которых оказывает благоприятное или неблагоприятное влияние на динамику социально- трудовой адаптации.

2. В комплекс наиболее благоприятных прогностических факторов входят: синтонный преморбидный тип личности, острое начало шизофрении в возрасте старше 20 лет, преобладание аффективной симптоматики в структуре манифестного и рецидивных приступов, наличие продолжительных (более 5 лет) ремиссий с полной редукцией психопатологических расстройств, наличие собственной семьи еще до начала болезни, сохранение семейной адаптации по мере возрастания давности заболевания.

3. Неблагоприятный прогноз социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах приступообразной шизофрении считается наиболее вероятным при сочетании таких признаков, как наследственная отягощенность шизофренией, шизоидный или эксплозивный преморбидный тип личности, ранний возраст начала заболевания, наличие инициального периода до манифестации психоза, преобладание бредовых или кататонических расстройств в структуре приступов, незначительная продолжительность ремиссий с постоянными проявлениями психопатологической симптоматики, отсутствие собственной семьи или нарушение семейной адаптации.

Научная новизна.

Впервые проведено клинико-эпидемиологическое исследование популяции больных приступообразной (рекуррентной и приступообразно-прогредиентной) шизофренией г. Андижана с целью анализа социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах заболевания. Выделены и описаны три уровня социально-трудовой адаптации, отражающих разную степень приспособляемости больных в социальной среде при условии длительного (более 20 лет) течения шизофренического процесса. Установлено, что на отдаленный социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении оказывает влияние целый комплекс клинико-биологических и социально-психологических факторов, в частности, наследственная отягощенность шизофренией, преморбидный тип личности, возраст и острота начала заболевания, клиническая структура манифестного и рецидивных приступов, синдромологическое оформление и продолжительность ремиссии, семейный статус. Выделено сочетание этих факторов, дающее возможность уже на ранних этапах заболевания осуществлять вероятностное прогнозирование благоприятной или неблагоприятной динамики социально-трудовой адаптации.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Выделение комплекса факторов, способных служить критериями благоприятного или неблагоприятного социально-трудового прогноза у больных приступообразной шизофренией является необходимым условием для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. С учетом комплекса прогностически значимых факторов разработаны более адекватные рекомендации по профилактике социально-трудовой дезадаптации данного контингента больных. Данные рекомендации могут представлять интерес не только для врачей психиатров, но и для сотрудников специализированных ВТЭК.

Реализация результатов. Результаты исследования внедрены в лечебный процесс Андижанского, Ферганского и Наманганского психоневрологических диспансеров, а также в специализированные психиатрические ВТЭК, используются в учебном процессе на кафедре психиатрии Андижанского государственного медицинского института.

Апробация работы. Результаты исследования представлены и доложены на зарубежных и республиканских научных форумах: на XIV конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2008 г.), на VII научно-практической конференции «Наркомания – проблема XXI века» (г. Андижан, 2008), на VIII научно-практической конференции «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика» (Андижан, 2009), на республиканской научно-практической конференции «Современные проблемы психиатрии и неврологии» (Андижан, 2009), на IX научно-практической конференции «Современные проблемы наркологии» (Андижан, 2010), на республиканской научно-практической конференции «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста» (Андижан, 2010), на заседании Андижанского областного научного общества психиатров и наркологов (Андижан, 2009, 2010), на совместном заседании кафедр психиатрии, наркологии и медицинской психологии и неврологии Андижанского медицинского института (Андижан, 2010), на объединенном заседании проблемной комиссий «Травматология, ортопедия, нейрохирургия, психиатрия, неврология» АндГосМИ (Андижан, 2010), научный семинар при Специализированном совете ТашИУВ (Ташкент, 2010).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 35 научных работ, из них: 9 журнальных статей (одна за рубежом) и 26 тезисов (два за рубежом).

Структура и объем диссертации. Диссертация написана на русском языке, изложена на 143 страницах компьютерного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 25 таблицами. Библиографический указатель включает 297 источников, из них 178 на русском языке и 119 на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами были обследованы 286 больных (146 мужчин и 140 женщин) приступообразной шизофренией, состоящих на учете в Андижанском психоневрологическом диспансере с длительностью заболевания 20 лет.

Критериями отбора материала служили: 1) диагноз приступообразной шизофрении, верифицированный в процессе динамического наблюдения за больными; 2) давность заболевания не менее 20 лет, позволяющая провести оценку социально-трудовой адаптации больных на отдаленных этапах приступообразной шизофрении.

Исследование проводилось клинико-эпидемиологическим методом. Объем сведений о больном определялся специально разработанной картой эпидемиологического обследования, содержащей несколько разделов: 1) конституционально-биологические факторы (пол, возраст к моменту обследования, преморбидный тип личности, наследственная отягощенность психической патологией); 2) клинические факторы (возраст в момент начала шизофрении, тип течения заболевания, клиническая характеристика инициального этапа, тип манифестного приступа, продолжительность и синдромологическое оформление первой ремиссии, клинические варианты рецидивных приступов и ремиссий и т.п.); 3) социальные факторы (уровень образования и профессиональной квалификации до начала шизофрении, семейное положение к моменту начала заболевания, уровень квалификации к моменту обследования, семейный статус к моменту обследования и т.п.); 4) общая оценка уровня социально-трудовой адаптации в момент обследования.

В зависимости от уровня социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах приступообразной шизофрении все больные были разделены на три группы (М.Л.Аграновский):

I группа – 95 (33,2%) больных с высоким уровнем социально-трудовой адаптации, которая практически не претерпевала каких-либо изменений за время болезни и сохранялась на том же уровне, что и до начала шизофрении;

II группа – 94 (32,8%) больных со снижением социальной (ограничение социальных контактов, отгороженность от общественной жизни, сужение круга интересов), но сохранением трудовой адаптации на прежнем (добользненном) уровне;

III группа – 97 (33,9%) больных с наличием признаков социально-трудовой дезадаптации (профессиональная деградация, снижение или утрата трудоспособности).

Такое разделение на группы представлялось не только целесообразным в связи с полным соответствием клинической реальности, но и вполне удобным для последующего статистического анализа и оценки прогностической информативности комплекса клинико-биологических и социально-психологических факторов.

Статистический анализ полученных результатов. Результаты исследований подвергали статистической обработке с использованием общепринятых методов вариационной статистики, вычисляя среднюю арифметическую величину (M), среднее квадратическое отклонение (σ) и стандартную ошибку (m). Данные обрабатывали на компьютере с помощью программного обеспечения SAS (версия 6.12 для Windows), SPSS (версия 11.0 для Windows) и Excel-2000. Для установления достоверности различия средних арифметических величин использовали критерий Стьюдента-Фишера. Различие считалось достоверным при уровне значимости $P < 0,05$, соответствующем достоверной вероятности 95% и более.

Результаты исследований и их обсуждение. При изучении распределения больных в зависимости от наличия или отсутствия наследственной отягощенности психической патологией, было обнаружено, что наследственная отягощенность выявлялась далеко не у всех больных. (162 больного; 56,6%). В большей части случаев (68 больных; 23,8%) имела место заболеваемость шизофренией у родственников I степени родства (родители, сибсы), значительно реже встречалась наследственная отягощенность психопатиями, эпилепсией, хроническим алкоголизмом или другими психическими болезнями. Характерно, что частота случаев наследственной отягощенности с высокой степенью достоверности возрастала в III группе больных, значительно превышая этот показатель у больных не только первой, но и второй группы (соотв.: 46,3%; 53,2% и 70,0%; $P_1 > 0,05$; $P_2 < 0,05$; $P_3 < 0,001$), тогда как статистические различия между I и II группами были весьма относительными. Вместе с тем, обнаружилось, что единственным заболеванием в структуре наследственной патологии, обеспечивающим статистически значимые межгрупповые различия, является шизофрения (соотв.: 16,8%; 20,2% и 34,0% больных; $P_{1,2} < 0,045$; $P_3 < 0,01$). Частота случаев наследственной отягощенности другой патологией среди больных всех трех групп была почти одинаковой. Это давало основание считать наследственную отягощенность шизофренией одним из неблагоприятных прогностических признаков, повышающих вероятность возникновения социально-трудовой дезадаптации у больных приступообразной шизофренией на отдаленных этапах заболевания.

Распределение больных в зависимости от преморбидного типа личности показало, что на отдаленных этапах приступообразной шизофрении наиболее высокий уровень социально-трудовой адаптации сохранялся, главным образом, у больных с синтонным преморбидным типом личности (соотв.: 73,6%; 46,8% и 17,5%; $P_{1,2,3} < 0,001$), удельный вес которых оказался наибольшим среди больных I группы, достоверно превышая этот показатель во II и III группах больных. Количество больных с шизоидным типом личности в I группе было наименьшим, но существенно возрастало во II и III группах больных (соотв.: 12,6%; 35,1% и 56,7%; $P_{1,2,3} < 0,001$), отражая четко выраженную у шизоидных личностей тенденцию к нарушению социально-

трудоустройственной адаптации на отдаленных этапах заболевания. Сходная закономерность наблюдалась и в отношении больных с возбудимым преморбидным типом личности, число которых со статистической достоверностью увеличивалось во II и III группах по сравнению с I группой больных (соотв.: 1,0%; 10,5% и 14,4%; $P_1 < 0,01$; $P_2 > 0,05$; $P_3 < 0,001$), что позволило говорить о неблагоприятном влиянии этого типа личности на показатели социально-трудоустройственной адаптации больных приступообразной шизофренией.

Данные о распределении больных в зависимости от образования, полученного до начала шизофрении, отражают относительно невысокий уровень образования у преобладающего большинства обследуемых. Так лишь 30 (10,5%) больных имели высшее или незаконченное высшее образование, а 104 (36,4%) больных – среднее или среднее специальное образование. Большая же часть больного (152 больного; 53,1%) получила только начальное образование. Межгрупповые различия по уровню образования оказались статистически недостоверными. Если удельный вес лиц, имеющих высшее и незаконченное высшее образование, был более высок среди больных I группы (соотв.: 13,6%; 8,5% и 9,3% больных; $P_{1,2,3} > 0,05$), то и удельный вес лиц с начальным образованием в этой же группе больных превышал соответствующий показатель у больных III группы (соотв.: 50,5%; 60,7% и 48,4%; $P_{1,2,3} > 0,05$), хотя эти различия не обладали статистической значимостью. Подобные результаты свидетельствовали об отсутствии существенного влияния такого фактора, как уровень образования, на динамику социально-трудоустройственной адаптации больных приступообразной шизофренией и позволяли исключить его из числа прогностически значимых.

При изучении распределения больных в зависимости от уровня квалификации трудовой деятельности к моменту начала заболевания было обнаружено, что уровень трудоустройственной адаптации у больных всех трех групп до начала шизофрении был достаточно высоким. Несмотря на сравнительно невысокий уровень образования, большая часть больных занималась умственным (соотв.: 37,8%; 37,3% и 32,9%; $P_{1,2,3} > 0,05$) и квалифицированным физическим трудом (соотв.: 23,3%; 32,9% и 24,8%; $P_{1,2,3} > 0,05$). Количество лиц, занимающихся неквалифицированным физическим трудом, относительно снижалось во всех трех группах больных (соотв.: 38,9%; 28,8% и 41,3%; $P_{1,2,3} > 0,05$) и число таких больных во всех трех группах оказалось более низким, чем количество лиц с начальным образованием. Эти показатели, с одной стороны, отражали одинаково высокий исходный уровень социальной приспособленности больных всех трех групп, между которыми не обнаруживалось сколько-нибудь значимых статистических различий по этому признаку. С другой стороны, они не позволяли использовать уровень профессиональной квалификации, имевший место до

начала шизофрении, в качестве критерия отдаленного социально-трудового прогноза.

Распределение больных в зависимости от семейного положения к моменту начала шизофрении наглядно демонстрирует, что до развития шизофрении большая часть обследуемых (163 больных, 56,9%) не состояла в браке, тогда как удельный вес женатых в общей массе больных был более низким (123 больных; 43,0%). Вместе с тем, сопоставление групповых показателей обнаружило достоверное преобладание лиц, имеющих собственную семью до начала заболевания, в I группе больных по сравнению с III группой (соотв.: 53,7%; 41,5% и 34,0%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3>0,01$), тогда как между I и II, а также II и III группами существенных статистических различий не обнаружено. В III группе больных наибольшим оказался удельный вес холостых (соотв.: 41,0%; 51,1% и 60,8%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3<0,01$), причем различия между I и III группами оказались статистически достоверными. Достоверное преобладание лиц, еще до заболевания шизофренией состоящих в браке, в той группе больных, где сохранялся наиболее высокий уровень социально-трудовой адаптации, позволяло оценивать этот фактор в качестве прогностически благоприятного. Наряду с этим, отсутствие собственной семьи в преморбидном периоде могло оказать отрицательное влияние на динамику социально-трудовой адаптации по мере прогрессирования шизофренического процесса.

При распределении больных в зависимости от возраста в момент начала шизофрении обнаружено нарастание удельного веса больных, заболевших шизофренией в возрасте до 20 лет, в группе с более низким уровнем социально-трудовой адаптации (соотв.: 24,2%; 41,5% и 50,5%; $P_1<0,01$; $P_2>0,05$; $P_3<0,001$). В I группе численность таких больных со статистической достоверностью оказалось более низкой, чем во II и III группах. Вместе с тем, в этой группе больных выявлялся наибольший процент лиц, заболевших эндогенным заболеванием в возрасте старше 20 лет (соотв.: 75,8%; 58,5% и 49,5%; $P_1<0,01$; $P_2>0,05$; $P_3<0,001$), причем наиболее значимые различия отмечались в возрастном интервале от 21 до 30 лет (соотв.: 42,1%; 29,8% и 22,7%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3<0,01$), тогда как начало шизофрении в возрасте старше 30 лет во всех трех группах обследуемых выявлялось с одинаковой частотой.

При изучении больных в зависимости от особенностей начального этапа приступообразной шизофрении, было обнаружено, что у подавляющего большинства больных (222 больного; 77,6%) наблюдалось острое начало заболевания без сколько-нибудь заметного инициального этапа, который бы предшествовал манифестному приступу. Тем не менее, частота случаев острой манифестации шизофрении все же оказалась наибольшей в I группе больных (соотв.: 84,2%; 79,8% и 69,1%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3<0,45$), и различия по этому показателю между I и III группами являлись статистически достоверными. У 64 (22,3%) больных, напротив, значительно чаще манифестному приступу предшествовал более или менее продолжительный

инициальный период с проявлением симптоматики непсихотического уровня (соотв.: 15,8%; 20,2% и 30,9%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3<0,045$). В клинической картине инициального этапа чаще наблюдались неврозоподобные расстройства, значительно реже проявлялись циклотимоподобные нарушения и психопатоподобные состояния. Более информативным в прогностическом отношении показателем является тип манифестного приступа. При изучении полученных данных обнаружено, что аффективные манифестные приступы значительно чаще наблюдались у больных I и II групп, чем у больных III группы (соотв.: 35,8%; 27,6% и 15,5%; $P_1>0,05$; $P_2<0,045$; $P_3<0,01$). Межгрупповые различия по этому показателю были статистически достоверными. Не менее часто приступообразная шизофрения манифестировала аффективно-бредовыми приступами (соотв.: 31,6%; 27,6% и 18,5%; $P_{1,2}>0,05$; $P_3<0,05$), однако, различия между группами по этому признаку были не столь достоверными. Частота манифестных приступов этого типа явно преобладала у больных I группы по сравнению с III группой, тогда как между I и II, а также II и III группами обследуемых существенных различий не обнаруживалось. Интересные результаты обнаружены при распределении больных с острыми паранойяльными (соотв.: 6,4% и 14,4%; $P_1<0,01$; $P_2>0,05$; $P_3<0,001$) и галлюцинаторно-параноидными (соотв.: 2,3% и 28,8%; $P_1>0,05$; $P_{2,3}<0,001$) манифестными приступами. Такие типы манифестных приступов оказались нехарактерными для больных I группы и учащались у больных III группы, причем межгрупповые различия обладали статистической значимостью. Заметные различия между группами обнаруживались в случае манифестации шизофрении приступами онейроидной структуры (соотв.: 15,8% и 6,4%; $P_1>0,05$; $P_2<0,01$; $P_3<0,001$). Частота таких приступов оказалась наибольшей у больных с высоким уровнем социально-трудовой адаптации на отдаленном этапе заболевания, тогда как у больных III группы манифестные приступы онейроидного типа не наблюдались ни в одном случае. Оформление манифестного приступа по типу люцидной кататонии встречалось редко и только у больных III группы (соотв.: 6,2%; $P_{1,2,3}<0,01$).

При изучении распределения больных в зависимости от продолжительности манифестного приступа были получены прогностически значимые данные. У больных I группы продолжительность манифестных приступов не превышала 3 месяцев намного чаще, чем у больных II и III групп (соотв.: 85,2%; 64,9% и 50,5%; $P_{1,3}<0,001$; $P_2<0,05$), в которых со статистической достоверностью нарастала частота манифестных приступов продолжительностью от 4 до 6 месяцев (соотв.: 7,4%; 26,6% и 39,2%; $P_{1,3}<0,001$; $P_2>0,05$). Частота приступов, продолжавшихся более 7 месяцев, не сопровождалась статистически значимыми различиями (соотв.: 7,4%; 8,5% и 10,3%; $P_{1,2,3}>0,05$).

При анализе распределения больных в зависимости от клинических особенностей первой ремиссии, развивающейся вслед за окончанием манифестного приступа, были получены следующие данные. У подавляющего большинства больных I группы манифестный приступ сменялся интермиссией с полным восстановлением доболезненного уровня психической деятельности и отсутствием каких-либо продуктивных психопатологических расстройств (соотв.: 60%; 47,8% и 20,6%; $P_1 > 0,05$; $P_{2,3} < 0,001$). Во второй группе количество таких больных уменьшалось, но оставалось достоверно более высоким, чем среди больных III группы, в которой случаи развития интермиссии после манифестного приступа оказались наиболее редкими. Обратное соотношение групповых показателей наблюдалось в случае ремиссий, сопровождавшихся психопатологическими расстройствами (соотв.: 40%; 52,2% и 79,4%; $P_1 > 0,05$; $P_{2,3} < 0,01$), частота которых оказалась наиболее высокой среди больных III группы. Изучение клинической структуры таких ремиссий показало, что чаще всего у больных с неблагоприятным социально-трудовым прогнозом наблюдались неврозоподобные расстройства (соотв.: 14,7%; 23,5% и 34,0%; $P_{1,2} > 0,05$; $P_3 < 0,001$). У больных I группы ремиссии неврозоподобного типа выявлялись значительно реже. Большой удельный вес среди обследуемых всех трех групп составляли больные с циклотимоподобными ремиссиями (соотв.: 25,3%; 24,5% и 23,7%; $P_{1,2,3} > 0,05$), однако, статистически достоверных различий между группами по частоте этого признака не обнаруживалось.

Сравнительный анализ продолжительности первой ремиссии показал, что частота наименее продолжительных ремиссий была самой низкой в I группе и достоверно увеличивалась во II и III группах обследуемых (соотв.: 18,9%; 34,0% и 50,5%; $P_{1,2} < 0,045$; $P_3 < 0,001$). Вместе с тем, в I группе оказалась наибольшей частота ремиссий продолжительностью более 10 лет (соотв.: 47,4%; 20,2% и 15,5%; $P_{1,3} < 0,001$; $P_2 > 0,05$). Частота ремиссий продолжительностью от 2 до 5 лет (соотв.: 24,2%; 33,0% и 24,7%; $P_{1,2,3} > 0,05$), а также от 5 до 9 лет (соотв.: 9,5%; 12,8% и 9,3%; $P_{1,2,3} > 0,05$) не обнаруживала существенных межгрупповых различий. Следовательно, прогностической значимостью обладали либо минимальные сроки ремиссии, ухудшающие отдаленный социально-трудовой прогноз у больных приступообразной шизофренией, либо ее сверхдлительный характер, позволяющий предполагать высокий уровень социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах заболевания.

Следует отметить, что уже в период первой ремиссии 27 (9,4%) больных с почти полным набором названных неблагоприятных факторов были переведены на инвалидность второй (23 больного; 8,0%), реже третьей (4 больных; 1,4%) группы, причем большая часть этих больных (20 больных; 7,0%) в момент обследования были включены в третью группу. Это может служить дополнительным аргументом в пользу правомерности

использования ранних клинических признаков приступообразной шизофрении для отдаленного социально-трудового прогноза.

При распределении больных в зависимости от количества перенесенных приступов к моменту обследования выявлялись существенные различия по удельному весу больных, перенесших на протяжении жизни всего 1-3 психотических приступов. Количество таких больных оказалось максимальным в I группе (соотв.: 67,4%; 35,1% и 8,2%; $P_{1,2,3}<0,001$), достоверно уменьшалась во II и III группах. Сходная закономерность сохранялась и в отношении частоты тех случаев, когда больные переносили 4-5 психотических приступов, хотя межгрупповые различия по этому показателю не отличались статистической значимостью (соотв.: 21,0%; 18,1% и 10,3%; $P_{1,2,3}>0,05$). При возникновении в динамике болезни шести и более рецидивных приступов, количество больных было минимальным в I группе и прогрессивно нарастало во II и III группах (соотв.: 11,6%; 46,8% и 81,5%; $P_{1,2,3}<0,001$). Это позволяло сделать заключение, что высокий уровень социально-трудовой адаптации на отдаленном этапе приступообразной шизофрении имеет прямую корреляцию с редким возникновением рецидивных приступов, тогда как частое рецидивирование психозов сопровождается резким ухудшением социально-трудового прогноза.

При изучении больных в зависимости от особенностей их психического состояния в момент обследования были выявлены следующие данные. У больных I и II групп значительно чаще, чем у больных III группы, на отдаленных этапах приступообразной шизофрении сохранялись ремиссии, в период которых не обнаруживалось каких-либо продуктивных расстройств (соотв.: 52,6%; 42,5% и 15,5%; $P_1>0,05$; $P_{2,3}<0,001$). Однако следует подчеркнуть, что у больных II и III групп также ремиссии часто сопровождались наличием нередко выраженных признаков дефицитарных расстройств, а у больных III группы наблюдалось снижение энергетического потенциала. Кроме того, если у больных I группы на момент обследования выявлялось состояние ремиссии циклотимоподобного типа (соотв.: 30,5%; 11,7% и 17,5%; $P_1<0,045$; $P_2>0,05$; $P_3<0,05$), то среди обследуемых II и III групп со статистической достоверностью нарастал удельный вес больных с неврозоподобными ремиссиями, в структуре которых неврозоподобная симптоматика сочеталась с более или менее выраженными признаками шизофренического дефекта (соотв.: 14,7%; 40,4% и 36,1%; $P_{1,3}<0,001$; $P_2>0,05$). Обращало на себя внимание и то обстоятельство, что среди больных III группы к моменту обследования происходило накопление лиц с резидуальной психотической симптоматикой, не исчезавшей в межприступный период (соотв.: 1,1%; 1,2% и 11,3%; $P_1>0,05$; $P_{2,3}<0,045$), а также больных с рецидивами психотических состояний, которые в I и II группах составляли малую долю обследуемых. Ремиссии психопатоподобного типа на отдаленных этапах заболевания приступообразной

шизофренией были сравнительно редкими (соотв.: 2,1% и 7,2%; $P_{1,2} > 0,05$; $P_3 < 0,01$). Таким образом, у больных с неблагоприятной динамикой социально-трудовой адаптации выявлялось, прежде всего, ухудшение клинических показателей, определявших их психическое состояние на отдаленном этапе заболевания. Это могло выражаться в появлении и углублении негативных расстройств, а также в стирании границ между приступами и ремиссиями. Утяжеление психического статуса к моменту обследования происходило преимущественно у больных II и III групп, что позволяет связать это обстоятельство с влиянием выделенного ранее комплекса неблагоприятных клинических факторов, ухудшающих отдаленный социально-трудовой прогноз.

Клинические факторы играют весьма важную, но не абсолютную, роль в динамике трудовой адаптации, поэтому должны прогностически оцениваться только в комплексе с социально-психологическими показателями.

Наиболее благоприятный прогностический комплекс объединяет такие признаки, как острое начало шизофрении в возрасте старше 20 лет, клиническое оформление манифестного приступа по типу чисто аффективных или онейроидных синдромов, продолжительность первого приступа не более 3 месяцев с последующим выходом в длительную интермиссию, а также рекуррентный тип шизофрении при условии резкого рецидивирования психических приступов. Вместе с тем, даже при благоприятных клинических показателях отдаленный социально-трудовой прогноз может ухудшаться при наличии неблагоприятных социально-психологических факторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. В комплекс прогностически благоприятных клинических факторов входят: острое начало болезни в возрасте старше 20 лет, оформление клинической картины манифестного приступа по типу чисто аффективных и онейроидных синдромов, продолжительность приступа не более трех месяцев с последующим выходом в длительную (более 10 лет) интермиссию, а также рекуррентный тип течения шизофрении при условии редкого рецидивирования психотических приступов.

2. Наиболее неблагоприятное в прогностическом отношении сочетание клинических признаков включает ранний (до 20 лет) возрастной период начала заболевания, развитие затяжного манифестного приступа паранойальной, галлюцинаторно-параноидной или кататонической структуры, преобладание в клинической картине первой ремиссии невротозо- или психопатоподобной симптоматики, сочетающейся с негативными изменениями личности; ограниченные (не более 2 лет) сроки первой ремиссии с последующим частым рецидивированием психотических

приступов, а также приступообразно-прогредиентный тип течения шизофрении с высокой скоростью нарастания негативных изменений личности.

3. Фактором, существенно влияющим на отдаленный социально-трудовой прогноз у больных приступообразной шизофренией, является преморбидный тип личности. Наличие синтонных черт характера улучшает прогноз социально-трудовой адаптации даже при наличии неблагоприятных клинических показателей. Шизоидные и возбудимые свойства личности, напротив, могут отрицательно влиять на социально-трудовую адаптацию даже при наличии благоприятных клинических признаков.

4. В числе социально-психологических факторов благоприятными условиями для длительного сохранения высокого уровня социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией оказались: наличие собственной семьи с большим количеством детей, хорошие внутрисемейные взаимоотношения с отсутствием семейных конфликтов, терпимым отношением к больному, признанием его роли в решении семейных проблем, проявлением доброжелательности и должным уважением к нему. Благоприятные социально-психологические факторы оказались способными улучшить социально-трудовой прогноз даже при наличии неблагоприятных клинических показателей.

5. Отсутствие собственной семьи, одинокий образ жизни, нарушение внутрисемейных отношений являются прогностически неблагоприятными социально-психологическими факторами, способствующими значительному снижению социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах приступообразной шизофрении даже при наличии благоприятных клинических показателей.

6. При сочетании наиболее неблагоприятных клинико-биологических и социально-психологических факторов, способных оказать влияние на динамику социально-трудовой адаптации, наблюдается резкое снижение приспособляемости больных приступообразной шизофренией к любым видам труда с последующим трудовой деятельности и инвалидизацией.

Практические рекомендации:

1. Во время затяжных, но относительно благоприятных по прогнозу первых приступов приступообразной шизофрении целесообразно продолжение на длительный срок листка нетрудоспособности, а не определение инвалидности, поскольку сам факт назначения группы инвалидности является мощным дезадаптирующим фактором.

2. При определении у больных благоприятных прогностических факторов, что указывает на их высокие компенсаторные возможности, необходима стимуляция их остаточной активности, создание трудовых установок, сохранение работы по своей профессии с правильной организацией труда, с профилактическими мероприятиями (дополнительные отпуска, освобождение от дополнительных нагрузок, ночных смен и др.).

Необходимо также помнить, что чрезмерное щажение больных, отказ от попыток вовлечения их в трудовую деятельность отрицательно сказывается на социально-трудовом прогнозе. Рекомендуются продолжение повышения образования или квалификации больных, активизация их участия в общественной жизни, чем и достигается повышение социального статуса.

3. Важное значение для реадaptации больных имеют благоприятные микросоциальные условия: сохранение семьи, понимание болезненного состояния больных, внимательность к просьбам и желаниям больного, разделение его переживаний, активное содействие лечению. Желательны ровные, теплые взаимоотношения между членами семьи, взаимопонимание, внимание друг к другу и поддержка, адекватная забота о больном.

4. Рекомендуются непрерывное проведение поддерживающей терапии, особенно после первого приступа, способствующей формированию стойкой и длительной ремиссии более высокого качества: типа интермиссии или ремиссии с легкими изменениями личности, с целью предупреждения развития большого числа последующих приступов. Показано проведение психокоррекции для сглаживания нивелирования патологических черт характера и повышения тем самым уровня их социально-трудовой адаптации.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Социально-трудовая реадaptация больных приступообразной шизофренией // Журнал «Лимфология». – Андижан, 2008.- №2. - С.24-28.

2. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Критерии раннего социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Журнал «Лимфология». – Андижан, 2008.-№2. - С.74-77.

3. Мирзаев А.А. Значение дебюта болезни для социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Журнал «Лимфология». – Андижан, 2008.- №3-4.- С.31-35.

4. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Газиева З.А. Роль комплекса конституционально-биологических факторов для социального прогноза больных приступообразной шизофренией // Журнал «Лимфология». – Андижан, 2008.- №3-4. – С.121-126.

5. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Комплекс конституционально-биологических факторов социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Журнал «Неврология». – Ташкент. – 2(38). – 2008. – С.34-39.

6. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Аграновский К.М. Значение дебюта приступообразной шизофрении для социально-трудового прогноза //Сборник материалов конгресса «Человек и лекарство». – Москва, 2008. – С.227.

7. Аграновский В.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Значение манифестного приступа для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы VII науч-практ.конф. «Наркомания – проблема XXI века». – Андижан, 2008. – С.10-12.

8. Алимов Ш.К., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Роль первой ремиссии болезни для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы VII науч-практ.конф. «Наркомания – проблема XXI века». – Андижан, 2008. – С.21-22.

9. Алимов Ш.К., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Роль уровня образования и квалификации для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы VII науч-практ.конф. «Наркомания – проблема XXI века». – Андижан, 2008. – С.23.

10. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Роль дебюта приступообразной шизофрении для определения социально-трудового прогноза // Материалы VII науч-практ.конф. «Наркомания – проблема XXI века». – Андижан, 2008. – С.77.

11. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Значение семейного положения для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы VII науч-практ.конф. «Наркомания – проблема XXI века». – Андижан, 2008. – С.77.

12. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Конституционально-биологические факторы, определяющие социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2009.- №2. – С.41-43.

13. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Характер дебюта болезни и социально-трудовой прогноз больных приступообразной шизофренией // Журнал «Неврология». – Ташкент, 2009. – №2(42). – С.26-28.

14. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Характер дебюта психопатологической симптоматики и социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2009.- №4. – С.17-19.

15. Аграновский В.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Возраст дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Материалы VIII науч-практ.конф. «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика». – Андижан, 2009. – С.13.

16. Аграновский В.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Семейное положение больных приступообразной шизофренией // Материалы VIII науч-практ.конф. «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика». – Андижан, 2009. – С.13-14.

17. Аграновский К.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Реабилитация больных рекуррентной шизофренией // Материалы VIII науч-практ.конф. «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика». – Андижан, 2009. – С.16-17.

18. Аграновский В.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Значение уровня образования и квалификации для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы VIII науч-практ.конф. «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика». – Андижан,2009. – С.18-19.
19. Аграновский К.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Острота дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Материалы VIII науч-практ.конф. «Наркомания и СПИД-диагностика, лечение и профилактика». – Андижан, 2009. – С.19-20.
20. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Аकोпова Л.Г. Клиника в дебюте приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Респ.науч.практ.конф. «Современные проблемы психиатрии и неврологии». – Андижан, 2009. – С.247.
21. Аграновский М.Л., Мадаминов А.Т., Мирзаев А.А., Аकोпова Л.Г. Статус уровня образования и квалификации и определение социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Респ.науч.практ.конф. «Современные проблемы психиатрии и неврологии». – Андижан, 2009. – С.248.
22. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Аграновский К.М. Острота дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Респ.науч.практ.конф. «Современные проблемы психиатрии и неврологии». – Андижан, 2009. – С.325.
23. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Прогностическая значимость дебюта приступообразной шизофрении для социально-трудового прогноза // Журнал «Психиатрия». – Москва,2009. - №04-06(40-42) – С.17-20
24. Мирзаев А.А., Аграновский В.М., Аграновский М.Л., Социальная реабилитация больных приступообразной шизофренией // Вестник РГМУ. – Москва, 2010.- №2. – С.128-129.
25. Абдугаппарова Д.К., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Первый цикл болезни и реабилитация больных рекуррентной шизофренией // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан,2010. – С.5.
26. Аграновский В.М., Мирзаев А.А., Аграновский М.Л. Уровни образования и квалификации для определения социально-трудового прогноза больных приступообразной шизофренией // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан, 2010. – С.22.
27. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Абдугаппарова Д.К., Гапиров А.А. Возраст начала приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан, 2010. – С.127.
28. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Абдугаппарова Д.К., Аकोпова Л.Г. Особенности дебюта приступообразной шизофрении и социально-трудовой

прогноз // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан, 2010. – С.128.

29. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Абдугаппарова Д.К., Аكوпова Л.Г. Реабилитация больных рекуррентной шизофренией // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан, 2010. – С.131.

30. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Аграновский В.М. Особенности семейного положения больных приступообразной шизофренией // Материалы IX науч-практ.конф. «Современные проблемы наркологии». – Андижан, 2010. – С.132.

31. Аграновский В.М., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Семейное положение больных приступообразной шизофренией как предиктор социально-трудового прогноза // Респ.науч.практ.конф. «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста». – Андижан, 2010. – С. 448.

32. Аграновский В.М., Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Прогностическое значение уровней образования и квалификации для больных приступообразной шизофренией // Респ.науч.практ.конф. «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста». – Андижан, 2010. – С. 450.

33. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Абдугаппарова Д.К., Гапиров А.А. Возраст начала приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Респ.науч.практ.конф. «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста». – Андижан, 2010. – С. 517.

34. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Абдугаппарова Д.К., Аكوпова Л.Г. Дебютные особенности приступообразной шизофрении и социально-трудовой прогноз // Респ.науч.практ.конф. «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста». – Андижан, 2010. – С. 518.

35. Мирзаев А.А., Аграновский М.Л., Аكوпова Л.Г., Шабаликов Р.К. Семейная реадaptация больных с приступообразной шизофренией // Респ.науч.практ.конф. «Современные профилактические аспекты укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста». – Андижан, 2010. – С. 520.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Мирзаев Абдурахмон Алишеровичнинг 14.00.18 – Психиатрия ихтисослиги бўйича «Хуружсимон шизофрения қайд этилган беморларнинг узоқлашган ижтимоий меҳнат прогнози (клиник-эпидемиологик тадқиқот)» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: хуружсимон шизофрения, ижтимоий-меҳнат прогнози, прогноз омиллари.

Тадқиқот объектлари: Андижон шаҳридаги 20 йилдан ортиқ, хуружсимон шизофрения касаллиги билан оғриган 286 нафар бемор.

Ишнинг мақсади: касалликнинг узоқ давридаги хуружсимон шизофрения билан хасталанган беморларнинг ижтимоий меҳнат мослашувини ўрганиш, шунингдек ушбу тоифадаги беморларнинг ижтимоий-меҳнат мослашувини яхшилашга йўналтирилган ижтимоий меҳнат прогнози тўғри ва таъсирчан мезонлари ҳамда тадбирларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот методлари: клиник-эпидемиологик, клиник-психопатологик, клиник-катамнестик, статистик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: касалликнинг узоқлашган ижтимоий-меҳнат мослашувини таҳлил қилиш мақсадида Андижон шаҳрида хуружсимон шизофрения (рекуррент ва хуружсимон прогрессив) билан хасталанган беморлар популяцияси ўрганилди. Хуружсимон шизофренияда узоқлашган ижтимоий-меҳнат прогнозига бутун клиник-биологик ва ижтимоий-психологик омиллар комплекси таъсир этади, жумладан шизофрениaning наслилиги, шахнинг преморбид тури, касалликнинг бошланиши, ёши ва ўткирлиги, манифест ва рецидив хуружларининг клиник структурасини синдромологик аниқлаш, ремиссиялар давомийлиги, оилавий мақом қабилар. Мазкур омилларнинг уйғунлиги касалликнинг эрта даврларида ижтимоий меҳнат адаптациясининг ижобий ёки салбий динамикаси эҳтимоллигини прогноз қилиш имконини беради.

Амалий аҳамияти: хуружсимон шизофрения билан хасталанган беморларда ижтимоий-меҳнат прогнозини ижобий ва салбий мезонлари бўлиб хизмат қилувчи омиллар комплексини ажратиб олиш, даволаш реабилитация тадбирлари самарасини оширишда зарур шарт ҳисобланади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: изланиш натижалари Фарғона водийсининг хар уч вилоятида амалий соғлиқни сақлаш тизимига татбиқ этилди ва АДТИ психиатрия кафедраси ўқув жараёнида ҳам қўлланилмоқда.

Қўлланиш соҳаси: Психиатрия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Мирзаева Абдурахмона Алишеровича на тему: «Отдалённый социально-трудовой прогноз больных приступообразной шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование)» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.18 – Психиатрия.

Ключевые слова: приступообразная шизофрения, социально-трудовой прогноз, факторы прогноза.

Объекты исследования: 286 больных приступообразной шизофренией г.Андижана с длительностью заболевания свыше 20 лет.

Цель исследования: изучение социально-трудовой адаптации больных приступообразной шизофренией на отдаленных этапах заболевания, а также установление достоверно значимых критериев социально-трудового прогноза и мероприятий, направленных на улучшение социально-трудового приспособления данной категории больных.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Полученные результаты и их новизна: изучена популяция больных приступообразной (рекуррентной и приступообразно-прогредиентной) шизофренией г. Андижана с целью анализа социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах заболевания. Установлено, что на отдаленный социально-трудовой прогноз при приступообразной шизофрении оказывает влияние целый комплекс клинико-биологических и социально-психологических факторов, в частности, наследственная отягощенность шизофренией, преморбидный тип личности, возраст и острота начала заболевания, клиническая структура манифестного и рецидивных приступов, синдромологическое оформление и продолжительность ремиссии, семейный статус. Выделено сочетание этих факторов, дающее возможность уже на ранних этапах заболевания осуществлять вероятностное прогнозирование благоприятной или неблагоприятной динамики социально-трудовой адаптации.

Практическая значимость: выделение комплекса факторов, способных служить критериями благоприятного или неблагоприятного социально-трудового прогноза у больных приступообразной шизофренией является необходимым условием для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Степень внедрения и экономическая эффективность: результаты исследования внедрены в практическое здравоохранение 3-х областей Ферганской долины и в учебном процессе кафедры психиатрии АндГосМИ.

Область применения: Психиатрия.

RESUME

Thesis of Abdurahmon Alisherovich Mirzaev on the scientific degree competition of the candidate of philosophy in medicine on speciality 14.00.18-Psychiatry, subject: “Long-term social-labour prognosis for patients with paroxysmal schizophrenia (clinical epidemiological research)”

Key words: paroxysmal schizophrenia, social-labour prognosis, prognosis factors.

Subjects of research: 286 patients with paroxysmal schizophrenia (duration more than 20 years) in Andizhan city.

Purpose of work: Study the social-labour adaptation of patients with paroxysmal schizophrenia in long-term stages of the disease as well as the elaboration of significant criteria of social-labour prognosis and measures directed to the improvement of social-labour adaptation of the given group of patients.

Methods of research: clinical-epidemiological, clinical-psychopathologic, clinical-katamnestic, statistical.

The results obtained and their novelty: Group of patients with paroxysmal (recurrent and paroxysmal-progredient) schizophrenia in Andizhan city have been observed with the aim of analyzing the social-labour adaptation in long-term stages of the disease. The three levels of social-labour adaptation reflecting different degrees of patients' adaptation in the society in case of prolonged (more than 20 years) course of schizophrenic process have been determined and described. It was stated that the complex of clinical-biological and social-psychological factors especially hereditary schizophrenia aggravation, premorbid personal type, age, severity of the onset of the disease, clinical structure of manifestal and recurrent attack, syndromologic course and duration of remission and family status influence on long-term social-labour prognosis for patients with paroxysmal schizophrenia. The combination of these factors have been determined. They give the possibility to prognose favourable and unfavourable dynamics of social-labour adaptation in the early stage of disease.

Practical value: Determining of the complex of factors can serve as criteria of favourable and unfavourable social-labour prognosis for patients with paroxysmal schizophrenia. It is proved to be the necessary condition for improving the effect of therapeutic and rehabilitation measures.

Degree of embed and economic effectivity: results of research are inculcated into practical health protection of the three provinces of Fergana Valley. They can be used in the educational process in Andizhan State Medical Institute.

Field of application: Psychiatry.

Соискатель _____