

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

ИСЛАМОВ Ш.Х, МАМАСОЛИЕВ З.Н.

**КАТТА ЁШДАГИ АҲОЛИДА
ШИЗОФРЕНИЯНИНГ ХАТАР
ОМИЛЛАРИНИ ВА КЕЧИШ
ЖИҶАТЛАРИНИ БАШОРАТ
ҚИЛИШДА ПРОФИЛАКТИК
ДАСТУР-АЛГОРИТМЛАРНИНГ
АҲАМИЯТИ**
(услубий тавсиянома)

АНДИЖОН – 2025 й.

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

АДТИ илмий-техник кенгаши

рансп

т.ф.н., профессор

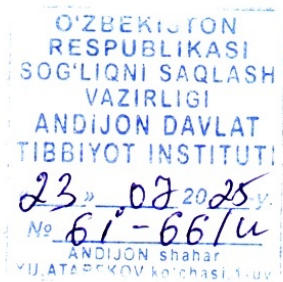
М.М.Мадазимов

« _____ » 2025 й.

Исламов Ш.Х. Мамасолиев З.Н.

**КАТТА ЁШДАГИ АҲОЛИДА ШИЗОФРЕНИЯНИНГ ХАТАР
ОМИЛЛАРИНИ ВА КЕЧИШ ЖИҲАТЛАРИНИ БАШОРАТ ҚИЛИШДА
ПРОФИЛАКТИК ДАСТУР-АЛГОРИТМЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ**

(услубий тавсиянома)



Андижон – 2025

Ишлаб чиқарувчи – ташкилот: **Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаллифлар:

Исламов Шавкатжон Хабибуллаевич-Андижон давлат тиббиёт институти Психиатрия, наркология, тиббий психология ва психотерапия кафедраси доценти, PhD.

Мамасолиев Зоҳиджон Неъматович – тиббиёт фанлари доктори, Андижон давлат тиббиёт институти, офтальмология кафедраси доценти.

Такризчилар:

Алимов Улуғбек Худаярович - Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш Маркази, Психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Долимова Махфуза Алимовна - Андижон давлат тиббиёт институти Психиатрия, наркология, тиббий психология ва психотерапия кафедраси доценти, PhD.

Услубий тавсиянома Андижон Давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2025 йил _____ -сон баён билан тасдиқланган ва нашрга тавсия этилган

АДТИ Эксперт кенгаш котиби
т.ф.д., доцент

Г.Н.Маматхужаева

АННОТАЦИЯ

Ушбу методик тавсиялар замонавий психиатриянинг долзарб муаммосига — катталар орасида шизофрения хавфи ва унинг кечиши билан боғлиқ омилларни башорат қилиш ҳамда олдини олишга қаратилган профилактик дастур-алгоритмларни ишлаб чиқиш ва жорий этишга бағишланган. Тадқиқотда фақатгина клиник-диагностик ёндашувдан системали профилактика моделига ўтиш зарурлиги асослаб берилган. Бу модел скрининг, эрта аниқлаш, динамик кузатув ва индивидуаллаштирилган аралашув босқичларини ўз ичига олади. Алоҳида эътибор эпидемиологик, психосоциал, генетик ва нейробиологик хавф омилларига асосланган алгоритмларни ишлаб чиқишга ҳамда уларни бирламчи тиббий ёрдам ва психиатрия мутахассислари амалиётига жорий этишга қаратилган. Ушбу тавсиялар профилактика стратегияларининг самарадорлигини оширишга, продромал даврнинг давомийлигини қисқартиришга ва шизофрения ривожланиш хавфи юқори бўлган беморлар учун узок муддатли прогнозни яхшилашга ёрдам беради.

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации посвящены актуальной проблеме современной психиатрии — разработке и внедрению профилактических программ-алгоритмов, направленных на прогнозирование факторов риска и особенностей течения шизофрении у взрослого населения. В работе обоснована необходимость перехода от исключительно клинко-диагностического подхода к системной профилактической модели, включающей этапы скрининга, раннего выявления, динамического наблюдения и индивидуализированного вмешательства. Особое внимание уделено формированию алгоритмов, основанных на эпидемиологических, психосоциальных, генетических и нейробиологических маркерах риска, а также их интеграции в практику врачей первичного звена и специалистов психиатрического профиля. Представленные рекомендации способствуют повышению эффективности превентивных стратегий, сокращению длительности продромального периода и улучшению долгосрочного прогноза для пациентов с высоким риском развития шизофренического расстройства.

ABSTRACT

These methodological guidelines address a pressing issue in modern psychiatry — the development and implementation of preventive program algorithms aimed at predicting risk factors and the course of schizophrenia in the adult population. The document justifies the shift from an exclusively clinical-diagnostic approach to a systematic preventive model that includes screening, early detection, dynamic monitoring, and individualized intervention. Particular attention is given to the creation of algorithms based on epidemiological, psychosocial, genetic, and neurobiological risk markers, and their integration into the practice of primary care physicians and psychiatric specialists. The recommendations presented contribute to increasing the effectiveness of preventive strategies, reducing the duration of the prodromal period, and improving the long-term prognosis for patients at high risk of developing schizophrenia.

КИРИШ

Ўзбекистонда соғлиқни сақлаш ислоҳоти: шизофренияга қарши курашда башорат қилувчи, олдини олувчи ва профилактик тиббиётга эътибор қаратилди

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимини фаол ислоҳ қилиб, илғор жаҳон стандартларига жавоб беришга интилоқда. Асосий йўналиш - предиктив, превентив ва профилактик тиббиёт тамойилларини ("прогноз + профилактика + профилактика") бирлаштириш бўлиб, бу нафақат касалликларни даволаш, балки уларнинг пайдо бўлишининг олдини олиш имконини ҳам беради. Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясида бу йўналиш, айниқса, шизофрения каби касалликларнинг тобора кўпайиб бораётганига қарши курашда устувор йўналиш сифатида белгиланган.

Мамлакатнинг турли минтақаларида ўтказилган тадқиқотлар шизофрения бўйича эпидемиологик вазиятнинг ёмонлашуви тенденциясини аниқлади. Сабаблар қаторида аҳолининг турмуш тарзидаги ўзгаришлар (стресс, нотўғри овқатланиш, жисмоний фаолликнинг етишмаслиги), хавф омиллари сонининг кўпайиши (генетик мойиллик, психотравматик ҳодисалар), шунингдек, тиббий ёрдамни ташкил этишдаги камчиликлар кўрсатилган. Кенг кўламли, мунтазам эпидемиологик тадқиқотларнинг йўқлиги, истиқболли скринингларнинг етарли эмаслиги, клиник амалиётга предиктив, превентив ва профилактик тиббиётнинг заиф интеграциялашуви - буларнинг барчаси касалликка қарши самарали курашишга тўсқинлик қилмоқда.

Мавжуд тизимнинг заиф томонлари ва уларни бартараф этиш йўллари:

Шизофрениянинг тарқалиши тўғрисида тўлиқ маълумотнинг йўқлиги: Ўзбекистоннинг турли демографик гуруҳлари ва ҳудудларида касалликнинг тарқалиши тўғрисида маълумотларнинг етишмаслиги мақсадли профилактика дастурларини ишлаб чиқишни қийинлаштиради. Аҳолини тез-тез ва чуқур текширишни ўз ичига олган эпидемиологик мониторинг тармоғини кенгайтириш зарур.

Шизофренияни эрта ташхислаш муваффақиятли даволаш ва оғир оқибатларнинг олдини олиш учун жуда муҳимдир. Касалликнинг ривожланиш хавфини эрта босқичларда аниқлаш имконини берадиган оддий ва арзон скрининг воситаларини жорий этиш зарур. Бу психологик тестлашни ҳам, нейровизуализация усуллари ҳам ўз ичига олиши мумкин, уларнинг мавжудлигини ошириш керак.

Предиктив, превентив ва профилактик тиббиётнинг заиф интеграцияси мавжуд соғлиқни сақлаш тизими кўпинча касалликларнинг олдини олишга

эмас, балки аллақачон ривожланган касалликларни даволашга қаратилган. Профилактика ва эрта аралашув устувор бўлган моделга ўтиш зарур. Бу тиббиёт ходимларини қайта тайёрлашни, янги клиник протоколларни ишлаб чиқишни ва хавф гуруҳларини самарали кузатиш ва мақсадли профилактика тадбирларини ўтказиш имконини берувчи ахборот технологияларини жорий этишни талаб қилади.

Илмий базанинг ривожланиши "Профилактик - иқтисодий - ижтимоий - тиббий самарадорликка" эришиш учун илмий-тадқиқот базаси бутун мамлакат бўйлаб бир текис ривожланиши керак. Бунинг учун илмий изланишларга, мутахассислар тайёрлашга, замонавий лабораториялар ташкил этишга эътиборни янада кучайтириш зарур.

Сўнгги йилларда Ўзбекистонда сурункали юқумли бўлмаган касалликлар (СЮЕ), шу жумладан шизофрения ривожланиш хавфи билан боғлиқ бўлган хавф омиллари мониторинги фаол ривожланмоқда. Бу янада самарали профилактика йўлидаги муҳим кадамдир. Бироқ, шизофрениянинг ўзига хос хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда ушбу мониторингни кенгайтириш зарур.

Қўйилган мақсадларга эришиш учун давлат органлари, тиббиёт муассасалари, илмий ташкилотлар ва жамоат бирлашмалари ўртасида фаол ҳамкорлик зарур. Замонавий ахборот технологияларини жорий этиш, тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш дастурлари ва илмий тадқиқотларга сармоя киритиш Ўзбекистонда шизофренияга қарши курашиш ва самарали соғлиқни сақлаш тизимини барпо этишда муваффақиятнинг асосий омилларидир. Предиктив, превентив ва профилактик тиббиёт тамойилларига асосланган комплекс ёндашувгина бу йўналишда сезиларли ютуқларга эришиш имконини беради.

Асослаш (муаммонинг долзарблиги). Шизофрения – бу ижтимоий ва клиник жиҳатдан энг муҳим руҳий касалликлардан бири бўлиб, ногиронлик даражасининг баландлиги, касалликнинг рецидивли (қайталанувчи) кечиши ва соғлиқни сақлаш тизими учун юқори харажатлар билан тавсифланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бутун дунё бўйлаб 20 миллиондан ортиқ инсон ушбу касалликдан азият чекмоқда ва унинг кўп ҳолатлари айнан катталар ёшида дебют қилади, бу эса меҳнатга лаёқатли аҳолига катта юк солади.

Фармакотерапия соҳасида эришилган ютуқларга қарамай, касалликни эрта аниқлаш, башорат қилиш ва унинг олдини олиш билан боғлиқ муаммолар ҳали ҳам долзарблигини сақлаб қолмоқда. Шизофрения билан боғлиқ анъанавий тиббий ёрдам модели асосан касаллик белгилари намоён бўлганидан кейин уларни бартараф этишга қаратилган. Аммо замонавий

тиббиёт тенденциялари профилактикага ва олдиндан башорат қилишга йўналтирилган ёндашувни талаб қилмоқда. Айнан шу нуқтада профилактик дастур-алгоритмлар муҳим аҳамият касб этади. Улар қуйидагиларга қаратилган:

- юқори хавф гуруҳидаги шахсларни аниқлаш;
- касалликнинг ривожланишига олиб келадиган биопсихосоциал омилларни баҳолаш;
- продромал (бошланғич) белгиларни кузатиш;
- шахсийлаштирилган кузатув ва аралашув йўналишларини шакллантириш.

Соғлиқни сақлаш тизими рақамлаштирилаётган шароитда бу алгоритмларни электрон мониторинг платформаларига интеграция қилиш, сунъий интеллект элементлари ва клиник қарорларни қўллаб-қувватлаш тизимларидан фойдаланиш орқали башорат қилиш аниқлигини ва эрта аралашув самарадорлигини ошириш мумкин.

Бундан ташқари, шизофрения нафақат тиббий, балки катта ижтимоий таъсирга ҳам эга: меҳнатга лаёқатни йўқотиш, ижтимоий чекланиш, стигматизация, ҳаёт сифатининг пастлиги. Шу сабабли, катта ёшдаги шахсларда касаллик бошланишидан олдин ёки унинг эрта босқичларида профилактика ва хавф омилларини бошқариш жамоат соғлиғини сақлаш соҳасида стратегик аҳамиятга эга йўналиш ҳисобланади.

Хулоса қилиб айтганда, шизофрения хавф омиллари ва касаллик кечишини башорат қилишда профилактик дастур-алгоритмларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш нафақат илмий, балки амалий жиҳатдан ҳам муҳим вазифа ҳисобланади. Бу эса психиатрик ёрдамнинг парадигмасини реактив моделдан проактив моделга, яъни даволашдан профилактикага қараб ўзгартириш имконини беради.

Мақсад: Катта ёшдаги аҳолида шизофрениянинг хатар омилларини ва кечиш жиҳатларини башорат қилишда профилактик дастур-алгоритмларининг аҳамиятини баҳолаш.

Тавсиянинг мазмуни (асосий қисм).

Тадқиқот иши Республика ихтисослаштирилган руҳий салматлик илмий-амалий тиббиёт марказининг психитрия хизмати бўйича Андижон, Фарғона ва Наманган филиалларида амалга оширилди.

Тадқиқотда турли хил кечувчи шизофрениянинг бошланишига таъсир этувчи экзоген омилларни фарғона водийси аҳолисида қиёсий тавсифланди ва 40 йиллик ўзгаришлари динамикаси ўрганилди.

Турли хил кечувчи шизофрениани ТХКШ бошланиши ва авжланишига таъсир этувчи экзоген омиллар (спиртли ичимликлар ва гиёҳвандлар истеъмоли

– СПИГИ, ҳомиладорлик ва туғруқлар – ХТО, инфекциялар, руҳий омиллар – РУО, соматик касалликлар – СК, бош мия жароҳатлари – БМЖ ва кўмилган экзоген омиллар – КЭО) таъсирлари ўрганилди ва таҳлил қилиниб баҳоланди.

Олинган маълумотлар 1-жадвалда баён келтирилган.

Жадвал маълумотларидан кўринадики, водий шароитида шизофрения дебюти учун потенциал кўзғатувчи омиллар сифатида экзоген омилларни махсус ва янада чуқурак ҳамда кенгрок ўрганиш зарурати, айниқса эпидемиологик тадқиқотларда бор.

40 йиллик эпидмониторингдан шундай хулосага келиш мумкин ёки даркор. Чунки, Фарғона водийсининг учта вилоятидан бўлган, тадқиқот йиллари бўйича ўрганилган беморларнинг касаллик бошланишига таъсир қилган экзоген омиллар бўйича қиёсий таҳлили қуйидагиларни кўрсатди: касалликнинг бошланишида экзоген омил таъсири бўлмаган беморлар (ЭХЙП) сони жами 421 (38,7%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 183 (41,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 238 (36,6%) нафар беморни ташкил қилди. Экзоген омиллар мавжуд бўлмаган ҳолатлар улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган, фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. [RR-0.87; 95% ИО (CI)- 0.75-1.02; χ^2 -3.05; $p > 0.05$].

1- жадвал

Турли хил кечувчи шизофрениянинг бошланишига таъсир қилувчи экзоген хатар омилларини қиёсий тавсифи ва 40 йиллик ўзгаришлари динамика

№	ТХКШ нинг экзоген хатар омиллари	Эпидмониторинг йиллари, ТХКШ аниқланиш частотаси				RR	95% CI	χ^2	P
		1984		2024					
		n	%	n	%				
1	Экзоген омиллари йўқ аҳоли (ЭХЙП)	183	41.9	238	36.6	0.87	0.75-1.02	3.05	> 0.05
2	СПИГИ	38	8.7	46	7.1	0.81	0.54-1.23	0.96	> 0.05
3	ХТО	30	6.9	37	5,7	0.83	0.52-1.32	0.62	> 0.05
4	Инфекция	43	9,8	53	8,2	0.83	0.56-1.22	0.92	> 0.05

5	РУО	80	18,3	205	31,5	1.72	1.37-2.16	23.65	< 0.001
6	СК	19	4,3	22	3,4	0.78	0.43-.42	0.67	> 0.05
7	БМЖ	22	5,0	25	3,8	0.76	0.44-1.34	0.89	> 0.05
8	КЭО	22	5,0	24	3,7	0.73	0.42-.29	1.16	> 0.05

Касалликнинг бошланишида экзоген омил сифатида спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар истеъмоли таъсири бўлган беморлар (СПИГИ) сони жами 84 (7.7%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 38 (8,7%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 46 (7,1%) нафар беморни ташкил қилди. Алкоголь ва гиёҳвандликнинг касаллик дебютига таъсири улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. [RR-0.81; 95% ИО (CI)- 0.54-1.23; χ^2 -0.96; $p > 0.05$].

Касалликнинг бошланишида ҳомиладорлик ёки туғруқ экзоген омил сифатида бўлган беморлар (ХТО) сони жами 67 (6.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 30 (6,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 37 (5,7%) нафар беморни ташкил қилди. Касаллик дебютида ҳомиладорлик ва туғруқ экзоген омил бўлган ҳолатларнинг улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармади, фарқлар статистик аҳамиятга эга эмаслиги аниқланди. [RR-0.83; 95% ИО (CI)- 0.52-1.32; χ^2 -0.62; $p > 0.05$].

Касаллик дебютида инфекциялар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 96 (8.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 43 (9,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 53 (8,2%) нафар беморни ташкил қилди. Касалликнинг дебютида экзоген омиллар бўлган инфекциялар улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас. [RR-0.83; 95% ИО (CI)- 0.56-1.22; χ^2 -0.92; $p > 0.05$].

Рухий омиллар (РУО) экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 285 (26.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 80 (18,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 205 (31,5%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда психогения касаллик дебютида экзоген омил бўлган ҳолатлар улуши сезиларли даражада ошди ва бу фарқ статистик аҳамиятга эга. [RR-1.72; 95% ИО (CI)- 1.37-2.16; χ^2 -23.65; $p < 0.001$].

Касаллик дебютида соматик касалликлар (СК) экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 41 (3.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 19 (4,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 22 (3,4%) нафар беморни ташкил қилди. Касалликнинг бошланишида экзоген омил бўлган соматоген ҳолатлар улуши 1984-2024 йиллар оралиғида сезиларли даражада

ўзгармаган бўлиб, фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.78; 95% ИО (CI)- 0.43-.42; χ^2 -0.67; $p > 0.05$].

Бош мия жароҳатлари (БМЖ) экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 47 (4.3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 22 (5,0%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 25 (3,8%) нафар беморни ташкил қилди. 1984-2024 йиллар оралиғида касалликнинг бошланиш даврида бош мия жароҳатлари ташқи омил бўлган ҳолатлар улуши деярли ўзгаришсиз қолган бўлиб, фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятга эга эмас [RR-0.76; 95% ИО (CI)- 0.44-1.34; χ^2 -0.89; $p > 0.05$].

Комбинацияланган экзоген омиллар (КЭО) натижасида касаллиги бошланган беморлар сони жами 46 (4.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 22 (5,0%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 24 (3,7%) нафар беморни ташкил қилди. Касаллик бошланишида комбинацияланган омиллар экзоген бўлган ҳолатлар улуши 1984 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда деярли ўзгармаган, бу фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.73; 95% ИО (CI)- 0.42-.29; χ^2 -1.16; $p > 0.05$].

Умуман, ЭХИП хиссаси 1984-2024 йиллар оралиғида барқарор қолди. Бу кўпчилик беморлар учун касалликнинг бошланишида экзоген сабаблар асосий кўзгатувчи омил эмаслигини кўрсатади.

Алкоголизация ёки гиёҳвандлик билан боғлиқ касаллик дебюти бўлган беморлар улуши 2024 йилда қиёсан камайган, аммо фарқлар статистик аҳамиятга эга бўлмайди. Бу ижтимоий муҳитдаги ўзгаришлар ёки алкоголь ва гиёҳванд моддаларнинг осон топилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ касаллик бошланиши частотаси ҳам деярли ўзгармаган. Бу ҳомиладорлик билан боғлиқ физиологик омилларнинг барқарор таъсирини кўрсатади.

Инфекциялар билан боғлиқ дебюти бўлган беморлар улуши 2024 йилда бироз камайди. Бироқ, фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас, бу инфекцион омилларнинг барқарор таъсиридан далолат бериши мумкин.

Касаллик дебюти психоген омиллар билан боғлиқ бўлган беморлар улушининг сезиларли даражада ошиши кузатилади. Ушбу ўзгариш статистик аҳамиятга эга бўлиб, стрессли вазиялар ва психосоциал омилларининг роли ошганлигини кўрсатиши мумкин. Соматиген омиллар билан боғлиқ барқарор қолган ва умумий тенденция бўйича ҳулоса қилса бўладик, психоген омилларнинг ролини статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилмоқда ва прогноз қилинмоқда.

40 йиллик эпидемиологик мониторингда шизофрениянинг ўсиб борувчи нуқсон билан кечувчи турини (ШЎБНБКТ) бошланишига таъсир қилувчи

экзоген омилларни қиёсий тавсифи ва ўзгаришлари динамикаси ўрганилди ва баҳоланди. Бу ҳақдаги маълумотлар 2- жадвалда кўрсатилган.

2- жадвал

ШЎБНБКТ бошланишича таъсир қилувчи экзоген омилларни водий аҳолисида тавсифи ва ўзгаришлари динамикаси

№	ШҚБНБКТ экзоген хатар омиллари	Эпидмониторинг йиллари, ШҚБНБКТ аниқланиш частотаси				RR	95% CI	χ^2	P
		1984		2024					
		n	%	n	%				
1	ЭХЙП	99	48.1	146	44.4	0.92	0.77-1.11	0.55	> 0.05
2	СПИГИ	12	5.8	31	9.4	1.62	0.85-3.08	1.77	> 0.05
3	ХТО	14	6.8	10	3.0	0.44	0.20-0.97	3.47	> 0.05
4	Юқумли касалликлар	27	13.1	17	5.2	0.40	0.22-0.71	9.40	< 0.05
5	РУО	30	14.6	107	32.5	2.23	1.54-3.21	20.34	< 0,001
6	СК	7	3.4	6	1.8	0.53	0.18-1.55	0.79	> 0.05
7	БМЖ	9	4.4	5	1.5	0.34	0.12-1.00	3.14	> 0.05
8	КЭО	8	3.9	7.	2.1	0.54	0.20-1.45	0.93	> 0.05

Жадвалнинг рақамли таҳлили водий учун хос жиҳатларни, ШЎБНБКТ мисолида, кўрсатди.

Жумладан, тадқиқот йиллари бўйича ўрганилган шизофрениянинг ўсиб боровчи нуқсон билан кечувчи тури билан оғриган беморларнинг касаллик бошланишига таъсир қилган экзоген омиллар бўйича қиёсий таҳлили қуйидагиларни кўрсатди: касалликнинг бошланишида экзоген омил таъсири бўлмаган беморлар (ЭХЙП) сони жами 245 (22,5%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 99 (48,1%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 146 (44,4%) нафар беморни ташкил қилади. 1984 ва 2024 йиллар орасида касалликнинг экзоген омил таъсир қилмаган ҳолатлари нисбатан барқарор қолган [RR-0.92; 95% ИО (CI)- 0.77, 1.11; χ^2 -0.55; $p > 0.05$]. Экзоген омиллар мавжуд бўлмаган ҳолатлар улушида 1984 ва 2024 йиллар орасидаги фарқ статистик жиҳатдан муҳим эмас.

Касалликнинг бошланишида экзоген омил сифатида спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар истеъмоли таъсири бўлган беморлар (СПИГИ) сони жами 43 (3,9%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 12 (5,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 31 (9,4%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда алкоголь ва гиёҳванд моддалар таъсири 1984 йилга нисбатан 62%га куп кузатилган [RR = 1.62, 95% CI: 0.85 - 3.08, χ^2 - 1.77; p = 0.18]. Бу статистик аҳамиятли эмас, демак, таъсир ҳажми кучайган бўлса ҳам, аник сабабчи омил сифатида тасдиқланмади.

Касалликнинг бошланишида ҳомиладорлик ёки туғруқ экзоген омил сифатида бўлган беморлар (ХТО) сони жами 24 (2.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 14 (6,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 10 (3,0%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда ҳомиладорлик ва туғруқ омиллари 1984 йилга нисбатан 56% кам кузатилган [RR = 0.44, 95% CI: 0.20 - 0.97, χ^2 - 3.47; p = 0.06]. Бу ҳолат чегаравий аҳамиятли бўлиши мумкин, яъни ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнлари вақт ўтиши билан касаллик бошланишига камроқ таъсир қилаётганини кўрсатади.

Касаллик дебютида юқумли касалликлар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 44 (4,0%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 27 (13,1%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 17 (5,2%)нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда юқумли касалликлар билан боғлиқ ҳолатлар 1984 йилга нисбатан 60% камайган [RR = 0.40, 95% CI: 0.22 - 0.71, χ^2 -9.40, p =0.002]. Бу статистик аҳамиятли камайиш бўлиб, юқумли касалликлар шизофрения касаллиги бошланишига камроқ таъсир қилаётганидан дарак беради.

Рухий (психоген) омиллар (РУО) экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 137 (12,6 %) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 30 (14,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 107 (32,5%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда рухий омиллар таъсири 1984 йилга нисбатан 2.2 баравар кўп аниқланган [RR = 2.23, 95% CI: 1.54 - 3.21, χ^2 -20.34; p < 0.001]. Бу статистик аҳамиятли ошиш ҳисобланади, яъни рухий омиллар 2024 йилда шизофрениянинг ўсиб боровчи нуқсон билан кечувчи тури билан оғриган беморларда асосий таъсир этувчи омиллардан бирига айланган.

Касаллик дебютида соматик касалликларткдоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 13 (1,2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 7 (3,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 6 (1,8%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда соматик касалликлар таъсири 1984 йилга нисбатан 47% камайган [RR=0.53, 95% CI: 0.18-1.55, χ^2 -0.79, p = 0.37]. Шизофрениянинг ушбу туринининг бошланишида экзоген омил сифатида соматоген ҳолатлар улуши 1984-2024 йиллар оралигида сезиларли даражада ўзгармаган бўлиб, фарқлар статистик жихатдан аҳамиятли эмас.

Бош мия жароҳатлари (БМЖ), экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 14 (1.3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 9 (4,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 5 (1,5%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда бош мия жароҳатлари 1984 йилга нисбатан 66% камайган [RR = 0.34, 95% CI: 0.12 - 1.00, χ^2 -3.14, p = 0.076]. Бу чегаравий аҳамиятли ўзгариш, яъни 2024 йилда бош мия жароҳатлари шизофрения касаллиги бошланишига камроқ таъсир қилган бўлиши мумкин.

Комбинацияланган экзоген омиллар (КЭО) натижасида касаллиги бошланган беморлар сони жами 46 (1,4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 8 (3,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 7 (2,1%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда комбинацияланган омиллар 1984 йилга нисбатан 46% камайган [RR = 0.54, 95% CI: 0.20 - 1.46, χ^2 - 0.93, p = 0.34]. Бу ҳам статистик аҳамиятли эмас, яъни комбинацияланган омиллар таъсири сезиларли ўзгармаган.

Ушбу жиҳатларни ҳисобга олиш замонавий шизофренияга нисбатан башорат қилиш ва профилактика стратегияларини ҳамда даволашга ёндашувларни тубдан мувофиқлаштириб такомиллаштиради.

Фарғона водийси аҳолисида шизофрениянинг ремиттирловчи турини (ШРТ) бошланишига таъсир қилувчи экзоген омилларни қиёсий 40 йиллик тавсифи 3- жадвалда келтирилган.

3- жадвал

Водий шароитида шизофрениянинг ремиттирловчи турини бошланишига таъсир қилувчи экзоген омилларни 40 йиллик тавсифи ва ўзгаришлари

№	Экзоген хатар омиллари	Эпидмониторинг йиллари, ШРТ тарқалиши				RR	95% CI	χ^2	P
		1984		2024					
		n	%	n	%				
1	ЭХЙП	43	33.6	80	32.5	1.86	1.42-2.45	21.07	< 0.001
2	СПИГИ	13	10.2	13	5.3	0.52	0.25-1.09	2.39	> 0.05
3	ХТО	9	7.0	17	6.9	0.99	0.45-2.15	0.0	> 0.05
4	Юқумли касалликлар	11	8.6	25	10.2	1.19	0.60-2.33	0.097	> 0.05
5	РУО	24	18.8	83	33.7	1.79	1.20-2.08	8.42	< 0.001
6	СК	7	5.5	7	2.8	0.51	0.18-1.42	1.05	> 0.05
7	БМЖ	10	7.8	12	4.9	0.63	0.28-1.41	0.81	> 0.05
8	КЭО	11	8.6	9	3.7	0.43	0.18-1.01	3.05	> 0.05

Кўп йиллик илк эпидемиологик мониторинг натижаларини умумлаштириб ақс этдирувчи 5.3- жадвалнинг рақамли маълумотларидан кўринадики, Фарғона водийсининг учта вилоятидан бўлган шизофрениянинг ремиттирловчи тури билан хасталанган аҳолининг касаллик бошланишига таъсир қилувчи экзоген омиллар бўйича киёсий тахлили қуйидагиларни кўрсатган: касалликнинг бошланишида экзоген омил таъсири бўлмаган беморлар (ЭХЙП) сони жами 123 (11.3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 43 (33,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 80 (32,5%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда экзоген омил таъсири бўлмаган ҳолатлар 1984 йилга нисбатан 1.86 марта кўпроқ кузатилган [RR = 1.86, 95% CI: 1.42 - 2.45, χ^2 -21.07, p=0.000004]. Бу статистик аҳамиятли ошиш бўлиб, 2024 йилда экзоген омилларсиз бошланган ҳолатлар анча кўпайган.

Касалликнинг бошланишида экзоген омил сифатида спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар истеъмоли (СПИГИ) таъсири бўлган беморлар сони жами 26 (2,4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 13 (10,2%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 13 (5,3%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар таъсири 1984 йилга нисбатан 48% камайган [RR = 0.52, 95% CI: 0.25 - 1.09, χ^2 -2.39, p = 0.12]. Бу статистик аҳамиятга эга эмас, демак, таъсир ҳажми камайган бўлса ҳам, аниқ сабабчи омил сифатида тасдиқланмайди.

Касалликнинг бошланишида ҳомиладорлик ёки туғруқ (ХТО) экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 26 (2,4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 9 (7,0%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 17 (6,9%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда ҳомиладорлик ва туғруқ таъсири 1984 йилга нисбатан деярли ўзгармаган [RR = 0.99, 95% CI: 0.45 - 2.15, χ^2 -0.0, p = 1.0]. Бу ҳеч қандай статистик аҳамиятга эга эмас, яъни ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнларини вақт ўтиши билан касаллик бошланишига таъсири ўзгармаган.

Касаллик дебютида юқумли касалликлар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 36 (3,3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 11 (8,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 25 (10,2%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда юқумли касалликлар билан боғлиқ ҳолатлар 1984 йилга нисбатан 19% ошган [RR = 1.19, 95% CI: 0.60 - 2.33, χ^2 -0.097, p = 0.76]. Бу статистик аҳамиятга эга эмас, демак, юқумли касалликларнинг таъсири аниқ ўзгармаган.

Руҳий омиллар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 107 (9,8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 24 (18,8%),

2024 йилги ҳолат бўйича эса 83 (33,7) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда рухий омиллар таъсири 1984 йилга нисбатан 1.79 марта ошган [RR = 1.79, 95% CI: 1.20 - 2.68, χ^2 -8.42, p = 0.0037]. Бу статистик аҳамиятли ошиш, яъни рухий омиллар 2024 йилда касаллик бошланишига кучлироқ таъсирини ўтказган.

Касаллик дебютида соматик касалликлар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 14 (1,3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 7 (5,5%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 7 (2,8%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда соматик касалликлар таъсири 1984 йилга нисбатан 49% камайган [RR = 0.51, 95% CI: 0.18 - 1.42, χ^2 -1.05, p = 0.31]. Бу статистик аҳамиятли эмас, яъни соматик касалликлар таъсири аниқ ўзгармаган.

Бош мия жароҳатлари экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 47 (4.3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 10 (7,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 12 (4,9%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда бош мия жароҳатлари 1984 йилга нисбатан 37% камайган [RR = 0.63, 95% CI: 0.28 - 1.41, χ^2 -0.81, p = 0.37]. Бу статистик аҳамиятга эга эмас, демак, бош мия жароҳатлари таъсирида сезиларли ўзгариш бўлмаган.

Комбинацияланган экзоген омиллар таъсири натижасида касаллиги бошланган беморлар сони жами 20 (1,8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 11 (8,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 9 (3,7%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда комбинацияланган омиллар 1984 йилга нисбатан 57% камайган [RR = 0.43, 95% CI: 0.18 - 1.01, χ^2 -3.05, p 0.081]. Бу чегаравий аҳамиятли ҳолат, яъни комбинацияланган омиллар таъсири камайган бўлиши мумкин.

Ушбу ўзгаришларни экзоген омилларнинг ҳудудий хос таъсирларини, сўзсиз, эътиборга олим ШРТнинг профилактикаси ва диспансерлик назоратини ижтимоий, иқтисодий ва тиббий самарадорлигини кескин оширади.

Диссертация тадқиқотида шизофрениянинг яна бир турини, узлуксиз кечувчи турининг (ШУКТ) аниқланиш частотасига ва бошланишига таъсир қилувчи экзоген омилларни қиёсий тавсифи ҳамда 40 йиллик динамикаси ўрганилди ва баҳоланди. Бундай маълумотлар 4- жадвалда келтирилган.

**Водий популяциясида шизофрениянинг узлуксиз кечувчи турини
бошланишига таъсир қилувчи экзоген омилларни 40 йиллик тавсифи ва
ўзгаришлари**

№	Экзоген хатар омиллари	Эпидмониторинг йиллари, ШУКТ тарқалиши				RR	95% CI	χ^2	P
		1984		2024					
		n	%	n	%				
1	ЭХЙП	41	39.8	12	16.0	0.29	0.17-0.49	30.17	< 0.001
2	СПИГИ	13	12.6	2	2.7	3.00	1.09-8.27	3.92	< 0.05
3	ХТО	7	6.8	10	13.3	0.21	0.05-0.92	4.25	> 0.05
4	Юқумли касалликлар	5	4.9	11	14.7	1.96	0.78-4.90	1.44	< 0.05
5	РУО	26	25.2	15	20.0	0.79	0.45-1.39	0.40	> 0.05
6	СК	5	4.9	9	12.0	2.45	0.86-7.01	2.10	> 0.05
7	БМЖ	3	2.9	8	10.7	3.69	1.01-13.45	3.31	> 0.05
8	КЭО	3	2.9	8	10.7	3.69	1.01-13.45	3.31	> 0.05

Фарғона водийсининг учта вилоятда тадқиқот йилларида (1984-2024 йй) ўрганилган шизофрениянинг узлуксиз кечувчи турини бошланишига таъсир қилувчи экзоген омилларга оид қиёсий таҳлилда қуйидагилар аниқланди: касалликнинг экзоген омил таъсири бўлмаган беморлар сони жами 52 (4.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 41 (39,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 12 (16,0%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда экзоген омил таъсири бўлмаган ҳолатлар 1984 йилга нисбатан 71% камайганлиги кузатилди. [RR = 0.29, 95% CI: 0.17 - 0.49, χ^2 - 30.17, p < 0.001]. Бу статистик аҳамиятли камайиш, яъни 2024 йилда шизофрениянинг узлуксиз кечувчи тури экзоген омилларсиз камроқ бошланган.

Касалликнинг бошланишида экзоген омил сифатида спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар истеъмоли таъсири бўлган беморлар сони жами 15 (1.4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 13 (12,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 2 (2,7%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар таъсири 1984 йилга нисбатан 79% камайган [RR = 0.21, 95% CI: 0.05 - 0.92, χ^2 - 4.25, p = 0.039]. Бу статистик аҳамиятли камайиш, демак, 2024 йилда спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар касаллик бошланишига камроқ таъсир қилганлиги кузатилди.

Касалликнинг бошланишида ҳомиладорлик ёки туғруқ экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 17 (1.6%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 7 (6,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 10 (13,3%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда ҳомиладорлик ва туғруқ таъсири 1984 йилга нисбатан 96% ошган [RR = 1.96, 95% CI: 0.78 - 4.90, χ^2 -1.44, p = 0.23]. Бу статистик аҳамиятга эга эмас, яъни ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнлари таъсири сезиларли даражада ошган бўлса ҳам, бу тасдиқланмади.

Касаллик дебютида юқумли касалликлар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 16 (1.5%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 5 (4,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 11 (14,7%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда юқумли касалликлар билан боғлиқ ҳолатлар 1984 йилга нисбатан 3 марта кўпроқ учраган [RR = 3.00, 95% CI: 1.09 - 8.27, χ^2 -3.92, p = 0.048]. Бу статистик аҳамиятли оқиш, яъни юқумли касалликлар 2024 йилда шизофрения бошланишига кучлироқ таъсир қилаётганини кўрсатади.

Руҳий омиллар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 41 (3.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 26 (25,2), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 15 (20,0) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда руҳий омиллар таъсири 1984 йилга нисбатан 21% камайган [RR = 0.79, 95% CI: 0.45 - 1.39, χ^2 -0.40, p = 0.53]. Бу статистик аҳамиятли эмас, яъни руҳий омиллар таъсири аниқ ўзгармаган.

Касаллик дебютида соматик касалликлар экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 14 (1.3%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 5 (4,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 9 та (12,0%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда соматик касалликлар таъсири 1984 йилга нисбатан 2.45 марта кўп кузатилмоқда [RR = 2.45, 95% CI: 0.86 - 7.01, χ^2 -2.10, p = 0.15]. Бу статистик аҳамиятга эга эмас, яъни соматик касалликлар таъсири ошган бўлса ҳам, бу тасдиқланмаган.

Бош мия жароҳатлари экзоген омил сифатида бўлган беморлар сони жами 11 (1.0%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 3 (2,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 8 (10,7%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда бош мия жароҳатлари 1984 йилга нисбатан 3.69 марта кўпроқ ҳолатларда аниқланган [RR = 3.69, 95% CI: 1.01 - 13.45, χ^2 -3.31, p = 0.069].

Бу чегаравий аҳамиятли натижа, яъни бош мия жароҳатлари таъсири 2024 йилда бироз ошган.

Комбинацияланган экзоген омиллар натижасида касаллиги бошланган беморлар сони жами 11 (1.02%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 3 та (2,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 8 та (10,7%) нафар беморни ташкил қилди. 2024 йилда комбинацияланган омиллар 1984 йилга нисбатан 3.69 марта ошган [RR = 3.69, 95% CI: 1.01 - 13.45, χ^2 -3.31, p = 0.069].

бу ҳам чегаравий аҳамиятли натижа, яъни қўшма экзоген омиллар таъсири ошган бўлиши мумкин.

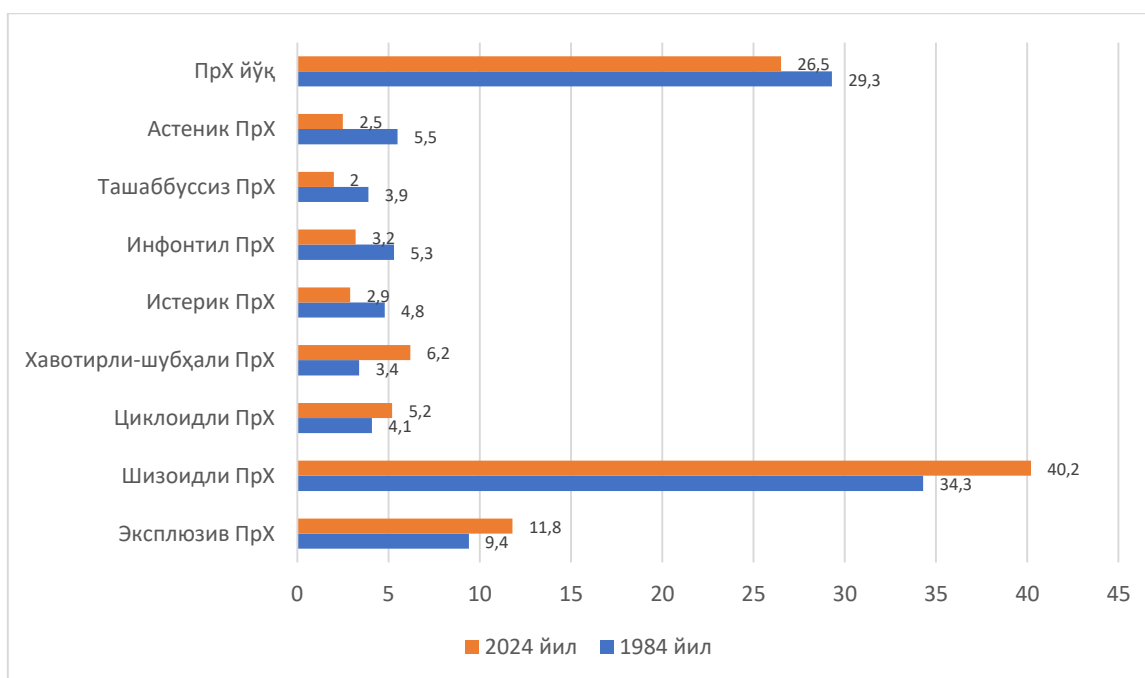
Умуман, хулоса қилиш мумкин-ки, экзоген ҳудудий хатар омиллари турли кечувчи шизофренияни келиб чиқиши ва кечишига бевосита таъмирларини кўрсатиб туришади. Даволаш-профилактика тадбирлари шулардан келиб чиқиб ўзгартирилиб ва такомиллаштирилиб борилса, мақсадга мувофиқ бўлади деб тавсия қилинади.

Ҳар қандай касалликни пренезологик босқичида таҳлил қилиш, айниқса эпидемиологик тадқиқотлар маълумотлари бўйича хулоса чиқариш долзарб амалий масала ва халигача бу борада, масалан, шизофрения мисолида тўлиқ аниқлик киритилмаган илмий мавзу ҳисобланади.

Шунинг учун, илк бора водий шароитида ва 40 йиллик проспектив эпидемиологик мониторингда шизофрениянинг преморбид хусусиятларини ҳудудий тавсифлари тадқиқотимизда ўрганилди (2- расмда олинган маълумотлар келтирилган).

Хусусан, турли хил кечувчи шизофрения билан аҳолини/беморларнинг шахсий преморбид хусусиятларининг қиёсий тавсифи тасдиқлайдики, жами 312 нафар (28,7%) беморларда касалликдан олдинги даврда патологик характер хусусиятлари кузатилмайди, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 128 (29,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 172 (26,5%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда преморбидлик белгилари бўлмаган ҳолатлар улуши статистик жиҳатдан сезиларли даражада кўп бўлган. [RR-0.90; 95% ИО (CI)- 0.74-1.10; χ^2 -1.05; $p < 0.05$].

Астенияга хос патологик характер хусусиятлари мавжуд беморлар сони жами 40 (3.7%) нафар беморларни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 24 (5,5%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 16 (2,5%)нафар беморни ташкил қилади. Преморбиднинг астеник тури улуши 2024 йилда статистик жиҳатдан сезиларли даражада кам учраган. [RR-0.45; 95% ИО (CI)- 0.24-0.830; χ^2 -6.77; $p < 0.05$].



2 – расм Турли хил кечувчи шизофрениянинг преморбид хусусиятларини ифодаланиши

Ташаббуссиз турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 30 (2.7%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 17 (3,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 13 (2,0%)нафар беморни ташкил қилади. Ташаббуссиз преморбид турининг улуши паст, аммо фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.51; 95% ИО (CI)- 0.25-1.05; χ^2 -3.48; $p > 0.05$].

Инфантил турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 44 (4.0%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 23 (5,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 21 (3,2%)нафар беморни ташкил қилади. Преморбиднинг инфантил тури улуши кам, лекин фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас [RR-0.61; 95% ИО (CI)- 0.34-1.10; χ^2 -2.78; $p > 0.05$].

Истерик турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 37 (3.4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 21 (4,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 16 (2,5%) нафар беморни ташкил қилади. Преморбиднинг истерик тури улуши кам бўлган, лекин фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас [RR-0.51; 95% ИО (CI)- 0.27-2.57; χ^2 -1.67; $p > 0.05$].

Хавотирли-шубҳали турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 55 (5.0%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 15 (3,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 40 (6,2%)нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда преморбиднинг хавотирли-шубҳали типи улуши статистик жиҳатдан сезиларли даражада кўплиги кузатилди [RR-1.45; 95% ИО (CI)- 0.82-2.57; χ^2 -1.67; $p > 0.05$].

Преморбиднинг циклоид турига эга бўлган беморлар сони жами 52 (4,8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 18 (4,1%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 34 (5,2%) нафар беморни ташкил қилади. Циклоид турдаги преморбиднинг улуши 2024 йилда кўпроқ, лекин фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас [RR-1.03; 95% ИО (CI)- 0.59-1.78; χ^2 -0.01; $p > 0.05$].

Шизоид турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 311 (28.6%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 150 (34,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 261 (40,2%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда шизоид турдаги преморбид улуши кўп, аммо фарқлар статистик жиҳатдан аҳамият касб этмайди [RR-0.95; 95% ИО (CI)- 0.84-1.06; χ^2 -0.83; $p > 0.05$].

Эксплозив турдаги преморбид характерга эга беморлар сони жами 118 (10.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 41 (9,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 77 (11,8%)нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда преморбиднинг эксплозив тури улуши кўп, аммо фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-1.02; 95% ИО (CI)- 0.73-1.44; χ^2 -0.01; $p > 0.05$].

Ҳар хил турдаги преморбид хусусиятлари бўйича олинган маълумотлар таҳлили, умуман, водийнинг катта ёшдаги (≥ 18 -90 ёшли) аҳолисида шизофрениянинг преморбид хусусиятларини хос эпидемиологик тавсифини ва 40 йиллик ўзгаришларини тасдиқлайди.

Чунончи, 2024 йилда 1984 йилга нисбатан хавотирли-шубҳали турдаги преморбидли беморлар улушининг сезиларли даражада ошганлиги яққол кўзга ташланади. Бу ўзгариш статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб, касалликнинг клиник кўринишида хавотирли-шубҳали хусусиятларнинг 40 йиллик таъсири кучайганидан далолат беради ёки шундай прогнозни келгуси йилларда ҳам қилиш мумкин бўлади.

Астеник турдаги преморбидли беморлар улушининг сезиларли даражада камайиши қайд қилинади. Бу ўзгариш ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб, преморбид тузилишида астеник хусусиятларнинг аҳамияти пасайганлигини кўрсатади.

Ташаббуссиз, инфантил, истерик, циклоид, шизоид ва эксплозив каби бошқа турдаги преморбидлар учун ўзгаришлар статистик аҳамиятlilik даражасига етмаган. Бу уларнинг аҳолида нисбатан барқарор намоён бўлиш частотасини англатади.

Ушбу қайд қилинган эпидмониторинг натижалар профилактик тадбирларни самарали йўналишини таъминлаб бериш учун асос бўлиб хизмат

қилишади ва бундан ташқари прогнозлашга негизланган алгоритмларни яратиб бериш учун аҳамият касб этишади.

Тадқиқотда, Фарғона водийси популяциясида, турли кечувчи шизофрениянинг дебюти бўйича қиёсий тавсифи ва 40 йиллик ўзгаришлари таҳлил қилинди. Бу ҳақдаги тавсифлар ва ўзгаришлар динамикаси 5- жадвалда берилган.

5- жадвал

Водийнинг катта ёшли аҳолисида турли кечувчи шизофрениянинг дебюти бўйича тавсифини 40 йиллик ўзгаришлари

№	Шизофрени янинг дебюти кўринишлар и	Эпидмониторинг йиллари, ШДКни аниқланиш частоталари				RR	95% CI	χ^2	P
		1984		2024					
		n	%	n	%				
1	ЎБ	146	33,4	211	32,5	0.97	0.825-1.15	0.11	> 0.05
2	ДБББ	291	66.6	439	67.5	1.17	1.08-1.27	15.61	<0.001
3	АНЎБББ	82	18,8	118	18,2	0.97	0.75-1.25	0.065	> 0.05
4	НБББ	56	12,8	100	15,4	1.20	0.89-1.63	1.40	> 0.05
5	ПЎБББ	39	8,9	74	11,4	1.28	0.88-1.84	1.70	> 0.05
6	ТБББ	39	8,9	75	11,5	1.29	0.90-1.87	1.90	> 0.05
7	ПЭПРБББ	75	17,2	72	11,1	0.65	0.48-0.87	8.28	< 0.05

Изоҳ: ЎБ- ўткир бошланиш, ДБББ- дастлабки бузилишлар билан бошланиш, АНЎБББ – астеноверозга ўхшаш бузилишлар билан бошланиш, НБББ – негатив бузилишлар билан бошланиш, ПЎБББ – психопатияга ўхшаш бузилишлар билан бошланиш, ТБББ- тимопатик бузилишлар билан бошланиш, ПЭПРБББ – психоэнергетик потенциал редукцияси билан бошланиш.

Қайд этилган рақамли маълумотлар кўрсатадики, турли кечувчи шизофрениянинг дебюти 7 хил клиник ифодаланиш билан қуйидагича аниқланиш частоталарида тасдиқланади ва 1984-2024 йиллардаги ўзгаришларда мувофиқ бўлиб қайд қилинади: ЎБ-33,4% ва 33,5% дан (0,9% га камайиш билан), ДБББ – 66,6% ва 67,5% дан (0,9% га кўпайиш билан), АНЎБББ – 18,8%

ва 18,2% дан (0,6% га камайиш билан), НБББ – 12,8% ва 15,4% дан (2,6% га кўпайиш билан), ПЎБББ – 8,9% ва 11,4% дан (2,5% га кўпайиш билан), ТБББ – 8,9% ва 11,5% дан (2,6% га кўпайиш билан), ПЭПРБББ – 17,2% ва 11,1% дан (3,1% га камайиш билан). Умуман, турли хил кечувчи шизофрениянинг дебюти бўйича қиёсий тавсифи қуйидагиларни кўрсатади: касаллик ўткир бошланган беморлар сони жами 357 нафарни (32,8%) ташкил этади, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 146 нафар (33,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 211 (32,5%) нафар беморни ташкил қилди. Касалликнинг ўткир дебют ҳолатлари улуши 1984 ва 2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган, фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. [RR-0.97; 95% ИО (CI)- 0.825-1.15; χ^2 -0.11; $p > 0.05$].

Касаллик дастлабки бузилишлар билан аста секин бошланган беморлар сони жами 730 (67.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 291 (66,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 439 (67,5%) нафар беморни ташкил қилди. 1984 ва 2024 йиллар орасида касалликнинг секин бошланишига оид ўзгариш статистик аҳамиятга эга [RR-1.17; 95% ИО (O)- 1.08-1.27; χ^2 -15.61, $p < 0.001$]. Шизофрениянинг секин бошланиши ҳозирги вақтда кўпроқ учраётганлиги шизофрения динамикасининг ўзгарганлигини кўрсатади.

Касаллик астено-неврозсимон бузилишлар билан бошланган беморлар сони жами 200 (32.8%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 82 (18,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 118 (18,2%) нафар беморни ташкил қилади. Касаллик бошланишида астено-неврозга ўхшаш дастлабки бузилишлар билан кечган ҳолатлар улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармай қолган ва фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.97; 95% ИО (CI)- 0.75-1.25; χ^2 -0.065; $p > 0.05$].

Касаллик негатив бузилишлар билан бузилишлар билан бошланган беморлар сони жами 156 (14.4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 56 (12,8%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 100 (15,4%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда касалликнинг бошланғич босқичида негатив бузилишлар билан кечган ҳолатлар сони ортган, аммо бу ўсиш статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада эмас [RR-1.20; 95% ИО (O)- 0.89-1.63; χ^2 -1.40; $p > 0.05$].

Касаллик психопатияга ўхшаш бузилишлар билан бузилишлар билан бошланган беморлар сони жами 113 (10,4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 39 (8,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 74 (11,4%) нафар беморни ташкил қилади. Касаллик бошланишида психотопсимон дастлабки бузилишлар билан кечган ҳолатларнинг улуши 2024 йилда ошган, бироқ бу фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-1.28; 95% ИО (CI)- 0.88-1.84; χ^2 -1.70; $p > 0.05$].

Касаллик тимопатик бузилишлар билан бошланган беморлар сони жами 114 (10.5%) нафарни ташкил килиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 39 (8,9%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 75 (11,5%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда касаллик бошланишида тимопатик дастлабки бузилишлар билан боғлиқ ҳолатлар улуши кўпайган, аммо бу фарқлар статистик жиҳатдан аҳамият касб этмайди [RR-1.29; 95% ИО (CI)- 0.90-1.87; χ^2 -1.90; $p > 0.05$].

Касаллик энергетик потенциал редукцияси билан бошланган беморлар сони жами 147 (13.5%) нафарни ташкил килиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 75 (17,2%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 72 (11,1%) нафар беморни ташкил қилади. Энергетик салоҳиятнинг пасайиши билан бошланғич бузилиш ҳолатлари улуши 1984 йилга нисбатан 2024 йилда сезиларли даражада камайди ва бу пасайиш статистик аҳамиятга эга [RR-0.65; 95% ИО (CI)- 0.48-0.87; χ^2 - 8.28; $p < 0.05$].

1984 йилга нисбатан 2024 йилда касалликнинг ўткир бошланиши ҳолатлари улуши камайган. Бу пасайиш статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб, касалликнинг клиник манзарасида ўзгариш юз бераётганини, яъни ўткир бошланиш шакли камроқ учраётганини кўрсатиши мумкин.

Умуман, қуйидаги натижалар диққатни алоҳида тортади. Негатив бузилишлар билан касаллик бошланиши ҳолатларининг улуши ошган ва бу ўзгариш статистик жиҳатдан аҳамиятли. Бу касалликнинг дастлабки босқичларида салбий белгиларнинг кучайганини акс эттириши мумкин.

Астено-неврозсимон бузилишлар билан бошланган ҳолатлар улуши эса юқориликча қолмоқда, бироқ 1984-2024 йиллар оралигида бироз пасайиш кузатилган. Фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятсиз, бу эса мазкур бузилишларнинг касаллик бошланиши тузилмасидаги барқарор ўрнини кўрсатади.

Касаллик бошланишида психопатсимон бузилишларнинг улуши деярли ўзгармаган, фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. Бу ушбу турдаги бузилишлар намоён бўлишининг барқарорлигидан далолат беради.

Касаллик бошланишидаги тимопатик бузилишлар частотаси 1984 йилдан 2024 йилгача ўзгаришсиз қолган. Фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятсиз, бу уларнинг роли барқарор эканлигини кўрсатади.

Энергетик потенциал редукцияси билан касаллик бошланиши ҳолатларининг улуши 2024 йилда сезиларли даражада камайган ва бу ўзгариш статистик жиҳатдан аҳамиятли. Бу касалликнинг дастлабки босқичларида ҳиссий танқисликнинг камайганини кўрсатиши мумкин.

Умумий тенденциялар қуйидагича яққол кўзга ташланади. Ўткир бошланиш ва энергетик потенциал редукцияси билан бошланиш ҳолатлари

улушининг сезиларли даражада камайиши кузатилган, бу касалликнинг клиник кўриниши моделларининг ўзгараётганини кўрсатади. Шу билан бирга, салбий бузилишлар улуши ошган, бу уларнинг касаллик бошланиши тузилмасидаги аҳамияти кучайганидан далолат беради.

Таҳлил натижалари ўрганилаётган даврда касаллик бошланиши хусусиятларидаги ўзгаришларни таъкидлайди. Ўткир бошланиш улушининг камайиши ва негатив бузилишлар билан дебютнинг кўплиги ташхис қўйиш усулларининг такомиллашуви, ташки омилларнинг ўзгариши ёки касалликнинг биологик механизмларидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Касалликнинг ўткир ва дастлабки бузилишлар билан секин бошланишига оид 1984 ва 2024 йиллардаги беморлар сони ва улушлари қиёсий таҳлил қилинди. Таҳлил давомида нисбий хатар (RR), 95% ишонч интервал и (CI), хи-квадрат тест натижалари ва р-ҳолатлар (p-value) ҳисоблаб чиқилди.

1984 йил натижалари: Касаллик ўткир бошланган: 146 (33,4%). касаллик дастлабки белгилар билан секин бошланган: 291(66,6%) [RR - 0.50, 95% ИО (CI) - 0.43 - 0.58, χ^2 - 94.90, $p < 0.001$]. Бу жуда аҳамиятли натижа, яъни касалликнинг секин бошланиши ўткир бошланишга нисбатан статистик аҳамиятли равишда кўпроқ учраган.

2024 йил натижалари: Касаллик ўткир бошланган: 211 (32,5%). касаллик дастлабки белгилар билан секин бошланган: 439 (67,5%) [RR - 0.60, 95% ИО (CI) - 0.51- 0.71, χ^2 - 38.91, $p<0.001$]. Бу ҳам аҳамиятли натижа, яъни касалликнинг секин бошланиши 2024 йилда ҳам ўткир бошланишга нисбатан статистик аҳамиятли равишда кўпроқ учраган.

6- жадвал

Беморларнинг касаллик дебютинининг 1984 ва 2024 йиллар бўйича умумий қиёсий тавсифи

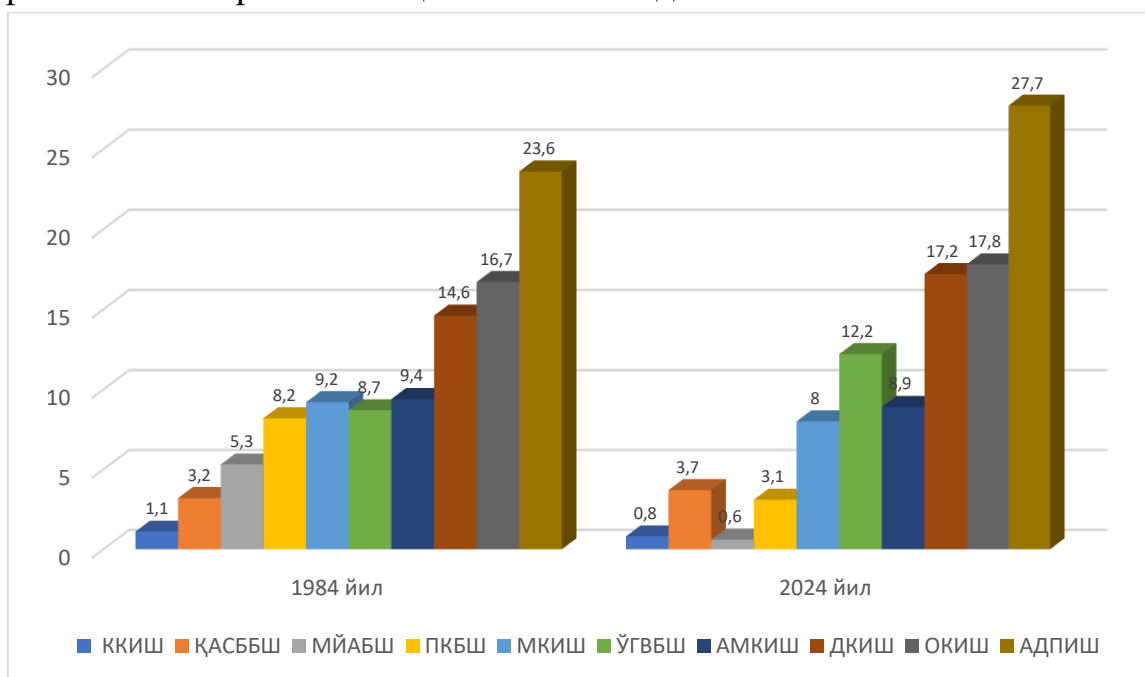
№	Тадқиқот йиллари	Ўткир бошланган	Дастлабки бузилишлар билан бошланган	RR	95% ИИ (CI)	χ^2	P
	1984 йил	146 (33,4%)	291 (66,6%)	0.50	0.43- 0.58	94.90	<0.001
	2024 йил	211 (32,5%)	439 (67,5%)	0.60	0.51- 0.71	38.91	<0.001

Умумий натижалардан чиқариладиган хулоса шуки 1984 ва 2024 йиллар орасида шизофрениянинг секин бошланиши ўткир бошланишга нисбатан доимо устун бўлган. Бундан ташқари, 1984 йилда ўткир бошланиш 50% камроқ учраган бўлса, 2024 йилда бу фарқ 40% га тушган. Бу тенденция статистик жиҳатдан аҳамиятли, чунки ҳар иккала учун $p\text{-value} < 0.001$. 2024 йилда касалликнинг ўткир бошланиши эҳтимоли 1984 йилга нисбатан, яъни 40 йил ўтиб нисбатан ошган, бу ўзгариш ҳамон статистик аҳамиятли ҳисобланади.

3- расмда турли хил кечувчи шизофренияни манифестининг клиник кўринишини 40 йиллик қиёсий тавсифининг водий минтақасида тахлилий маълумотлари келтирилган.

Улардан аён бўладики, шизофрения манифестининг клиник кўриниши ушбу популяцияда 10 та жиҳатни ифодалаш билан хос тавсифланади: атипик депрессия кўринишда ифодаланган шизофрения (АДПИШ), атипик маникал кўринишда ифодаланган шизофрения (АМКИШ), депрессия кўринишда ифодаланган шизофрения (ДКИШ), катоник кўринишда ифодаланган шизофрения (ККИШ), маникал кўринишда ифодаланган шизофрения (МКИШ), маълумоти йўқ аҳолида бошланган/ ифодаланган шизофрения (МЙАБШ), онейроид кўринишда ифодаланган шизофрения (ОКИШ), ўткир галлюцинатор васвасалар билан бошланган шизофрения (ЎГВБШ), параноид кўринишда бошланган шизофрения (ПКБШ) ва кўш аффектив симптоматика билан бошланган (ҚАСББШ) шизофрения.

Уларни алохида-алохида тахлил қилиб баҳолаш катта ташхисий, профилактик ва терапевтик аҳамият касб этади.



3- расм Шизофрениянинг манифестли клиник кўринишини ифодаланиши.

Текширилган беморлар популяциясини клиник манифестининг клиник кўриниши бўйича қиёсиф таҳлили натижасида қуйидагилар тасдиқланди: касаллик манифести атипик депрессив кўринишда бошланган (ДКИШ) беморлар сони жами 283 нафарни (26.0%) ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 103 (23.6%) 2024 йилги ҳолат бўйича эса 180 (27,7%) нафар беморни ташкил қилади. Касаллик манифести атипик-депрессив клиник кўринишга эга бўлган ҳолатларнинг улуши 2024 йилда кўпайган, аммо фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. [RR-1.17; 95% ИО (CI)- 0.95-1.45; χ^2 -2.31; $p > 0.05$].

Касаллик манифести атипик-маниакал кўринишда бошланган (АДПИШ) беморлар сони жами 99 (9.1%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 41 (9,4%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 58 (8,9%) нафар беморни ташкил қилади. Касаллик манифести атипик-маниакал клиник манзараси бўлган ҳолатларнинг улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас [RR-0.95; 95% ИО (CI)- 0.65-1.39; χ^2 -0.067; $p > 0.05$].

Касаллик манифести депрессив кўринишда бошланган (ДКИШ) беморлар сони жами 176 (16.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 64 (14,6%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 112 (17,2%) нафар беморни ташкил қилади. 2024 йилда касалликнинг депрессив клиник манзараси билан бошланиши ҳолатлари улуши ортган, бироқ бу фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-1.18; 95% ИО (CI)- 0.89-1.56; χ^2 -1.29; $p > 0.05$].

Касалликнинг манифести кататоник симптоматика билан бошланиши ҳолатлари (ККИШ) кузатилган беморлар сони жами 10 (0.9%) нафарни ташкил қилади, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 5 (1,1%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 5 (0,8%) нафар беморни ташкил қилди. Касаллик бошланишидаги кататоник клиник манзара ҳолатларининг улуши 1984 йилдан 2024 йилгача ўзгаришсиз қолган ва фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.67; 95% ИО (CI)- 0.20-0.31; χ^2 -0.40; $p > 0.05$].

Касаллик манифести маниакал кўринишда бошланган (МКИШ) беморлар сони жами 92 (8.5%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 40 (9,2%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 52 (8,0%) нафар беморни ташкил қилади. Касалликнинг маниакал клиник кўриниши билан бошланган ҳолатлар улуши 1984 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-0.87; 95% ИО (CI)- 0.59-1.30; χ^2 -0.45; $p > 0.05$].

Касаллик манифести онейроид кўринишда бошланган (ОКИШ) беморлар сони жами 189 (17.4%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 73 (16,7%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 116 (17,8%) нафар

беморни ташкил қилган. Касаллик бошланишида онейроид клиник манзараси бўлган ҳолатларнинг улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас [RR-1.07; 95% ИО (CI)- 0.82-1.39; χ^2 -0.24; $p > 0.05$].

Касаллик манифести параноид кўринишда бошланган (ПКБШ) беморлар сони жами 56 (5.2%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 36(8,2%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 20 (3,1%) нафар беморни ташкил қилган. Касаллик манифести параноид клиник кўринишга эга бўлган ҳолатларнинг улуши 1984 йилга нисбатан 2024 йилда сезиларли даражада камайган ва бу пасайиш статистик аҳамиятга эга [RR-0.37; 95% ИО (CI)- 0.22-0.64; χ^2 -14.24; $p < 0.001$].

Касалликнинг манифести қўш аффектив симптоматика билан бошланиши ҳолатлари (КАСББШ) кузатилган беморлар сони жами 38 (3.5%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 14 (3,2%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 24 (3,7%) нафар беморни ташкил қилган. Касалликнинг бошланиш даврида икки томонлама аффектив клиник кўринишга эга бўлган ҳолатлар улуши 1984 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда деярли ўзгармаган ва фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли эмас [RR-1.15; 95% ИО (CI)- 0.60-2.20; χ^2 -0.18; $p > 0.05$].

Касалликнинг илк даври қандай кўринишда бошланганлиги тўғрисида етарли маълумот бўлмаган беморлар сони жами 27 (2.5%) нафарни ташкил қилиб, булардан 1984 йилги ҳолат бўйича 23 (5,3%), 2024 йилги ҳолат бўйича эса 4 (0,6%) нафар беморни ташкил қилган. Касаллик бошланиши клиник манзараси ҳақида маълумотлар мавжуд бўлмаган ҳолатлар улуши 1984 йилга нисбатан 2024 йилда сезиларли даражада камайган ва бу пасайиш статистик жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади [RR-0.12; 95% ИО (CI)- 0.04-0.34; χ^2 -25.30; $p < 0.001$].

Хулоса тарзида касаллик бошланишининг клиник манзарасини таҳлил қилиш қуйидаги асосий ўзгаришлар ва тенденцияларни аниқлади (8.1- расм).

Касалликнинг атипик-депрессив бузилишлар кўринишида бошланиши билан кузатилган беморлар улуши 2024 йилда сезиларли даражада ортган. Бу статистик жиҳатдан аҳамиятли ўзгариш бўлиб, депрессив белгиларнинг клиник манзарадаги аҳамияти ошганлигини кўрсатади. Атипик-маниакал бузилишлар улуши 1984-2024 йиллар оралиғида деярли ўзгармай қолган. Фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас, бу эса ушбу бошланғич шаклнинг барқарор ролини кўрсатади. Касалликнинг бошланишида депрессив бузилишлар частотаси ошган ва бу ўзгариш статистик аҳамиятга эгадир. Бу, депрессив белгиларнинг касаллик бошланиши клиник манзарасида кучайиб бораётган таъсирини таъкидлайди.

Касалликнинг бошланишида кататоник бузилишлари бўлган беморлар улуши жуда паст бўлиб қолган ва деярли ўзгармаган. Фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. Касаллик бошланишида маниакал бузилишлари бўлган беморлар улуши бироз камайган-у, аммо фарқлар статистик аҳамиятлилиқ даражасига етмаган.

2024 йилда онейроид бузилишлари бўлган беморлар улуши ошган, аммо фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас. Бу, ушбу бузилишларнинг касаллик бошланиши клиник манзарасида барқарор роль ўйнашидан далолат бериши мумкин.

Ўткир галлюцинатор-васваса бузилишлари билан касалланиш ҳолатлари кўпайган ва бу ўзгариш статистик аҳамиятга эга. Бу, касалликнинг бошланишида психотик белгиларнинг роли кучайганлигини кўрсатади.

Касалликнинг бошланишида параноид бузилишлари бўлган беморлар улуши сезиларли даражада камайган. Ушбу ўзгариш статистик аҳамиятга эга.

Касалликни бошланишида параноид бузилишлари бўлган беморлар популяциясининг улуши сезиларли даражада камайган. Ушбу ўзгариш тенденцияси статистик аҳамиятга эга бўлиб, касалликнинг клиник манзарасида параноид симптомларнинг намоён бўлиши пасайганини кўрсатади. Икки томонлама аффектив бузилишлар билан аҳоли популяцияси ортган-у, аммо бу фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас.

Умумий тенденцияни эса ушбу водийнинг $\geq 18-90$ ёшли популяцияда қуйидагича тавсифлаш мумкин бўлади: 1) атипик-депрессив ва депрессив бузилишлар частотаси сезиларли (статистик ишончли) ошган ва демак, уларнинг шизофренияни клиник манзараланишидаги хиссаси/аҳамияти ортган; 2) параноид бузилишларни аниқланиш частоталари камайган; 3) касаллик бошланишининг манифест клиник манзарасини таҳлил қилиш натижалари бузилишлар турларининг тақсимланишидаги муҳим (ташхисий ва терапевтик аҳамиятли) ўзгаришларни кўрсатади. Бу маълумотларга, сўзсиз алоҳида превентив-профилактик ва фармакотерапевтик эътибор қаратиш зарурлиги тасдиқланиб тавсия қилинади.

ХУЛОСА

1. Турли хил кечувчи шизофренияни бошланиши ва авжланишига таъсир этувчи экзоген ҳудудий омиллар ажратилади ва улар қуйидаги аниқланиш частоталари билан 1984-2024 йиллари водий аҳолисида тасдиқланади: спиртли ичимликлар ва гиёҳвандлар истеъмоли – 8.7% ва 7.1% дан (-1.6% га динамикада камайиш билан), ҳомиладорлик ва туғруқлар -6.9% ва 5.7% дан (-1.2% га пасайиш билан), инфекциялар – 9.8% ва 8.2% дан (- 1.6% га камайиш билан), руҳий омиллар – 18.3% ва 31.5% дан (+ 13.2% 40 йиллик ўсиш тенденциясини кўрсатиб), соматик касалликлар – 4.3% ва 3.4% дан (- 0.9% га камайиш билан), бош мия жароҳатлари – 5.0% ва 3.8% дан (-1.2%га пасайиш билан) ва қўшилган экзоген омиллар – 5.0% ва 3.7% дан (-1.3% камайиш билан).

2. Водий шароитида шизофрениянинг қуйидаги преморбид хусусиятлари аниқланади ва 1984-2024 йиллари хос тарқалиш частоталари билан тасдиқланади: астенияга хос преморбид хусусият (ПрХ) – 29.3% ва 26.5% дан (-2.8% камайиш билан), ташаббуссиз ПрХ – 3.9% ва 2.0% дан (-1.9%га камайиш билан), инфантил ПрХ – 5.3% ва 3.2% дан (-2.1% га камайиш билан), хавотирли-шубҳали ПрХ – 3.4% ва 6.2% дан (+3.8% ўсиш билан), циклоидли ПрХ – 4.1% ва 5.2% дан (+1.1%га ўсиш билан), шизоидли ПрХ – 34.3% ва 40.2% дан (+5.9%га ўсиш билан) ва эксплозив ПрХ – 9.4% ва 11.8%дан (+2.1га ўсиш билан).

3. Турли хил кечувчи шизофрения дебюти 7 турли клиник ифодаланиш частоталарида аниқланади ва 40 йиллик ўзгаришлар билан 1984-2024 йилларда қиёсан қуйидагича тавсифланади: ўткир бошланиш – 33.4% ва 32.5% дан (-0.9%га пасайиш билан), дастлабки бузилишлар билан бошланиш – 66.6% ва 67.5% дан (+0.9%га ўсиш билан), астеноневрозга ўхшаш бузилишлар билан бошланиш – 18.8% ва 18.2% дан (-0.6%га камайиш билан), негатив бузилишлар билан бошланиш – 12.8% ва 15.4% дан (+ 2.6% га ўсиш билан), психопатияга ўхшаш бузилишлар билан бошланиш – 8.9% ва 11.4% дан (+2.5% га ўсиш билан), тимопатик бузилишлар билан бошланиш – 8.9% ва 11.5% дан (+2.6%га ўсишни кўрсатиб), психоэнергетик потенциал редукцияси билан бошланиш – 17.2% ва 11.1% дан (-6.1% га камайиш билан).

4. Фарғона водийси минтақасида турли хил кечувчи шизофрениянинг манифестли клиник кўриниш 10 турли жиҳатни ифодалаб аниқланади ва 1984-2024 йилларда қуйидагича ўзгариш частоталари билан қиёсан тавсифланади: атипик депрессия кўринишда ифодаланган шизофрения – 23.6% ва 27.7% дан (+4.1% га ўсиш билан), атипик маниакал кўринишда ифодаланган шизофрения – 9.4% ва 8.9% дан (-0.5% га пасайиш билан), депрессив кўринишда

ифодаланган шизофрения – 14.6% ва 17.2% дан (+2.6% га ўсиш билан), катоник кўринишда ифодаланган шизофрения – 1.1% ва 0.8% дан (-0.2% га пасайиш билан), маниакал кўринишда ифодаланган шизофрения – 9.2% ва 8.0% дан (-1.2% га камайиш билан), маълумоти йўқ аҳолида ифодаланган шизофрения – 5.3% ва 0.6% дан (-4.7% га камайиш билан), онейроид кўринишда ифодаланган шизофрения – 16.7% ва 17.8% дан (+1.1% га ўсиш билан), ўткир галлюцинатор васвасалар билан бошланган шизофрения – 8.7% ва 12.2% дан (+3.5% га ўсиш билан), параноид кўринишда бошланган шизофрения – 8.2% ва 3.1% дан (- 5.1% га пасайиш билан) ва қўш аффектив симптоматика билан бошланган шизофрения – 3.2% ва 3.7% дан (+ 0.5% га ўсиш билан).

Усулнинг ижтимоий-иқтисодий самарадорлиги.

Олинган натижаларга кўра шизофрения касаллигини ривожланишига сабаб бўлувчи омилларини аниқлашда проспектив эпидемиологик мониторингнинг юқори ахборот берувчи хусусиятини кўрсатади таклиф қилинаётган ёндошувнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида хулоса қилиш мумкин.

Ижтимоий-иқтисодий самарадорликни баҳолаш учун диагностик усулни (тиббий технологияни -ТТ) танлаш имконини берувчи ва арзон, бироқ самаралироқ бўлиши ёки унинг афзалликлари қўшимча харажатларни оқлаши каби бир нечта талабларга жавоб берадиган усул бўйича тахлил қилинди. Тахлил усулининг моҳияти, қўшимча маълумотларган эга бўлиш учун сарфланган харажатлар “қиймат/самарадорлик” нисбатини аниқлашдан иборат (масалан, йил давомида нечта ҳаётнинг сақлаб қолиниши, касаллик асоратларини камайтириш сони ва ҳ.). Хисоблаш учун қуйидаги формуладан фойдаланилди:

$$\text{Қиймат/самарадорлик} = \frac{\text{ТТх нинг умумий қиймати} - \text{ТТу нинг умумий қиймати}}{\text{ТТх самарадорлиги} - \text{ТТу самарадорлиги}};$$

бу ерда, ТТх ва ТТу нинг умумий қиймати – ТТх ва ТТу ни амалга оширишга сарфланган пул бирлигидаги бевосита ва билвосита харажатлар;

ТТх ва ТТу самарадорлиги – ТТх ва ТТу қўлланилиши натижасида олинган тиббий ёки ижтимоий самарадорлик.

Хар хил кечувчи шизофрениани анъанавий усулда ногиронликни олдини олиш, рецидивларини бартараф этиш учун ҳар бир беморга сарфланаётган харажатлар ўртача 580 530 сўмни ташкил қилади. Таклиф қилинаётган усулда эса ушбу қиймат 470 700 сўмни ташкил қилади, яъни харажатларни 1,3 мартага камайтириш имконини беради. Анъанавий усулда ўрин кунлар 37 суткага келиб

аниқлаштирилган бўлса, татбиқ қилинаётган усулда 28 суткага келиб прогнозланади. У ҳолда ҳисоблашлар қуйидагича амалга оширилади:

$$\text{Қиймат/самарадорлик} = \frac{580530 - 439320}{37 - 28} = 15690 \text{ сўм}$$

Агар водий вилоятлари миқёсидаги психиатрия хизмати бўйича филиалларга турли хил кечувчи шизофрения билан бир йилдаги мурожаатлар сони ўртача 12 деб олинса, у ҳолда мазкур усул татбиқ қилинганидан сўнг бир муассаса учун жами иқтисодий самардорлик 188 280 сўмни ташкил қилади. Шу билан бирга, рецедивлар ва хуружлар сонининг камайиши ҳисобига беморларнинг шифохонада бўлиш муддатини қисқартиради. Бунинг учун даволашга кетган харажатларни иқтисод қилиниши қуйидаги формула ёрдамида ҳисобланди:

$$\text{Эд} = (\text{Кк.кх} - \text{Кк.ку}) \times \text{Тўр.} \times \text{С};$$

бу ерда Эд – даволашга кетган харажатлар иқтисоди;

Кк.кх – анаъанавий усулда даволанган беморларнинг койка-куни учун харажатлар;

Кк.ку - таклиф қилинган усулда даволанган беморлар койка-куни учун харажатлар;

Тўр. – таклиф қилинган усулда даволанган беморларнинг шифохонада ўртача даволаниш муддати

С – таклиф қилинган усулда даволанган беморлар сони. Бу ҳолда ҳисоблашлар қуйидагича кўринишга эга бўлди:

$$\text{Эл} = (580530 - 439320) \times 28 \times 120 = 494\,235\,000 \text{ сўм}$$

Шундай қилиб, тадқиқот учун танланган ва таклиф қилинган усулда ташхисланган беморларда (120 та) даволаниш учун кетган харажатлар 474 465 600 сўмга ёки ҳар бир бемордан 3 953 880 сўмга иқтисод қилинди. Бир йилдаги мурожаатлар сонига нисбатан эса (12 та бемор), татбиқ масштаби бўйича жами йиллик иқтисодий самарадорлик 47446560 сўмни ташкил қилади.

Хотима: Мазкур услубий тавсияда **“Катта ёшдаги аҳолида шизофрениянинг хатар омилларини ва кечиш жиҳатларини башорат қилишда профилактик дастур-алгоритмлари”** усули таклиф қилинган.

Услубий тавсиялардан нафақат шифокорларнинг амалий ишларида, балки тиббиёт олий ўқув юртларининг психиатрия кафедраларида, шифокорлар малакасини ошириш институтларида, ўқитувчилар малакасини ошириш факультетларида педагогик жараёнда ҳам фойдаланиш мумкин.

Олиб борилган тадқиқот натижалари Андижон, Фарғона, Наманган вилоятлари психоневрология диспансерлари клиник амалиётига жорий этилган.

Тадқиқот натижалари Андижон давлат тиббиёт институтининг психиатрия кафедраларида ўқув жараёнида, даволаш ва педиатрия факультетлари талабалари учун (психиатрия ва тиббий психология бўйича) услубий ишланмаларда, ўқитувчилар малакасини ошириш ва шифокорлар малакасини ошириш факультетларида маърузалар курсида ўз аксини топган.

Тадқиқот натижаларига кўра қуйидаги хулосалар шакллантирилди:

КАТТА ЁШДАГИ АҲОЛИДА ШИЗОФРЕНИЯНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ ВА КЕЧИШ ЖИҲАТЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШДА ПРОФИЛАКТИК ДАСТУР-АЛГОРИТМЛАРНИ ЖОРИЙ ЭТИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

1. Хавф гуруҳига кирувчи шахсларнинг ягона рақамли реестрини яратиш

Психиатрик, соматик, ижтимоий ва генетик хавф омилларини автоматик ҳисобга олган ҳолда электрон тиббий карталарни жорий этиш. Соғлиқни сақлашнинг минтақавий IT тизимлари билан интеграциялашув.

2. Стандартлаштирилган дастур-алгоритмларни ишлаб чиқиш

Алгоритмлар скрининг босқичларини, продромал симптомларни аниқлаш, беморни йўналтириш, динамик кузатув ва индивидуал аралашувларни ўз ичига олиши керак.

3. Кўп тармоқли ёндашув

Беморларни ҳар томонлама баҳолаш ва бошқариш учун психиатр, невролог, психолог, ижтимоий ходим ва умумий амалиёт шифокори иштирокида жамоалар тузиш.

4. Бирламчи бўғин шифокорларини ўқитиш

Шизофрения белгиларини эрта аниқлаш, беморлар ва уларнинг оила аъзоларининг руҳий тарбияси, хавф омилларини баҳолаш бўйича семинар ва тренинглар ташкил этиш.

5. Сунъий интеллект ва рақамли технологиялардан фойдаланиш

Ўз-ўзини кузатиш, масофавий мониторинг ва телемедицина маслаҳатлари учун мобил иловалар ва онлайн платформаларни жорий этиш.

6. Баҳолаш ва прогнозлаш шкалаларини жорий этиш

Ҳар бир беморга индивидуал ёндашув учун биопсихосоциал хавф баҳолаш шкалалари ва индивидуаллаштирилган индексларни қўллаш.

7. Беморлар ва уларнинг оилалари иштироки

Даволанишга содиқликни ошириш ва ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларини мустаҳкамлашга қаратилган психологик таълим ва қўллаб-қувватлаш дастурларини ишлаб чиқиш.

8. Дастурлар самарадорлигини мониторинг қилиш ва баҳолаш

Дастурларнинг асосий кўрсаткичлар (рецидивлар, касалхонага ётқизиш, ишлаш даражаси) бўйича натижадорлигини мунтазам таҳлил қилиш ва тузатишлар киритиш.

ШИЗОФРЕНИЯ ХАВФИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАЛАРИ (ФАРҒОНА ВОДИЙСИ УЧУН МОСЛАШТИРИЛГАН).

Ушбу ҳужжат Фарғона водийси шароитига мослаштирилган катта ёшдаги аҳолида шизофрения ривожланиш хавфини баҳолашнинг иккита шкаласини ўз ичига олади. Шкалалар биопсихосоциал модель ва индивидуаллаштирилган хавф индексига асосланган. Улар бирламчи бўгин мутахассислари, психиатрлар, шунингдек, рақамли мониторинг дастурлари доирасида фойдаланиш учун мўлжалланган.

I. Биопсихосоциал модель бўйича хавфни баҳолаш шкаласи

Модель Фарғона водийси аҳолисига хос бўлган биологик, психологик ва ижтимоий омилларнинг ўзаро таъсирини ҳисобга олади.

Компонент	Омиллар	Баллар
Биологик	• Оилавий анамнезда шизофрения • Перинатал жароҳатлар • Бош мия жароҳатлари • Болаликда уйқу бузилиши • Экзоген хавф омиллари таъсири	0-10
Психологик	• Сурункали стресс (жумладан, меҳнат миграцияси) • Юқори безовталиқ • Алексия, деперсонализация • Шахсий акцентуациялар	0-10
Ижтимоий	• Урбанизация • Ишсизлик • Қариндошларнинг эмиграцияси • Оиладаги зўравонлик тарихи • Ижтимоий изоляция	0-10

Баллар талқини:

- 0-9 балл - *паст хавф*
- 10-19 балл - *ўртача хавф*
- 20-30 балл - *юқори хавф*

II. Индивидуаллаштирилган хавф индекси (ИРИ)

Индекс шахсий хавфни ҳисоблаш билан кўп омилли моделга асосланган. Фойдаланилган ўзгарувчилар Фарғона водийси худуди шароитига мослаштирилган.

Компонент	Ўзгарувчилар	Салмоғи (%)
Генетик хавф	• Қариндошларда шизофрения мавжудлиги • Ирсий психозлар	30.
Нейрокогнитив параметрлар	• Хотира, диққат, фикрлашнинг пасайиши (тестлар бўйича) • Фикрлаш қийинлиги шикоятлари	20.
Муҳит омиллари	• Миграция, экологик стресслар • Болаликдаги қийинчиликлар	15.
Руҳий аломатлар	• Продромал кўринишлар • Дерализатсия эпизодлари, васваса ғоялари	25.
Хулқ-атвор параметрлари	• Психоактив моддаларни истеъмол қилиш • Паст жисмоний фаоллик	10.

Якуний балл талқини:

- <30 - минимал хавф
- 30-59 - субклиник хавф
- ≥60 - юқори хавф (эрта аралашув зарур)

Иккала шкаладан ҳам Фарғона водийсида диспансеризация, скрининг дастурлари, телетиббиёт ва амбулатория кузатуви доирасида фойдаланиш мумкин. Хавф индексини автоматик ҳисоблаш учун уларни рақамли шаклда жорий этиш тавсия этилади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. Психиатрия: национальное руководство. Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2018. 1008 с.
2. Зинчук М.С., Аведисова, А.С., Гехт, А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019;119(3):108-119.
3. Колотилин Г.Ф., Яковлена М.В., клиничко – психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия – 2024. № 2. Б: 64 – 66.
4. Назаров У.К., Рахимова Д.С. Шизофрениянинг клиник патоморфози ва унинг профилактикаси. // Ўзбекистон тиббиёти журнали. 2021. 4(2), б. 50 – 57.
5. Панкова О.Ф., Радионов Д.С., Иванова С.М., Дорина И.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в клинике современной детской психиатрии (анализ госпитализаций в крупнейшую психиатрическую клинику Москвы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19, № 4. С. 47 – 56.
6. Пивень Б.Н., Голдобина О.А. Социально – психологические факторы и патоморфоз шизофрении // Независимый психиатр. журнал. 2000. № 3. С.34-37.
7. Сидиров П.И и Кузнецова М.А. Факторы риска и превенция шизофрении. // Российский психиатрический журнал. – 2020. – 18(4), б. 25 – 31.
8. Степанов ИЛ, Крюков ВВ. Клиничко-психопатологическая оценка реакции больных психиатрического стационара на ситуацию пандемии новой корона-вирусной инфекции. // Социальная и клиническая психиатрия. 2021;31(2):26–32.
9. Шевченко Е.В. Влияние неблагоприятных экзогенных факторов на вербальную память у больных шизофренией // Психиатрия-2022. - № 3-Б. 52–53.
10. Basrak N, Mulcrone N, Sharifuddin S, Ghumman Z, Bechan N, Mohamed E, Murray M, Rajendran H, Gun-nigle S, Nolan M, Quane T, Terao M, Hoare T, Kirrane K, Kennedy HG, Davoren M. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: observational cohort study. BJPsych Open.2021;7(1):e31. doi: 10.1192/bjo.2020.169.
11. Byrne M, Agerbo E, Ewald H, et al. Parental age and risk of schizophrenia: a case – control study. Archives of general psychiatry 2003;60(7):673 – 8.

12. Canetta S, Sourander A, Surcel HM, Hinkka – Yli – Salomaki S, Leiviska J, Kellendonk C, McKeague IW, Brown AS. Elevated maternal C – reactive protein and increased risk of schizophrenia in a national birth cohort. *Am J Psychiatry*. 2014;171(9):960 – 968. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121579.
13. Fischer CE, Agüera-Ortiz L. Psychosis and de-mentia: risk factor, prodrome, or cause? *Int Psy-chogeriatri*. 2018; 30(2):209–219. Doi: 10.1017/S1041610217000874.
14. Koutsouleris N., Dwyer D.B., Degenhardt F et al. “Multimodal Machine Learning Workflows to Predict Psychosis Onset in Individuals at Clinical High Risk: A Multisite Prognostic Model Development and Validation Study”. // *JAMA Psychiatry*, 2021. - 78(2), 6. 195 – 209.
15. McGorry P.D., Hartmann J.A., Spooner R & Nelson B (2018). “Beyond The «At Risk Mental State» Concept: Transitioning to Transdiagnostic Psychiatry”. // *World Psychiatry*. – 2018. 17(2), 133 – 142.
16. Oliver E.A & Fearon P. Schizophrenia: epidemiology and risk factors. // *Psychiatry*. – 2008 – 7(10), 410 – 414. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.07.011>.
17. Paudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co – occurrence and associated. riskfactors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03763-z>.
18. Shahwan S, Abdin E, Zhang Y et al. Deliberate Self - Harm in Psychiatric Outpatients Aged 14-35 Years in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2018;47(9):360-372.
19. Tang WC, Lin MP, You J, Wu JY, Chen KC. Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COV-ID-19 outbreak. *Curr Psychol*. 2021;1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>.
20. Walder D.J., Faraone S.V., Glatt S.J., Tsuang M.T & Seidman L.J. Genetic liability, prenatal health, stress and family environment: Risk factors in the Harvard Adolescent Family High Risk for Schizophrenia Study//*Schizophrenia Research*. – 2014. 157 (1 - 3), <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.015>.
21. Yeqing Wu, Ruiying Kang, Yuxiang Yan, et al. Эпидемиология шизофрении и факторы риска агрессии, связанной с шизофренией, с 2011 по 2015 год // *Журнал международных исследований*. – 2018. том 46(20). Б: 4039 – 4049.
22. Zhao W., Zhang Q., Su Y., Chen X., et al. Effect of schizophrenia risk gene polymorphisms on cognitive and neural plasticity. // *Schizophrenia Research*. - 2022; 248, 173 – 179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.014>.