

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН РУҲИЙ САЛОМАТЛИК  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"ШИЗОФРЕНИЯ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**ТОШКЕНТ - 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**  
Республика ихтисослаштирилган рухий  
саломатлик илмий-амалий тиббиёт  
маркази директори

**З.Ш.Ашуров**

202\_\_ йил



**"ШИЗОФРЕНИЯ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ  
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
"ШИЗОФРЕНИЯ"**

**Тошкент-2025**

## ХКТ-10/11 бўйича кодлаш

<b>F20.0</b>	параноид шизофрения
<b>F20.1</b>	гебефрен шизофрения
<b>F20.2</b>	кататоник шизофрения
<b>F20.3</b>	дифференциалланмаган шизофрения
<b>F20.4</b>	шизофрениядан кейинги депрессия
<b>F20.5</b>	резидуал шизофрения
<b>F20.6</b>	оддий шизофрения
<b>F20.8</b>	шизофрениянинг бошқа шакллари
<b>F20.9</b>	шизофрения, аниқлик киритилмаган
<a href="https://isd.shxo.int/broshe10/2010/en#">ҳтгпс://исд.шҳо.инт/брошсе10/2010/ен#</a>	
6A20	Шизофрения
6A20.0	Шизофрения, биринчи эпизод
6A20.1	Шизофрения, кўплаб эпизодлар
6A20.2.	Шизофрения, узлуксиз
6A20.Й	Шизофрения, бошқа аниқланган эпизод
6A20.3.	Шизофрения, аниқланмаган эпизод
<a href="https://isd.shxo.int/broshe/2025-01/mms">ҳтгпс://исд.шҳо.инт/брошсе/2025-01/ммс</a>	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта ко'риб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта ко'риб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча о'згартиришлар тегишли ҳужжатларда е'лон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун мас'ул муассаса: Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази

Биз клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қо'шдик:

1. Бахрамов Ф. Ш. РИРСИАМ директорининг илмий ишлар бо'йича о'ринбосари
2. Ирмухамедов Т. Б. ТПТИ кафедраси ассистенти

### Масъул ижрочилар

Ашуров З. Ш. – т.ф.д., проф., РИРСИАМ директори, Тошкент тиббиёт академиясининг психиатрия ва наркология кафедраси мудири, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош психиатр ва наркологи, Ўзбекистон психиатрлар ассоциацияси Президенти.

Алимов У.Х. – т.ф.д., проф., тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг психиатрия ва психотерапия кафедраси мудири.

Абдуллаева В.К. – т.ф.д., проф., ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси мудири.

Чембаев Б. Р. -PhD РИРСИАМ психиатрия Тошкент филиали директори ўринбосари

Рогов А.В. – PhD., ТошПТИ психиатрия, наркология ва болалар психиатрияси, тиббий психология ва психотерапия кафедраси ассистенти.

Усербоева Р.К. – ТМА психиатрия ва наркология кафедраси ассистенти.

Шарҳловчилар:

Сиволап Ю.П. - Тиббиёт фанлари доктори, узлуксиз тиббий таълим факултети психиатрия, психотерапия ва Психосоматик патология кафедраси профессори, Патрис Лумумба РУДН

Велиляева А.С. - психиатрия, тиббий психология ва наркология, Самарқанд давлат тиббиёт кафедраси мудири

Клиник протокол олий таълим муассасалари факултети, Ўзбекистон психиатрлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИРСИАМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ҳудудий муассасалар шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди.

Клиник протокол № 3 15 май 2025 Республика ихтисослаштирилган руҳий Саломатлик илмий-амалий маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди

Илмий Кенгаш раиси- РИРСИАМ директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор З. Ш. Ашуров

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1. Ибадуллаев Зарифбой Ражабович-Тошкент Тиббиёт Академияси
2. Нурхаджаев Собир Носирхаджаевич-Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

## Қисқартмалар рўйхати:

<b>АВП</b>	иккинчи авлод антипсихотик воситалари
<b>АД</b>	антидепрессантлар
<b>АПП</b>	биринчи авлод антипсихотик воситалари
<b>БТ</b>	тез транквилизация
<b>ГП</b>	гиперпролактинемия
<b>ЗНС</b>	ёмон сифатли нейролептик синдром
<b>КПТ</b>	когнитив-хулқ-атвор терапияси
<b>СИОЗС</b>	серотонинни қайта қамраб олишнинг селектив ингибиторлари
<b>СИОЗСН</b>	серотонин ва норадреналинни қайта қамраб олишнинг селектив ингибиторлари
<b>ЦА</b>	учсиклик антидепрессантлар
<b>МРТ</b>	магнит-резонанс томография
<b>ТМС</b>	транскраниал магнит стимуляция
<b>ХПЕ</b>	хлорпромазин эквиваленти
<b>ЕКГ</b>	электрокардиография
<b>ЕПС</b>	экстрапирамидал симптомлар
<b>ЕСТ</b>	електр тутқаноқ терапияси
<b>ЕЕГ</b>	электроенцефалография
<b>Ш</b>	шизофрения
<b>ЕХО-ЕГ</b>	ехоенцефалография

## Мундарижа:

1. "ШИЗОФРЕНИЯ" нозологияси бўйича ташхис қўйиш ва даволашнинг миллий клиник протоколи.....6-19
2. "ШИЗОФРЕНИЯ" нозологияси бўйича тиббий аралашувнинг миллий клиник протоколи.....18-20
3. "ШИЗОФРЕНИЯ" нозологияси бўйича профилактика ва реабилитациянинг миллий клиник протоколи....." " .....20

### Протокол фойдаланувчилари:

1. Шифокор-психиатрлар;
2. Психоневрологлар
3. Психотерапевт шифокорлар
4. Клиник психологлар
5. Умумий амалиёт шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
7. Умумий амалиёт шифокорлари
8. Шифокор-терапевтлар
9. Тиббиёт олий таълим муассасалари талабалари, ординаторлар, магистрлар, докторантлар

### Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) диагностика усуллари учун (диагностик аралашувлар)

ДИДБШ	Декодлаш
1	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

### Далилларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ДИДБШ) профилактик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ДИДБШ	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РНОСни тизимли кўриб чиқиш
2	Алоҳида РНОС ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНОСдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

### Тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи (ТИДБШ) профилактик, диагностик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун

ТИДБШ	Декодлаш
-------	----------

<b>А</b>	Кучли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
<b>Б</b>	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
<b>С</b>	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга ега ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

## Таърифлар

**Шизофрения** - продуктив (галлюцинатор, васваса, кататоник, аффектив ва бошқалар) ва салбий (апатия, абулия, алогия, ҳиссий ва ижтимоий изоляция ва бошқалар) аломатлар, хулқ-атвор ва когнитив бузилишлар (хотира, диққат, фикрлаш ва бошқалар) комбинацияси билан тавсифланган руҳий касаллик.

## Этиологияси ва патогенези

Ҳозирги вақтда шизофрения келиб чиқишининг стресс-диатези модели умумийроқ етилган бўлиб, унда касалликнинг ривожланишида нафақат ирсий, балки атроф-муҳит, шу жумладан ижтимоий омилларнинг аҳамияти тўғрисидаги тасаввурлар ўз аксини топган.

Шизофрения кўплаб кенг тарқалган генетик полиморфизмларга ега бўлган турли хил, полиген мултифакториал касаллик бўлиб, уларнинг ҳар бири касалликка мойилликка кичик ҳисса қўшади. Агар ота-оналардан бири ушбу касаллик билан оғриган бўлса, болаларда шизофрения ривожланиш хавфи 7-13% ни (иккаласи ҳам касал бўлса - 27-46%), невараларда - 5% ни ташкил қилади. Бола касал бўлса, ота-онасидан бирининг касалланиш еҳтимоли - 6%. Гетерозиготали егизакларда хавф 17%, монозиготали егизакларда 41-65%, сиблинларда 9%, ярим сиблинларда 3-8%, амакиваччаларда 2%, жиянларда 4% га тенг деб ҳисобланади.

Касалликнинг авж олиб боришида генетик ва епигенетик омиллар билан бир қаторда ташқи муҳит омиллари ҳам муҳим аҳамиятга ега. Шундай қилиб, шизофрения хавфи одам шаҳар муҳитида ўсган, қишлоқда яшаган (имкониятлар нисбати  $\approx 2$ ), мигрант (имкониятлар нисбати 2-5) ва каннабиоидларни истеъмол қилган (имкониятлар нисбати 1,5-2,0) ҳолларда ортади. Хавф омилларига, бундан ташқари, акушерлик-гинекологик асоратлар (муддатидан олдинги туғруқ, ҳомила гипоксияси), юқумли касалликлар ва ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи триместри бошида онанинг етарли даражада овқатланмаслиги, ҳомиладорлик давридаги юқумли касалликлар - грипп, қизилча, токсоплазмоз, шунингдек, ерта болаликдаги психологик травма киради. Кейинги йилларда шизофрениaning ривожланишига нисбатан микробиотага алоҳида ётибор берилмоқда.

Кўрсатилган ноқулай омиллар мажмуаси бош мия ривожланишидаги оғишларга ва шахсий заифлик билан диатез ҳодисаларига олиб келади, улар бўсагадан юқори ташқи қўзғатувчилар

мавжуд бўлганда психопатологик (ижобий ва салбий) аломатлар билан намоён бўладиган прогрессив мия жараёнига ҳисса қўшади.

Шизофрениядаги манифест психоздан олдин марказий асаб тизимида узоқ йиллар давом этадиган патологик жараён кузатилади. Хусусан, бу шизофрения билан яқинда касалланган беморларда интракраниал ҳажмининг кэскин ифодаланмаган, аммо статистик жиҳатдан сезиларли даражада пасайиши билан намоён бўлади, бу еса касалликнинг бошланишидан олдин мия ривожланишининг бузилишини кўрсатади. Постпубертат даврда мия тўқимасининг, шу жумладан кулранг ва оқ модданинг янада камайиши содир бўлади. Мия ҳажмининг қисқариши (кўпроқ пешона ва чакка соҳаларида) шизофрения манифестидан кейин ҳам, айниқса касалликнинг биринчи йилларида давом этади.

Шизофрения ривожланишининг патофизиологик механизмлари камида учта ўзаро боғлиқ жараёнлар билан боғлиқ: дофаминергик дисрегуляция, глутаматергик нейротрансмиссиянинг бузилиши ва миянинг яллиғланиш олди ҳолати.

Шизофрения ривожланишининг дофамин гипотезасига кўра, психотик симптоматиканинг пайдо бўлиши миянинг мезолимбик тизимида дофамин нейротрансмиссиясининг кучайиши ва дофамин рецепторларининг юқори сезувчанлиги билан чамбарчас боғлиқ, салбий симптоматика еса мезокортикал тизимда дофамин фаоллигининг пасайиши билан боғлиқ. Шу билан бирга, дофамин назарияси ҳозирги вақтда алоҳида кўриб чиқилмайди, балки турли тизимларда, хусусан, серотонергик ва ГАМК-ергик тизимларда боғлиқ бузилишларни ҳисобга оладиган кенгрок нейротрансмиттер назариясининг муҳим таркибий қисмидир.

Психознинг ривожланишида миянинг глутаматергик тизими муҳим рол ўйнайди, у мезолимбик йўлнинг дофамин нейронларининг юқори фаоллигини модуляция қилади. Бундан ташқари, когнитив бузилишлар асосида глутаматергик нейротрансмиссия дисрегуляцияси ётади. N-метил-Д-аспартат (НМДА) рецепторлари модуляциясининг бузилиши туфайли синаптик егулувчанликнинг бузилиши ефферент нусхаларнинг шаклланиши (ҳаракат натижасида содир бўлиши керак бўлган сенсор сигналларнинг нейрофизиологик "башоратлари") нинг бузилишига олиб келади, бу еса когнитив бузилишлар ва турли хил психопатологик аломатлар, хусусан, руҳий автоматизм синдромида намоён бўладиган феноменологик даражада ҳаракатнинг кутилиши ва натижасининг номувофиқлигини келтириб чиқаради.

Шизофрения ривожланишининг яна бир еҳтимолий механизми яллиғланиш билан боғлиқ бўлиб, бу миядаги турли патологик (хусусан, аутоиммун) жараёнларга микроглиянинг реакциясини акс еттирувчи баъзи яллиғланишни қўлловчи ситокинларнинг қон плазмасидаги концентрациясининг ошиши билан боғлиқ. Микроглиянинг фаоллашуви натижасида еркин радикалларнинг ортиқча бўлиши шикастловчи таъсир кўрсатади ва шизофрения билан оғриган беморларда нейрогенезнинг бузилишига ва оқ модда патологиясига олиб келади.

## Эпидемиология

Шизофрения билан касалланишнинг медианаси йилига 100 минг аҳолига 15,2 ни ташкил қилади, 80% ишонч оралиғи 100 минг аҳолига 8-43 оралиғида; ҳаёт давомида касалланиш кўрсаткичи 0,3-2,0% оралиғида ўзгариб туради, ўртача - 0,7%. Ҳар бир муайян вақт моментида касалликнинг медианаси 1000 аҳолига 3,3-4,6 даражасида бўлиб, 80% ишонч интервали 1,3-12,1 оралиғида.

Касаллик манифестининг деярли ярми 30 ёшгача бўлган даврга тўғри келади (касалланишнинг энг юқори чўққиси - 18-25 ёш); яна 30% ҳолларда касаллик 31-45 ёшда бошланади.

Шизофрения бўйича ногиронлик кўрсаткичи 2016-йилда 100 минг аҳолига нисбатан 240,9 ни ташкил етди (шундан 89,4 фоизи I ва III гуруҳ ногиронлари). Илк бор 2016-йилда ҳар 100 минг аҳолига 6,0 нафари шизофрения туфайли ногирон деб эътироф етилган.

Шизофрения билан оғриган беморларда диабет ривожланиш хавфи умумий популяциядаги одамларда касалликнинг пайдо бўлиш хавфининг 8,5% га нисбатан 11%-23% ни ташкил қилади. Ёндош соматик касалликлар (юрак-қон томир касалликлари, II тип диабет ва бошқалар) ва ўз жонига қасд қилиш (ҳаёт давомида ўз жонига қасд қилиш даражаси 4%-13% ни ташкил қилади) ерта ўлимнинг етакчи сабаблари бўлиб, шизофрения билан оғриган беморларнинг умр кўриш давомийлигини умумий аҳолига нисбатан ўртача 10-20 йилга қисқартиради.

### Клиник кўриниши

Продромал ҳодисалар ҳафталар, ойлар ва ҳатто йиллар давомида ўткир психотик эпизоддан олдин содир бўлиши мумкин. Продромал симптомларга ишга, ижтимоий фаолиятга, ўз ташқи кўринишига, гигиеник одатларга қизиқишнинг йўқолиши, когнитив бузилишлар, моториканинг ўзгариши киради, бу идрокнинг алоҳида бузилишлари, хавотир, депрессия ёки бошқа носпецифик психопатологик симптомлар билан бирга келиши мумкин.

Касалликнинг энг фаол даври - психотик аломатлар намоён бўлганидан кейинги дастлабки 5 йил ("биринчи психотик эпизод - БПЕ"), бунда беморлар учун энг яққол биологик бузилишлар ва сезиларли ижтимоий йўқотишлар юзага келади [25, 26]. Беморларнинг ушбу гуруҳи психиатрик ёрдам кўрсатишнинг ташкилий шаклида ҳам (ПТЕ бўлими), дори терапияси ва реабилитация усулларида ҳам ўзига хос ёндашувларни талаб қилади.

ХКТ-10 бўйича шизофрениянинг бир неча шакллари фаркланади: параноид, гебефреник (гебефреник), кататоник, дифференциаллашмаган, резидуал ва оддий.

Параноид шакли учун клиник кўринишда галлюцинациялар ва/ёки васвасалар ифодаланган бўлиши керак: таҳдидли ёки императив характердаги галлюцинатор овозлар ёки оғзаки шаклланмаган ешитиш галлюцинациялари, ҳид ёки таъм галлюцинациялари, жинсий ёки бошқа тана ҳиссиётлари; таъкиб, таъсир, муносабат, аҳамият, юқори келиб чиқиш, махсус мақсад, тана ўзгаришлари ёки рашк васвасалари. Ҳиссий силлиқлик ёки ноадекватлик, кататоник аломатлар ёки узук-юлуқ нутқ клиник кўринишда устунлик қилмаслиги керак, гарчи улар энгил даражада намоён бўлиши мумкин.

Гебефреник (гебефреник) шакли одатда ўсмирлик ёки ўспиринлик даврида бошланиши керак. Аниқ ва давомли ҳиссий силлиқлик ёки номувофиклик; мақсадсизликдан кўра кўпроқ аҳмоқлик билан тавсифланган хатти-ҳаракатлар; узук-юлуқ нутқ кўринишидаги аниқ фикрлаш бузилишлари қайд етилиши керак. Клиник манзарада галлюцинациялар ёки васвасалар устунлик қилмаслиги керак, гарчи улар энгил даражада намоён бўлиши мумкин.

Кататоник шизофренияда камида икки ҳафта давомида қуйидаги кататоник симптомлардан бири ёки бир нечтаси аниқланиши керак: ступор ёки мутизм; қўзғалиш; қотиб қолиш; негативизм; ригидлик; мумсимон егилувчанлик; бўйсунувчанлик (кўрсатмаларни автоматик бажариш).

Дифференциацияланмаган шизофренияда симптоматика ёки шизофрениянинг бошқа шаклини аниқлаш учун етарли эмас, ёки симптомлар шунчалик кўпки, шизофрениянинг биттадан ортик шаклининг мезонлари аниқланади.

Оддий шаклда камида бир йил давомида барча учта белгининг секин ривожланиши қайд етилади: 1) преморбид шахснинг аниқ ўзгариши, бу майл ва қизиқишларнинг йўқолиши, ҳаракацизлик ва мақсадсиз хатти-ҳаракатлар, ўз-ўзига еътибор бериш ва ижтимоий аутизация билан намоён бўлади, 2) сезиларли апатия, нутқнинг қашшоқлашуви, гипоактивлик, ҳиссий силлиқлик, пассивлик ва ташаббуссизлик, оғзаки бўлмаган мулоқотнинг қашшоқлиги каби салбий аломатларнинг аста-секин пайдо бўлиши ва чуқурлашиши, 3) ижтимоий, ўқув ёки касбий маҳсулдорликнинг аниқ пасайиши. Галлюцинацияларнинг йўқлиги ёки ҳар қандай турдаги етарлича тўлиқ шаклланган васваса ғоялари, яъни клиник ҳолат шизофрениянинг бошқа шакли ёки бошқа руҳий касаллик мезонларига жавоб бермаслиги керак. Деменсия ёки бошқа органик руҳий касаллик ҳақида маълумотларнинг йўқлиги.

Шизофрениянинг резидуал ёки қолдиқ шаклида жараённинг фаол кечишидан, яъни продуктив симптомлар устунлик қиладиган психотик эпизодлардан психомотор тормозланиш, пасайган фаоллик, ҳиссий силлиқлик, пассивлик ва ташаббуснинг йўқлиги каби барқарор салбий симптомлар билан сурункали босқичга ўтиш кузатилади; нутқнинг ҳам мазмун, ҳам миқдор жиҳатидан камбағаллиги; новербал мулоқотнинг камбағаллиги; ўз-ўзига хизмат кўрсатиш ва ижтимоий маҳсулдорлик кўникмаларининг етишмаслиги.

Касаллик кечишининг қуйидаги турлари фарқланади: узлуксиз, ўсиб боровчи нуқсон билан эпизодик, барқарор нуқсон билан эпизодик, эпизодик ремиттирловчи.

Шизофрения зўрайишининг (хуружининг) клиник кўринишлари: алаҳлаш, галлюцинациялар, фикрлаш бузилишлари кўринишидаги продуктив психопатологик симптоматиканинг намоён бўлиши ёки кучайиши, кўпинча кўрқув, хавотир, хулқ-атворнинг кучайиб боровчи ўзгаришлари, психомотор қўзғалишнинг турли кўринишлари, кататоник ва гебефреник симптоматика, кўпинча - ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва хатти-ҳаракатлари билан бирга келади.

Ремиссия - касалликнинг ўткир даврида психопатологик симптоматиканинг сусайиши. Ремиссиялар тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган, спонтан (психофармакотерапия ўтказилишидан қатъий назар сақланиб қоладиган) ва фармако-боғлиқ (сақлаб турувчи ва рецидивга қарши терапия ўтказилгунча давом етадиган) турларга бўлинади. Тўлиқ ремиссия ижобий бузилишларнинг йўқлигини, одатда ўтказилган психозга танқидий муносабатнинг тикланишини ва шахсий ўзгаришларнинг чуқур бўлмаган даражасини ўз ичига олади. Тўлиқ бўлмаган ремиссияда психопатологик бузилишлар сезиларли даражада дезактуаллашган, аффектив тўйинганликдан маҳрум ва беморнинг "хусусий иши"га айланади, унинг хатти-ҳаракатларига таъсир қилмайди ёки уларга минимал даражада таъсир қиладди, нисбатан тартибли, ижтимоий мақбул хатти-ҳаракатлар, шу жумладан тажовузкор ва аутоагрессив тенденцияларсиз сақланиб қолади.

Шизофренияда ремиссия мезонларини ишлаб чиқиш бўйича ишчи гуруҳ тавсияларига кўра, касалликнинг қуйидаги кўринишларининг ҳар бири бўйича симптомларнинг ифодаланганлиги енгил даражадан ошмаслиги керак: алаҳсираш, фикрларнинг ғайриоддий мазмуни, галлюцинациялар, концептуал (тушунчавий) дезорганизация, қилиқлар ва позалар, тўмтоқлашган аффект, пассив-апатик ижтимоий изоляция, нутқнинг спонтанлиги ва равонлигининг бузилиши. Юқорида кўрсатилган бузилишларнинг оғирлиги билан ремиссия ҳолатини ташхислаш учун олти ойлик давр минимал ҳисобланади. Шизофрения кечишининг алоҳида шакллари ва турлари бўйича ва функционал тикланишнинг еришилган даражасини ҳисобга олган ҳолда янада табақалаштирилган ремиссия мезонлари ишлаб чиқилган.

## Диагностика

### Ташхис қўйиш мезонлари

#### **Ф20.0-Ф20.3 Параноид, гебефреник, кататоник ва дифференциацияланмаган шизофрениянинг умумий мезонлари:**

1. Давомийлиги бир ойдан кам бўлмаган психотик эпизоднинг катта қисми давомида (ёки кўпчилиги кунларда қандайдир вақт давомида) (1) рўйхатда санаб ўтилган белгилардан камида биттаси ёки (2) рўйхатдан камида иккита белги қайд этилиши керак.

1) Қўйидаги белгилардан камида биттаси:

а) фикрнинг "акс-садоси," фикрларни киритиш ёки олиб ташлаш, ёки фикрларнинг очиқлиги;

б) тана ёки аъзоларнинг ҳаракатига ёки фикрлар, ҳаракатлар ёки ҳис-туйғуларга аниқ тааллуқли таъсир ёки таъсир васвасаси; васваса идроки;

в) галлюцинатор "овозлар," яъни беморнинг хатти-ҳаракатларини жорий шарҳлаш ёки уни ўзаро муҳокама қилиш ёки тананинг бирор қисмидан чиқадиган галлюцинатор "овозлар"нинг бошқа турлари;

г) ўзини диний ёки сиёсий арбоблар билан тенглаштириш, ғайритабiiй қобилиятлар (масалан, об-ҳавони бошқариш қобилияти ёки ўзга сайёраликлар билан мулоқот қилиш) ҳақидаги даъволар каби маданий жиҳатдан ноадекват ва мазмунан мутлақо мумкин бўлмаган бошқа турдаги барқарор васваса ғоялари.

2) ёки қўйидаги белгилардан камида иккитаси: а) ҳар қандай турдаги сурункали галлюцинациялар, агар улар камида бир ой давомида ҳар куни содир бўлса ва аниқ аффектив мазмунсиз васваса (нотурғун ва ярим шаклланган бўлиши мумкин) билан бирга бўлса;

б) неологизмлар, нутқда узилиш ёки номувофикликка олиб келадиган тафаккурдаги узилишлар;

в) кўзғалиш, қотиб қолиш ёки мумсимон егилувчанлик, негативизм, мутизм ва ступор каби кататоник хатти-ҳаракатлар;

г) "салбий" аломатлар, масалан, кучли лоқайдлик, нутқнинг қашшоқлашуви ва ҳиссий реакцияларнинг силлиқлиги ёки ноадекватлиги (улар депрессия ёки нейролептик терапия билан боғлиқ эмаслиги аниқ бўлиши керак).

Г2. Енг кўп қўлланиладиган истисно мезонлари:

1) Агар ҳолат маниакал эпизод (Ф30-) ёки депрессив эпизод (Ф32-) мезонларига ҳам жавоб берса, юқоридаги Г1.1 ва Г1.2 мезонлари кайфият бузилиши ривожланишидан олдин аниқланиши керак.

2) Бузилиш миянинг органик касаллиги (Ф00-Ф09 да кўрсатилганидек) ёки алкоголь ёки гиёҳванд моддалар билан заҳарланиш (Ф1х.0), қарамлик (Ф1х.2) ёки бекор қилиш ҳолати (Ф1х.3 ва Ф1х.4) билан боғлиқ бўлиши мумкин эмас.

Шизофреник бузилишлар кечишининг жуда хилма-хиллигини ҳисобга олиб, бешинчи белгидан фойдаланиб, кечиш турини аниқлаштириш (айниқса, тадқиқот мақсадларида) мақсадга мувофик бўлиши мумкин. Кузатув давомийлиги камида бир йил бўлганда касалликнинг кечиши кодланиши керак (ремиссия даврида кириш қисмидаги 5-изоҳга қаранг).

Ф20.х0 узлуксиз (бутун кузатув даврида психотик симптоматикада ремиссиялар йўқ)

Ф20.х1 нуқсоннинг прогредиент ривожланиши билан эпизодик, психотик эпизодлар орасидаги даврда "салбий" симптомларнинг прогредиент ривожланиши

Ф20.х2 эпизодик, барқарор нуқсон билан, барқарор, аммо прогредиент бўлмаган, психотик эпизодлар орасидаги "салбий" симптомлар

Ф20.х3 эпизодик ремиттирловчи, психотик эпизодлар ўртасида тўлиқ ёки тўлиқ ремиссиялар билан

Ф20.х4 тўлиқсиз ремиссия

Ф20.х5 тўлиқ ремиссия

Ф20.х8 бошқа оқим тури

Ф20.х9 оқими аниқланмаган, кузатув даври жуда қисқа

### **Ф20.0 Параноид шизофрения.**

А. Шизофрениянинг умумий мезонлари (Ф20.0-Ф20.3) аниқланиши керак

Б. Васваса ва галлюцинациялар (масалан, таъқиб, маъно ва муносабат, юқори қариндошлик, махсус миссия, тана ўзгариши ёки рашк васвасалари; таҳдидли ёки императив характердаги "овозлар," ҳид ёки таъм галлюцинациялари, жинсий ёки бошқа тана ҳиссиётлари).

В. Ҳиссий силлиқлик ёки ноадекватлик, кататоник аломатлар ёки узук-юлуқ нутқ клиник кўринишда устунлик қилмаслиги керак, гарчи улар энгил даражада намоён бўлиши мумкин.

### **Ф20.1 Гебефреник шизофрения.**

А. Шизофрениянинг умумий мезонлари аниқланиши керак (Ф20.0-Ф20.3).

Б. (1) ёки (2) белгиланиши керак:

- 1) аниқ ва давомли ҳиссий силлиқлик;
- 2) аниқ ва давомли эмоционал ноадекватлик.

В. (1) ёки (2) белгиланиши керак:

- 1) мақсадга йўналтирилганликдан кўра кўпроқ мақсадсизлик ва бемаънилик билан тавсифланадиган хатти-ҳаракатлар;
- 2) узук-юлуқ нутқ билан намоён бўладиган тафаккурнинг аниқ бузилиши.

Г. Клиник манзарада галлюцинациялар ёки васвасалар устунлик қилмаслиги керак, гарчи улар энгил даражада ифодаланган бўлиши мумкин.

### **Ф20.2 Кататоник шизофрения.**

А. Шизофрениянинг умумий мезонлари (Ф20.0-Ф20.3) аниқланиши керак, гарчи дастлаб бу беморнинг мулоқотга лаёқатсизлиги туфайли имконсиз бўлиши мумкин.

Б. Камида икки ҳафта давомида қуйидаги кататоник аломатлардан бири ёки бир нечтаси аниқ намоён бўлади:

- 1) ступор (ташқи таъсиротларга реактивликнинг сезиларли даражада пасайиши ва спонтан ҳаракатлар ва фаолликнинг камайиши) ёки мутизм;
- 2) кўзғалиш (ташқи кўзғатувчилар таъсир қилмайдиган, кўзга кўринадиган мақсадсиз ҳаракат фаоллиги);
- 3) қотиб қолиш (ихтиёрий равишда ноадекват ёки ғалати ҳолатларни қабул қилиш ва сақлаб қолиш);
- 4) негативизм (кўринадиган мотивларсиз барча кўрсатмаларга ва жойидан силжитишга уринишларга қаршилик кўрсатиш ёки ҳатто қарама-қарши йўналишда ҳаракат қилиш);
- 5) ригидлик (ригид ҳолатни ўзгартиришга уринишларга қарамай, уни сақлаб қолиш);
- 6) мумсимон егилувчанлик (тана аъзоларини бошқа одамлар берадиган ҳолатда ушлаб туриш);
- 7) автоматик бўйсунуш (кўрсатмаларни автоматик бажариш).

### **Ф20.3 Дифференциалланмаган шизофрения.**

А. Шизофрениянинг умумий мезонлари аниқланиши керак (Ф20.0-Ф20.3).

Б. Иккитадан бири:

- 1) симптоматика Ф20.0, Ф20.1, Ф20.2, Ф20.4 ёки Ф20.5 кичик турларидан бирининг мезонларини аниқлаш учун етарли эмас;
- 2) симптомлар шунчалик кўпки, юқорида Б (1) да санаб ўтилган кичик типларнинг биттадан ортиғининг мезонлари аниқланади.

### **Ф20.4 Посцхизофреник депрессия.**

А. Сўнгги 12 ой давомида шизофрениянинг умумий мезонлари (Ф20.0-Ф20.3) аниқланиши керак еди, аммо ҳозирда улар мавжуд эмас.

Б. Ф20.0-Ф20.3 бўлимларида 1 (2) а), б), в) ёки г) мезонида қайд этилган ҳолатлардан бири сақланиши керак.

В. Депрессив аломатлар ҳеч бўлмаганда энгил депрессив эпизод мезонларига жавоб бериш учун етарлича давомий, аниқ ва хилма-хил бўлиши керак (Ф32.0).

### **Ф20.5 Резидуал шизофрения.**

А. Шизофрениянинг умумий мезонлари (Ф20.0-Ф20.3) ўтмишда маълум бир вақтда аниқланиши керак еди, аммо ҳозирги вақтда улар мавжуд эмас.

Б. Олдинги 12 ой давомида қуйидаги "салбий" аломатлардан камида 4 таси мавжуд бўлиши керак:

- 1) психомотор тормозланиш ёки гипофаоллик;
- 2) аниқ ҳиссий силлиқлик;
- 3) пассивлик ва ташаббуссизлик;
- 4) нутқнинг ҳажм ёки мазмун жиҳатидан камбағаллашуви;
- 5) юзнинг мимик ифодаси, нигоҳдаги контактлилиқ, овоз ёки ҳолатнинг модуляцияси билан белгиланадиган новербал мулоқотнинг камбағаллиги;
- б) ижтимоий унумдорликнинг пастлиги ёки ўзига яхши қарамаслик.

### **Ф20.6 Оддий шизофрения.**

А. Камида бир йил давомида барча учта белгининг секин прогрессив ривожланиши:

- 1) преморбид шахснинг аниқ ўзгариши, майл ва қизиқишларнинг йўқолиши, фаолиятизлик ва мақсадсиз хатти-ҳаракатлар, ўз-ўзига берилиш ва ижтимоий аутизация билан намоён бўлади;
- 2) яққол ифодаланган апатия, нутқнинг қашшоқлашуви, гипофаоллик, ҳиссий силлиқлик, пассивлик ва ташаббуснинг йўқлиги, новербал мулоқотнинг қашшоқлиги каби "салбий" аломатларнинг аста-секин пайдо бўлиши ва чуқурлашуви (юзнинг мимик ифодаси, нигоҳдаги контакт, овоз ёки ҳолатнинг модуляцияси билан белгиланади);
- 3) ижтимоий, ўқув ёки касбий махсулдорликнинг яққол пасайиши.

Б. Ҳар қандай вақтда Г1 да Ф20.0-Ф20.3 да кўрсатилган ғайритабiiй субъектив тажрибалар, шунингдек, галлюцинациялар ёки ҳар қандай турдаги етарлича тўлиқ шаклланган васваса ғояларининг йўқлиги, яъни клиник ҳолат ҳеч қачон бошқа турдаги шизофрения ёки бошқа психотик бузилиш мезонларига жавоб бермаслиги керак.

В. Ф00-Ф09 бўлимларида келтирилганидек, деменсия ёки бошқа органик руҳий касаллик ҳақида маълумотларнинг йўқлиги.

### **Ф20.8 Шизофрениянинг бошқа шакли.**

### **Ф20.9 Шизофрения, аниқлик киритилмаган.**

#### **Шикоят ва анамнез**

<b>5С</b>	<p>Барча беморларда бирламчи кўрик пайтида (беморлар ва уларнинг қариндошлари билан суҳбат пайтида) қуйидагилар тавсия этилган:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– беморнинг шикоятлари, руҳий касалликларнинг ирсiiй мойиллиги; шахснинг преморбид хусусиятлари, шу жумладан акцентуациялар ёки психопатик даражадаги хусусиятлар; касалликнинг дастлабки белгилари биринчи марта пайдо бўлган ёш; касаллик биринчи марта аниқланган продромал ҳодисалар (неврозо- ва психопацимон бузилишлар, аффектив тебранишлар, ўта қимматли тузилмалар, ижтимоий фаолиятнинг бузилиши, вақтинчалик субпсихотик эпизодлар);</li><li>– беморнинг ижтимоий ҳолати ва ижтимоий фаолиятининг ўзига хос хусусиятларини баҳолаш, нафақат муаммолар ва қийинчиликларни, балки қулай ва ижобiiй хусусиятларни ҳам қайд этиш. Маълумотлар қуйидаги тоифалар бўйича</li></ul>
-----------	--

гуруҳланади: оилавий аҳвол ва оиланинг ўзига хос хусусиятлари; яқин (шахсий аҳамиятга ега) муҳит; ўқиш даврининг тавсифи (ўтмишда ёки ҳозирда) ва олинган таълим даражаси; касбий бандлик; моддий аҳвол; ўз-ўзига хизмат кўрсатиш; уй-жой шароитлари; бўш вақт; тиббий хизмат кўрсатиш муаммолари; ҳуқуқий муаммолар ва давлат (шу жумладан ҳуқуқни муҳофаза қилиш) органлари билан ўзаро муносабатлар билан боғлиқ муаммолар; бошқа психологик-ижтимоий муаммолар;

- бузилиш белгилари ривожланишидан бевосита олдин жароҳатлар, бош миянинг юқумли касалликлари, соматик касалликлар мавжудлиги ҳақида анамнестик маълумотларни тўплаш.
- бемор ва унинг оила аъзолари ўртасида психотик ёки аффектив аломатларни келтириб чиқариши мумкин бўлган сирт фаол моддалар ёки дори воситаларини бевосита кўзғалиш бошланишидан олдин қабул қилиш фактини истисно қилиш учун мақсадли сўров ўтказиш.

- руҳий ҳолат (беморнинг ҳулқ-атвори, жой, вақт, ўз шахсиятини англаши, оғриқли кечинмаларга нисбатан қулайлиги, аниқланган психопатологик (самарали ва салбий) бузилишларнинг тавсифи, уларга, ўз ҳолатига ва умуман касалликка нисбатан танқиднинг мавжудлиги ёки йўқлиги);
- ижтимоий мақом (маълумоти, оилавий аҳволи, меҳнат мақоми, ижтимоий фаолиятининг ўзига хос хусусиятлари, мулоқот доираси ва услуби - ажралиб қолиш, муносабатларда ноаниқлик, тажовузкорликка мойиллик ёки пассив бўйсуниш ва бошқалар);
- касалликнинг олдинги динамикасининг хусусиятлари (касалликнинг кечиш хусусияти ва унинг ривожланиши).

Шизофренияни ташхислаш учун қуйида санаб ўтилган 1-4 белгиларга тегишли камида битта аниқ аломат (ёки 2 та камроқ аниқ аломат) ёки камида бир ой давомида қайд етилиши керак бўлган 5-9 белгиларга тегишли 2 та аломат (бир ой давомида бузилишларнинг мавжудлиги мезони продромал психотик бўлмаган босқичга емас, балки фақат қуйида санаб ўтилган ўзига хос аломатларга тегишли).

1. фикр акс-садоси, фикрларни жойлаштириш ёки олиб ташлаш, уларни таржима қилиш (очиқлик);
2. тана ёки аъзоларнинг ҳаракатлари ёки фикрлар, ҳаракатлар ёки ҳис-туйғуларга тегишли таъсир, таъсир ёки егаллаш васвасаси; васваса идроки;
3. беморнинг хатти-ҳаракатларини шарҳловчи ёки уни ўзаро муҳокама қилувчи галлюцинатор овозлар; тананинг бирон бир қисмидан чиқувчи галлюцинатор овозларнинг бошқа турлари;
4. ушбу ижтимоий маданиятга мос келмайдиган ва ўз мазмунига кўра оқилона тушунтиришга ега бўлмаган бошқа турдаги барқарор васваса ғоялари;
5. аниқ ҳиссий мазмунга ега бўлмаган беқарор ёки тўлиқ шаклланмаган васваса ғоялари билан бирга келадиган ҳар қандай соҳадаги доимий галлюцинациялар ёки бир неча ҳафта давомида ҳар куни пайдо бўлиши мумкин бўлган доимий ўта қимматли ғоялар;
6. фикрлаш жараёнларининг тўхтатилиши ёки нутқда узилиш ёки турли хилликка олиб келиши мумкин бўлган фикрларнинг аралашуви; ёки неологизмлар;
7. табақалаштирилмаган, баъзан стереотипик кўзғалиш, импульсив ҳаракатлар, қотиб қолиш ёки мумсимон егилувчанлик, негативизм, мутизм ва ступор каби кататоник бузилишлар; кэскинлашган қилиқлар, афтини буриштириш мумкин;
8. "салбий" аломатлар, масалан, яққол апатия, нутқнинг қашшоқлиги, ҳиссий реакцияларнинг силлиқлиги ёки ноадекватлиги, бу одатда ижтимоий изоляция ва ижтимоий самарадорликнинг пасайишига олиб келади; бу белгилар депрессия ёки дори-дармон нейрорелепсияси билан боғлиқ емас; 9. Ҳулқ-атворнинг сезиларли изчил сифат ўзгариши, бу қизиқишларнинг йўқолиши, мақсадга йўналтирилмаганлик, фаолиятизлик, ўз-ўзи билан бандлик ва ижтимоий аутизация билан намоён бўлади.

Юқоридаги мезонларга мос келадиган, аммо бир ойдан кам давом этадиган ҳолатлар (бемор даволанган ёки даволанмаганлигидан қатъи назар) ўткир шизофренияга ўхшаш психотик касаллик сифатида таснифланиши ёки аломатлар узокроқ давом еца, қайта кодланиши керак.

Шизофрения ташхиси, агар юқорида кўрсатилган шизофреник симптомлар аффектив бузилишлардан олдин бўлмаган бўлса, яққол депрессив ёки маниакал симптомлар мавжуд бўлганда қўйилмаслиги керак. Мия касалликларининг аниқ белгилари ёки дори-дармонлардан заҳарланиш ёки тўхтатиш ҳолатлари мавжуд бўлганда шизофрения ташхисини қўймаслик керак.

### **Шизофренияда депрессия диагностикаси**

<b>5C</b>	Ш билан оғриган беморларни депрессив белгиларни аниқлаш учун мунтазам равишда баҳолаш тавсия етилади, бунда депрессия ривожланишининг соматик ёки дори-дармон сабабларини истисно қилиш керак.
-----------	--

<b>2B</b>	Шизофренияда депрессияни ташхислашда шизофренияда депрессияни баҳолаш учун Калгари шкаласидан фойдаланиш тавсия етилади).
-----------	---

Депрессив симптомлар шизофреникнинг барча босқичларида, яъни продромал фазада, психоструктурасида ва ремиссия бошлангандан кейин шизофреникнинг резидуал симптомлари кўринишида учраши мумкин. Депрессив симптомларни антипсихотик терапиянинг ножўя таъсирларидан (биринчи навбатда нейролептик дисфория, акинезия ва акатизиядан) ва шизофреникнинг бирламчи салбий симптомларидан фарқлаш керак. Бироқ, бу ҳолатда биринчи диагностика босқичи депрессияни келтириб чиқариши мумкин бўлган психознинг мумкин бўлган кўринишларини аниқлашдир. Бу ҳолда ягона терапевтик танлов антипсихотик терапияни кучайтириш бўлиши керак. Ўткир психозларда депрессив симптомлар кўпинча галлюцинатор-васваса симптомлари билан параллел равишда редукцияланади ва антидепрессантлар буюришни талаб қилмайди. Шунингдек, депрессиянинг реактив механизмлар ва дезадаптация билан мумкин бўлган боғлиқлигини аниқлаш керак. Ушбу ҳолатда психотерапия ва реабилитация тадбирларини ўтказиш кўрсатилган. Терапияни тузатишга кўрсатма, биринчи навбатда, депрессив аломатларнинг давомийлиги ва оғирлигидир.

### **Жисмоний текширув**

<b>5C</b>	Шизофреникни ташхислаш учун зарур бўлган ҳеч қандай физик текширув усуллари мавжуд эмас. Барча беморларга психотик аломатларнинг органик сабабларини истисно қилиш учун стандарт жисмоний ва неврологик текширувлар ўтказиш тавсия етилади.
-----------	---

### **Лаборатория текширувлари**

Шизофреникни ташхислашнинг лаборатория усуллари мавжуд эмас.

<b>5C</b>	Анамнез йиғиш, физикал ва неврологик текширув натижалари, инструментал текширувлар натижаларига кўра соматик касаллик мавжудлигини юқори даражадаги ишонччилик билан истисно қилиш мумкин бўлмаган беморларга қуйидаги ҳажмда лаборатория ташхисотини ўтказиш тавсия етилади: умумий (клиник) қон таҳлили батафсил, қон таҳлили биокимёвий умумтерапевтик, сийдикнинг умумий (клиник) таҳлили; қонда тиреотроп гормон (ТТГ) даражасини ўрганиш, мавжуд симптомлар ривожланишининг мумкин бўлган соматик сабабларини истисно қилиш учун тана вазни ва вазни индексини, липид профилини ва қондаги глюкозани аниқлаш.
-----------	---

### **Инструментал тадқиқотлар**

Шизофреникни ташхислашнинг ҳеч қандай инструментал усуллари мавжуд эмас.

<b>5C</b>	Анамнез йиғиш, жисмоний ва неврологик текширувлар, лаборатория таҳлиллари натижаларига кўра юрак-қон томир патологияси мавжудлигини юқори даражадаги ишонччилик билан истисно қилиш мумкин бўлмаган беморларга ушбу патология
-----------	---

	мавжудлигини истисно қилиш учун жисмоний зўриқиш билан электрокардиография (ЕКГ) ўтказиш тавсия етилади.
--	--

<b>3В</b>	Анамнез йиғиш, жисмоний ва неврологик текширувлар, лаборатория таҳлиллари натижаларига кўра юрак ритми бузилишининг мумкин бўлган белгилари аниқланган беморларга ушбу патологиянинг мавжудлигини истисно қилиш учун юрак ритмини Холтер мониторинги ўтказиш тавсия етилади.
-----------	--

<b>5С</b>	Анамнез йиғиш, физикал ва неврологик текширувлар, лаборатория таҳлиллари натижаларига кўра неврологик патология ёки бош миянинг органик шикастланиши мавжудлиги мумкинлиги белгилари аниқланган беморларга ушбу патология мавжудлигини истисно қилиш мақсадида юклама синамалари билан электроенцефалография, ехоенцефалография ва бош миянинг магнит-резонанс томографиясини ўтказиш тавсия етилади.
-----------	---

### Бошқа диагностик текширувлар

Беморнинг клиник ҳолати хусусиятларини аниқлаштириш учун қуйидагилар тавсия етилади:

<b>5С</b>	аффектив симптоматиканинг мавжудлиги ва ифодаланганлигини аниқлаш;
<b>3В</b>	тафаккур ва нутқнинг дезорганизацияси мавжудлиги ва ифодаланганлигини аниқлаш;
<b>3В</b>	аутоагрессив ва/ёки суицидал фикрлар ва тенденцияларнинг мавжудлиги ва ифодаланганлигини аниқлаш;
<b>5С</b>	агрессив хулқ-атворнинг мавжудлиги ва ифодаланганлигини аниқлаш;
<b>5С</b>	экспериментал-психологик текширувни амалга ошириш - дастлабки ташхис қўйишда (ташхисни аниқлаштириш мақсадида) ва кейинчалик, касаллик динамикасини аниқлашда (зарурат бўлганда);
<b>5С</b>	когнитив бузилишларни аниқлаш мақсадида нейropsихологик текширувни амалга ошириш (шу жумладан, хотира, диққат, маълумотларни қайта ишлаш тезлиги, муаммоли хулқ-атвор бузилишларини аниқлаш) (зарур ҳолларда).

<b>5С</b>	Шизофреноформ симптомлар билан ўткир психотик ҳолатни келтириб чиқариши мумкин бўлган ҳар қандай соматик, неврологик ва органик руҳий бузилишларни ёки токсик моддалар, алкоголь ва бошқа психоактив моддаларни истеъмол қилишни истисно қилиш тавсия етилади. Шу мақсадда зарурат туғилганда албатта умумий (клиник) қон таҳлили ва қон таҳлили биокимёвий умумтерапевтик, умумий (клиник) сийдик таҳлили, электрокардиография (ЕКГ), зарурат туғилганда электроенцефалография (ЕЕГ), ехоенцефалография (Ехо-ЕГ), магнит-резонанс томография (МРТ) ва бошқа лаборатор ва инструментал текширувлар, қон ва сийдикда токсикологик тестлар ўтказиш тавсия етилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Бошқа руҳий касалликлар билан қиёсий ташхисни амалга ошириш учун анамнезни ўрганиш, етакчи синдромни ажратиш ва касалликнинг кечиш хусусиятини аниқлаштириш учун катамнестик кузатув тавсия етилади.
<b>5C</b>	Дифференциал диагностикани билан ўтказиш тавсия етилади <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ психотик симптоматика билан кечувчи органик бузилишлар ва епилепсия;</li> <li>▪ психоактив моддаларни истеъмол қилиш натижасида келиб чиққан бузилишлар; - шизотипик бузилишлар;</li> <li>▪ сурункали васваса бузилишлари;</li> <li>▪ ўткир транзитор психотик бузилишлар;</li> <li>▪ шизоаффеktiv бузилиш;</li> <li>▪ психотик аломатлар билан қайталанувчи депрессив бузилиш;</li> <li>▪ психотик симптомлар билан биполяр аффеktiv бузилиш;</li> <li>▪ катталардаги етук шахс ва хулқ-атвор бузилишлари.</li> </ul>

## Даволаш

### Биринчи танлов терапияси

<b>1B</b>	Ш ташхиси қўйилган барча беморларга Ш белгиларини бартараф етиш мақсадида психофармакологик даволаш тавсия етилади. Шнинг ўткир белгиларини даволаш учун ҳам, узоқ муддатли рецидивга қарши терапия учун ҳам асосий фармакологик синф антипсихотик воситалар (нейролептиклар) ҳисобланади.
-----------	--

Дори-дармонлар билан даволашнинг мақсади ва стратегияси касалликнинг фазаси ва оғир-енгиллигига қараб белгиланади. Барча замонавий стандартлар монотерапияга риоя қилишни тавсия қилишига қарамай, шизофрениянинг клиник кўринишларининг хилма-хиллиги ва қўплаб ёндош касалликлар кўпинча турли дори воситаларининг комбинациясини талаб қилади, бу еса дори воситаларининг ўзаро таъсири, ноўя таъсирлар ва беморларнинг умумий ерта ўлими хавфини сезиларли даражада оширади. Бундай ҳолларда ноўя таъсирлар ва клиник самарадорлик тез-тез баҳоланиши керак.

### Шизофрениянинг биринчи эпизоди

<b>1B</b>	Биринчи танлов дори воситалари сифатида биринчи эпизодли беморларга биринчи авлод антипсихотик воситалар (АПВ) ва иккинчи авлод антипсихотик воситалар (АВВ) тавсия етилади.
-----------	--

<b>2C</b>	Екстрапирамидал симптомлар ривожланиш хавфи кам бўлганлиги сабабли, шизофрениянинг биринчи эпизодида АВП буюриш тавсия етилади.
-----------	---

Шизофрениянинг биринчи эпизоди бўлган беморларда антипсихотик воситанинг самарали дозаси сурункали беморларга нисбатан пастроқ бўлиши мумкин [40, 48-50]. Антипсихотик терапия экстрапирамидал симптоматика (ЕПС) ривожланишининг юқори хавфи туфайли жуда еҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Шу муносабат билан антипсихотик дозасини аста-секин титрлаш, иложи борича енг кам самарали дозани қўллашга интилиш мақбул ҳисобланади. Касалликнинг ушбу босқичида психотерапевтик ва ижтимоий реабилитация тадбирларини ўтказиш, шунингдек, терапияга содикликни шакллантириш учун оптимал дори режимини яратишга алоҳида еътибор қаратиш лозим.

## Қайталанувчи эпизодли шизофрения

<b>2C</b>	Умуман олганда, ўткир психотик эпизоди бўлган беморларда антипсихотик терапия сифатида барча АВП ва АППлар тавсия етилади.
-----------	--

Антипсихотик терапияни танлаш олдинги даволаш усулларининг самарадорлиги ва чидамлилигини, препаратнинг дори шаклини, коморбид рухий ва соматик бузилишларнинг мавжудлигини, шунингдек, қўшимча терапия билан дори воситаларининг потенциал ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда олдинги даволаш тажрибасига асосланиши керак.

<b>5C</b>	АВП неврологик (экстрапирамидал) ножўя таъсирлар, айниқса кечки дискинезия ва хавфли нейролептик синдром (ХНС) ривожланишининг камроқ хавфи билан тавсифланади ва ЕПС ривожланишига юқори сезувчанлиги бўлган беморларда тавсия етилади.
-----------	--

<b>1B</b>	АВП яхши комплаентлик ва терапияни ерта тўхтатиш бўйича маълум афзалликларга ега. III беморларида, шу жумладан комплаенс ва терапияга содиқликни яхшилаш мақсадида АВПлар тавсия етилади.
-----------	---

<b>5C</b>	Баъзи АВПлар III беморларда ва уларни тавсия қилиш керак бўлган алоҳида клиник вазиятларда умумий самарадорлик бўйича бошқа АВП ва АППлардан устунликка ега бўлиши мумкин.
-----------	--

<b>5C</b>	III беморларда препаратни алмаштириш фақат яхши кўтара олиш ҳолатида ҳақиқий антипсихотик билан терапия оптимал терапевтик дозада камида 4-6 ҳафта давомида ўтказилгандан сўнг тавсия етилади.
-----------	--

Антипсихотик терапияни ўтказиш кўпинча экстрапирамидал симптоматиканинг (ЕПС) ривожланиши билан бирга келади. Бундай ҳолда, уни бартараф етиш учун терапевтик чора-тадбирларни қўллаш зарур. Кейинчалик ЕПС сақланиб қолганда, уни тузатишга қарамай, неврологик чидамлилиқнинг янада қулай профилига ега бўлган бошқа антипсихотикга ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

<b>5C</b>	III беморларда терапевтик самарага еришилганда, сезиларли ножўя таъсирлар ривожланмасдан АПП қабул қилинганда, АППни АВП билан алмаштириш тавсия етилмайди.
-----------	---

<b>2B</b>	Шда АПП самарасиз бўлса, АВП терапиясига ўтиш тавсия етилди.
-----------	--

Антипсихотик препаратнинг иккинчи курси самарасиз бўлганда психотик симптоматика терапевтик резистент деб баҳоланади ва махсус даволаш чора-тадбирларини ўтказиш зарурати туғилади.

Антипсихотикни танлашни белгилайдиган енг муҳим параметр - бу маълум бир беморда препаратнинг самарадорлиги ва чидамлилигининг тахминий нисбати. Айрим клиник вазиятларда у ёки бу антипсихотик препаратларнинг афзаллиги тўғрисида далиллар мавжуд.

<b>1A</b>	Клозапин биринчи танлов препарати сифатида терапевтик резистентликка кўрсатма бўлганда III беморларга тавсия етилади.
-----------	---

<b>2A</b>	Клозапин биринчи танлов препарати сифатида III беморларда суицидал хавф ортганда тавсия етилади.
-----------	--

<b>3A</b>	Тана вазни ошганда, қандли диабетнинг 2-тури ва метаболик синдромда III. беморларга олансапин ва клозапинни буюриш тавсия етилмайди.
-----------	--

<b>5C</b>	III беморларда гиперпролактинемия билан боғлиқ нейроэндокрин бузилишларда АПП, амисулприд ва рисперидон буюриш тавсия етилмайди.
-----------	--

<b>3B</b>	III беморларда юрак ритми бузилишида сертидол, зипрасидон, тиоридазин буюриш тавсия етилмайди.
-----------	--

<b>2B</b>	Шайтонлаш синдроми ёки шайтонлашга тайёргарлик бўсағаси пасайганда III беморларга клозапин ва хлорпромазин тавсия етилмайди.
-----------	--

Антипсихотик воситани бирламчи танлашда беморнинг соматик ва неврологик ҳолатининг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Психотик эпизодларнинг ҳаммасида ҳам симптоматиканинг тўлиқ редукциясига еришишга умид қилиб бўлмайди. Бу фақат ўткир психозлар терапиясига тааллуқли бўлиб, уларнинг тузилишида ҳиссий васваса ва циркуляр аффектнинг намоён бўлиши энг тўлиқ ифодаланган. Параноид симптоматиканинг катта салмоғи ва узлуксиз кечиш белгиларида психознинг фақат қисман редукциясига умид қилиш мумкин. Даволовчи ёки барқарорлаштирувчи антипсихотик терапия ўтказилганда еришилган ремиссия беқарор бўлган ҳолларда, самарали антипсихотик дозалари ўзгаришсиз қолади ёки биров камаяди. Бу ҳолда таъсири узайтирилган антипсихотикларга ҳам ўтиш мумкин.

### Препаратлар дозалари

<b>1B</b>	Шизофрениянинг ўткир эпизодини даволашда препаратларнинг паст терапевтик дозаларидан фойдаланишга интилиш тавсия етилади.
-----------	---

<b>1B</b>	III беморларида дозаларни тез ошириш стратегиялари, юқори зарба дозалари ва дозалардан фойдаланиш тавсия етилмайди, чунки улар катта терапевтик самарадорликни кўрсатмади, аммо ножўя таъсирлар сонининг кўпайиши билан боғлиқ.
-----------	---

<b>5C</b>	III беморларда антипсихотик воситаларни 400-800 мг ХПЕ оралиғида қўллаш тавсия етилади.
-----------	---

300 мг ХПЕ дан паст суткалик дозалар кўп ҳолларда оптимал терапевтик самарани таъминлаш учун етарли емас, 900 мг ХПЕ дан юқори дозалар еса тавсия етилганларга нисбатан таъсирнинг ўсишини таъминламайди.

Антипсихотик фармакотерапияни бирламчи тайинлашда аллергик анамнезни синчковлик билан йиғиш ва имкон қадар оғир аллергик реакциялар ва МНС ривожланишининг олдини олиш мақсадида синов (кичик) тест дозасини қўллаш зарур. АПП ва АВПни даволашда, зарур бўлганда, препаратнинг терапевтик дозасига етарлича тез еришиш мумкин. Кўп ҳолларда потенциал хавфли ножўя таъсирларнинг олдини олиш мақсадида дозани ошириш тез бўлмаслиги керак.

## Терапевтик резистентлик

<b>1A</b>	Терапевтик резистент шизофрения билан оғриган беморларда, яъни 4-6 ҳафта давомида антипсихотик фармакотерапиянинг иккита адекват курси таъсири бўлмаганда, биринчи танлов воситаси сифатида клозапин тавсия етилади.
-----------	--

<b>2B</b>	Терапевтик резистент шизофрения билан оғриган беморларга клозапиннинг мақсадли дозаси 100-900 мг/кун оралиғида тавсия етилади.
-----------	--

<b>2A</b>	Терапевтик резистент шизофрения билан оғриган беморларда клозапинни бошқа АВП (яхшиси рисперидон ёки арипипразол) билан биргаликда қўллаш монотерапия ва ушбу препаратнинг самараси етарли бўлмаганда тавсия етилади.
-----------	---

<b>5C</b>	Терапевтик резистент шизофренида клозапинни баъзи антидепрессантлар ва нормотимиклар билан кучайтириш стратегияларини қўллаш уларнинг самарадорлиги бўйича далиллар чекланганлиги сабабли тавсия етилмайди.
-----------	---

Терапевтик чидамли шизофрения турли хил кимёвий синфларга мансуб иккита антипсихотик (енг камида антипсихотиклардан бири АВП бўлиши керак) билан тавсия етилган терапевтик дозаларда ҳар бир дори воситаси билан камида 6-8 ҳафта давомида терапия фонида психопатологик аломатлар ва/ёки бошқа асосий аломатларнинг камайиши бўлмаса ташхис қўйилади.

Терапевтик резистентликни кўрсатишда биринчи қадам терапияни қабул қилишни назорат қилиш, шу жумладан, иложи бўлса, қон плазмасидаги дори воситаларининг концентрациясини аниқлаш бўлиши керак. Клозапин билан даволанаётган беморлар гематологик ва кардиологик ножўя таъсирларни, шунингдек ЕЕГдаги ўзгаришларни (талваса фаоллиги чегарасининг пасайиши) назорат қилишни талаб қиладилар. Муайян ҳолатларда терапия самараси бўлмаганда бошқа терапевтик муқобиллар, масалан, бошқа АВПлар, асосий аломатларни ҳисобга олган ҳолда кучайтириш стратегиялари (антидепрессантлар, нормотимиклар), антипсихотиклар ва ЕСТ билан комбинацияланган терапия, шунингдек, ТМС қўлланилиши мумкин.

## Салбий аломатлар

<b>5C</b>	Салбий аломатларни аниқлаш учун беморларни мақсадли баҳолаш тавсия етилади, бунда салбий аломатларнинг иккиламчи хусусиятини истисно қилиш керак.
-----------	---

Бундай ҳолда, биринчи диагностика босқичи салбий аломатларни "ниқоблаш" мумкин бўлган психознинг мумкин бўлган кўринишларини аниқлашдир. Бу ҳолда ягона терапевтик танлов антипсихотик терапияни кучайтириш бўлиши керак. Шунингдек, салбий аломатларни антипсихотик терапиянинг экстрапирамидал ножўя таъсирларидан (биринчи навбатда, акинезиядан) ва депрессия кўринишларидан фарқлаш керак. Клиник баҳолашни ПАНСС шкаласи, шизофренида депрессияни баҳолаш учун Калгари шкаласи ва экстрапирамидал ножўя таъсирларни баҳолаш учун САС шкаласи ёрдамида тўлдириш керак.

<b>2B</b>	Шизофренида негатив симптоматика ташхисида БНСС негатив симптомларни баҳолаш шкаласидан фойдаланиш тавсия етилди.
-----------	---

6 ой ва ундан кўпроқ вақт давомида ўртача ёки юқори даражада ифодаланган салбий аломатлар, ижобий ва депрессив аломатлар, шунингдек, псевдопаркинсонизмнинг йўқлиги ва/ёки минимал ифодаланиши доимий ҳисобланади. Бирламчи персистирловчи салбий симптоматика ва кўплаб психотик эпизодлар билан касалликнинг узоқ давомийлиги бўлган беморларда терапевтик тактика АППни АВП билан алмаштириш имконияти бўйича клиник баҳолашни талаб қилади.

АППни АВПга алмаштиришнинг мақсадга мувофиқлигини клиник баҳолаш хавф ва мумкин бўлган фойдани синчковлик билан боғлашга асосланади. Бу биринчи навбатда психотик симптоматиканинг экзацербация хавфини баҳолашга тааллуқлидир. Даволашни ўзгартириш тўғрисида қарор қабул қилинганда, дориларни алмаштириш ўзаро боғлиқ бўлиши керак.

<b>1A</b>	Шизофрениянинг биринчи эпизоди билан оғриган беморларда доминант ва доимий салбий аломатлар билан карипразинни буюриш тавсия етилади.
-----------	---

<b>2B</b>	III беморларда бирламчи салбий симптоматикага нисбатан 50-300 мг дозада қўлланилганда амисулприднинг самарадорлиги тўғрисида етарли маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, ушбу клиник ҳолатларда уни буюриш тавсия етилди.
-----------	---

Алоҳида терапевтик қадамлар самарасиз бўлган тақдирда, бирламчи ва узоқ муддатли беморларда кейинги клиник қарорларни қабул қилиш терапия алгоритмига мувофиқ амалга оширилади.

<b>2A</b>	Асосан салбий симптоматика билан кечувчи шизофрения билан оғриган беморларда уларнинг самарадорлиги тўғрисидаги маълумотларни бироз чеклаган ҳолда олансапин ва кветиапинни қўллаш тавсия етилади.
-----------	--

<b>1A</b>	Асосан салбий белгилари бўлган шизофрения билан оғриган беморларда, уларнинг самарадорлиги тўғрисидаги маълумотларни бироз чеклаган ҳолда, миртазапин (30 мг/кун) ва миансерин (15 мг/кун) ни антипсихотиклар билан биргаликда қўллаш тавсия етилади.
-----------	---

### Когнитив симптомлар терапияси

<b>1A</b>	III. беморларда когнитив бузилишларда далилларга асосланган маълумотларнинг баъзи чекловлари билан АВП тайинлаш тавсия етилиши мумкин.
-----------	--

Когнитив бузилишларнинг мавжудлиги шизофрения билан оғриган беморларни ижтимоий ва касбий реабилитация қилиш учун асосий тўсиқлардан биридир. Антипсихотик дорилар когнитив бузилишларга нисбатан кичик ёки ўртача самарадорликка ега.

### Депрессив симптомлар терапияси, ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш

<b>2B</b>	Депрессив симптоматика кузатилган беморларда нейролептикни алмаштиришда рисперидондан ташқари кветиапин, луразидон ёки бошқа АВП каби таъсирнинг яққол тимоаналептик компонентиға ега препаратларға устунлик бериш тавсия етилди.
-----------	---

<b>5C</b>	III беморларда антидепрессантларни тайинлаш бошқа терапевтик чора-тадбирлар самарасиз бўлганда асосан постпсихотик депрессиялар деб аталадиган ҳолатлар билан чеклаш тавсия етилади.
-----------	--

<b>2B</b>	Шда антидепрессантларни тайинлаш зарурати бўлганда СЮҚТТни, улар самарасиз бўлганда еса - СЮҚТТ ва ЦАни тайинлаш тавсия етилди.
-----------	---

Биринчи қатор препаратлари СИОЗС ҳисобланади. 4-6 ҳафта давомида таъсир бўлмаса, антидепрессантни бошқа таъсир механизмиға ега бўлган дори билан алмаштириш керак (СИОЗСН/АТХ - бошқа антидепрессантлар, трициклик антидепрессантлар/АТХ - моноаминларнинг селектив бўлмаган ингибиторлари, миртазапин. Ушбу босқичдаги муқобил

имконият антипсихотик воситани кветиапин, арипипразол ёки луразидон билан алмаштириш бўлиб, терапия аввалги антидепрессант билан давом еттирилади.

**5C**

Ш беморларда депрессив симптоматиканинг терапевтик рефрактерлигида резистентликка қарши чора-тадбирларни ўтказиш тавсия етилди.

Агар депрессив аломатлар 6–8 ҳафта давомида сақланиб қолса, ТМС ва ЕСТни ўз ичига олган кетма-кет қаршилиқ кўрсатиш чораларини бошлаш тавсия етилади. Иккинчисини амалга оширишнинг иложи бўлмаганда, бошқа антипсихотиклар (амисулприд, зипрасидон, флупентиксол, клозапин, сулпирид, палиперидон, сертидол) ва антидепрессантлар ёки epilepsияга қарши дорилар (валпроат кислотаси кунига 500-3000 мг ёки карбамазепин кунига 100-1600 мг) билан адювант терапия) ёрдамида психофармакотерапияни танлаш давом еттирилиши керак.

**2B**

Беморларда суицидал хулқ-атворнинг хавф омиллари аниқланганда, айниқса улар мавжуд психотик аломатлар билан боғлиқ бўлса, антипсихотикни клозапинга алмаштириш тавсия етилди, чунки уни қўллашда хавфни камайтириш бўйича ишончли маълумотлар мавжуд.

**1A**

Ш беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи бўлганда, айниқса касаллик давомида аффектив тебранишлар мавжуд бўлганда, литий карбонат билан адювант терапия кунига 600 дан 1500 мг гача мослашувчан дозада, қон плазмасидаги литий концентрациясини 0,4 дан 1,0 ммол/л гача бўлган ораликда назорат қилиш тавсия етилади.

Ўз жонига қасд қилиш хавфини аниқлаш биринчи даражали диагностик қадамдир. У ўз ичига йўналтирилган клиник-анамнестик текширувни, кейинчалик ўз жонига қасд қилиш хавфи омилларини аниқлаш ва динамик баҳолашни олади (САД-Персон шкаласи ва Колумбия ўз жонига қасд қилиш хавфи шкаласи бўйича).

**4C**

Шда ЕСТ тавсиялари оғир депрессия ва/ёки ўз жонига қасд қилиш хулқ-атворининг айрим ҳолатларида чекланган исботга ега.

### Қўзғалиш ва тажовуз терапияси

**3C**

Қўзғалиш белгилари бўлган бемор Ш ни олиб боришнинг биринчи психофармакологик босқичида деескалация усулини қўллаш тавсия етилади.

Деескалация усуллари бир вақтнинг ўзида бир нечта компонентларни ўз ичига олади. Биринчи навбатда, у бемор атрофидаги хавфсиз муҳитни моделлаштириш билан хавфларни узлуксиз баҳолаш ва вазиятни назорат қилишни ўз ичига олади. Бемор ва ходимлар учун хавфсиз масофани сақлаш, провокация ва мажбурлашдан қочиш, унга ҳурмат билан муносабатда бўлиш, ҳамдардлик кўрсатиш, беморнинг еҳтиёжларини аниқлаш зарур шартдир. Беморни чалғитишга уриниш, вазиятни қайта кўриб чиқиш, оғзаки алоқа ўрнатиш, музокаралар ва ишонтириш ҳам қўллаш учун зарурдир.

**2B**

Шда биринчи қадам сифатида перорал, буккал (ородиспергирланган таблеткалар) психофармакотерапия тавсия етилади, агар уни қўллаш имкони бўлса (комплаентлик мавжуд бўлса).

**5C**

Ш беморларда лоразепам қўзғалишни даволаш учун тавсия етилади, препарат бензодиазепиннинг бошқа ҳосилалари орасида қисқа ярим чиқарилиш даври ва нафас олиш тизимига сусайтирувчи таъсирининг йўқлиги туфайли афзалроқдир.

<b>2B</b>	Ш беморларда паст потенциалли антипсихотик воситалар (хлорпромазин, левомепромазин) билан кўзғалиш терапиясини уларни ёмон кўтара олиши сабабли еҳтиёткорлик билан ўтказиш тавсия етилади.
-----------	--

Оғир бўлмаган кўзғалиш ва беморнинг комплаентлигида седатив таъсирга ега бўлган дори воситаларининг перорал шакллари афзалроқ бўлиши мумкин. Бунда бензодиазепин унумлари (биринчи навбатда, лоразепам), прометазин ва антипсихотик воситалар кўзғалиш ва тажовузкорликни даволашда қиёсий самарадорликни кўрсатади. Терапиянинг бу босқичида бемор ҳар соатда кузатишни талаб қилади.

<b>2B</b>	Ш беморларда психотик кўзғалишнинг парентерал терапияси перорал терапия самарасиз бўлганда, уни қўллашнинг иложи бўлмаганда, шунингдек, симптомларнинг дастлабки оғирлигида тавсия етилади.
-----------	---

<b>2B</b>	АВПнинг парентерал шакллари беморларда психотик кўзғалишни даволашда қўллаш учун тавсия етилади, чунки улар галоперидолнинг мушак ичи шаклидан қолишмайди, аммо камроқ неврологик ножўя таъсирларни келтириб чиқаради.
-----------	--

Кўзғалиш ва агрессияда терапевтик ёндашувлар фарқланиши керак. Агрессиянинг намоён бўлиши, шунингдек, унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳолатлар шошилишч терапевтик чора-тадбирларни талаб қилади. Уларга тез транквилизация (ТТ), зарур бўлганда еса фиксация ёки изоляция қўллаш киради. Шу билан бирга, хулқ-атвор терапияси усулларини қўллаш зарур. Агрессиянинг оғир бўлмаган кўринишларида (вербал агрессия ва ҳ.к.) БТ ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлмаслиги мумкин. БТни ўтказишда чуқур седацияга еришиш (артериал гипотония ривожланиши ва нафас сиқилиши) билан боғлиқ хавфларни баҳолаш кўникмалари зарур. Шунингдек, ножўя таъсирлар ривожланганда шошилишч ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган техник воситалар билан таъминлаш, жумладан, флумазенил (бензодиазепин рецепторлари антагонисти) буюриш имкониятини яратиш мақсадга мувофиқдир.

Даволашнинг бошида дорилар енг паст самарали дозаларда тайинланиши керак, агар керак бўлса, улар аста-секин кўпайтирилиши мумкин. Кўзғалишнинг оғирроқ шакллари парентерал терапияни қўллашни талаб қилади. Кўзғалишни тўхтатишда терапевтик таъсир тинчлантириш ёки енгил седация даражасида бўлиши мақсадга мувофиқдир. Зарур бўлганда, агрессия кўринишлари билан кечувчи оғир тўхтатиб бўлмайдиган кўзғалиш ҳолатларида чуқур седацияга еришиш ёки ҳатто бунга йўл қўйилади. БТнинг кўзғалишни назорат қилиш учун қўлланилиши охириги чизик воситаси сифатида қаралади. Бироқ, агрессия хавфи билан боғлиқ бўлган ўта оғир кўзғалишда уни дарҳол қўллаш керак.

<b>5C</b>	Мушак ичи монотерапияси самарасиз бўлган Ш беморларда комбинацияланган мушак ичи психофармакотерапияси тавсия етилади.
-----------	--

Ушбу комбинацияни қўллашда ножўя таъсирлар ривожланишининг юқори хавфини ҳисобга олиш керак, бу еса беморни доимий равишда кузатиб боришни талаб қилади. Одатда галоперидолнинг бензодиазепин ҳосилалари (биринчи навбатда, лоразепам тавсия етилади) ёки прометазин билан 50 мг гача бўлган комбинациялари қўлланилади.

<b>5C</b>	Ш беморларда нафас етишмовчилиги ривожланиш хавфи туфайли бензодиазепин ҳосилаларининг мушак ичига юбориладиган шаклини клозапин билан биргаликда қўллаш тавсия етилмайди.
-----------	--

<b>2А</b>	Комбинацияланган парентерал мушак ичи терапияси самарасиз бўлганда беморларга бензодиазепин ҳосилаларини ёки антипсихотик воситаларни (галоперидол, хлорпромазин, дроперидол) вена ичига юбориш тавсия етилади.
-----------	---

Вена ичига юбориш йўли қўлланилганда томчилаб юбориш усули афзалроқ ҳисобланади. Препаратларни вена ичига юборишда бемор ётган жойда ходимларнинг доимий назорати, ЕКГ, артериал босим ва сатурация мониторинги зарур. Дроперидол вена ичига юборилганда ҚТ интервалининг узайиши хавфи туфайли ЕКГ мониторинги қатъий мажбурийдир. Ушбу талаблар интенсив терапия бўлими шароитида амалга оширилиши мумкин. Резистент психотик кўзғалишда кейинги терапевтик қадамлар коллегиял равишда, шу жумладан бошқа профилдаги мутахассисларни (реаниматологлар ва неврологлар) жалб қилган ҳолда амалга оширилади.

Ушбу ҳолатда беморни кейинги парваришlash психо-реанимация бўлими шароитида амалга оширилади. Еҳтимол, ташхисни аниқлаштириш учун беморни қўшимча текшириш мақсадга мувофиқдир. Асосий терапевтик вариантлардан бири, айниқса аффектив аломатлар, кататоник аломатлар, шунингдек, унинг ўтмишдаги яхши таъсирга ишоралар мавжуд бўлганда, ЕСТни қўллашдир. Муқобил терапевтик вариантлар сифатида дексмететомидин ва кетаминни қўллаш имкониятини кўриб чиқиш.

### Кататоник симптомлар терапияси

<b>5С</b>	III беморларни олиб боришда биринчи қадам сифатида кататония ривожланишининг бошқа сабабларини истисно қилиш тавсия етилади.
-----------	--

Кататония баъзи рухий ва неврологик бузилишларда, шунингдек, бир қатор метаболик ва токсик бузилишлар натижасида ривожланган мустақил полиетиологик синдром сифатида қаралади. Кататония билан оғриган беморни дифференциал-диагностик баҳолашда биринчи навбатда турли генезли енсефалитларни (шу жумладан, анти-НМДА рецепторли енсефалит) истисно қилиш керак. Қўшимча восита сифатида, иммунологик текширувлар билан бир қаторда, бензодиазепинларнинг бир марталик дозасини парентерал юбориш билан бензодиазепин тестидан фойдаланиш мумкин, унинг фонида кататониянинг оғирлиги баҳоланади. Симптомларнинг ифодаланиши камайганда, унинг табиати эндоген бўлиши мумкин.

<b>5С</b>	Кататония билан оғриган III беморларда сув-электролит бузилишларини барқарорлаштириш ва гомеостазни барқарорлаштиришга қаратилган терапевтик чора-тадбирларни ўтказиш тавсия етилади.
-----------	---

<b>1В</b>	Кататонияда танлов препарати сифатида бензодиазепин ҳосилаларини (диазепам, лоразепам) қўллаш тавсия етилади.
-----------	---

Кататоник симптоматикани даволашда бромдигидрохлорфенилбензодиазепин самарадорлиги тўғрисида далиллар топилмаган, аммо унинг ижобий таъсирини кўрсатадиган клиник ҳолатларнинг тавсифлари мавжуд.

Бензодиазепин ҳосилалари билан терапияга яхши реакция бўлса, таъсир одатда бир неча кун ичида ривожланади.

<b>3С</b>	Даволашнинг бир неча кунда самара бўлмаса ёки етарли бўлмаса, шунингдек, симптомларни тезда бартараф этиш зарур бўлса (масалан, хавфли кататония), ЕЧТни етароқ қўллаш имкониятини кўриб чиқиш тавсия етилади.
-----------	--

ЕСТ бўйича аксарият миллий клиник қўлланмаларда уни кататонияда икки томонлама усул бўйича қўллаш тавсия етилади, биринчи 3-7 та муолажани ҳар куни қўллаш имконияти билан. Маълумки, кататонияда ЕСТнинг самарадорлиги етарлича юқори бўлиб, аксарият ҳолларда ўткир

психоз доирасида ривожланган кататонияга нисбатан қўлланилганда симптоматикага тўлик барҳам беришга муваффақ бўлинади.

<b>5C</b>	Шда кататоник симптомларни даволаш учун неврологик толерантликнинг қулай профилига ега бўлган АВП, шунингдек, хлорпромазинни қўллаш тавсия етилади.
-----------	---

Умуман олганда, III нинг ўткир даврида кататоник симптоматикада антипсихотик препаратларни буюриш симптомларнинг оғирлашиши ва МНС ривожланишининг юқори хавфи туфайли мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисобланади. Жуда паст терапевтик дозаларда ва терапиянинг кейинги босқичларида қўлланиладиган яхши неврологик чидамликка профилига ега бўлган антипсихотиклар (кломепин, камроқ даражада хлорпромазин) бундан мустасно бўлиши мумкин.

### Давомли (рецидивга қарши) терапия

<b>5C</b>	Антипсихотик воситалар беморларда рецидивга қарши даво сифатида қўллаш учун тавсия етилади.
-----------	---

Антипсихотик воситалар рецидивнинг олдини олишда самарали препаратлар бўлиб, уларнинг ривожланиш еҳтимоли плацебога нисбатан бир неча баробар камаяди.

<b>1A</b>	Шда узок муддатли терапия учун АПП ва АВП тавсия етилади.
-----------	---

Узок муддатли терапияда симптомларнинг камайиш даражаси бўйича АПП ва АВП бир-биридан фарқ қилмайди. Даволашни тўхтатиш частотаси ва қайталанишнинг олдини олиш кўрсаткичлари бўйича алоҳида АВПлар фойдасига бир қатор маълумотлар мавжуд.

<b>1A</b>	III беморларда неврологик ножўя таъсирлар (хусусан, кечки дискинезия) ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида узок муддатли терапия учун АВП тавсия етилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Узок муддатли терапияда, иккиламчи салбий аломатлар камроқ намоён бўлганда, салбий аломатларни тузатишда бир қатор афзалликларга ега бўлган баъзи АВПлар тавсия етилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Узок муддатли терапия билан III беморларда беморнинг соғлиғига енг катта таъсир кўрсатадиган кеч дискинезия ва метаболик ножўя таъсирларни доимий мониторинг қилиш, ерта аниқлаш ва даволаш тавсия етилади.
-----------	---

<b>5C</b>	III беморларда узок муддатли рецидивга қарши терапияни ўтказишда ушбу беморда кўзғалиш эпизодини бартараф етиш ва ҳолатни барқарорлаштириш жараёнида, яъни терапиянинг дастлабки босқичларида енг яхши таъсир ва чидамликка ега бўлган антипсихотик воситадан фойдаланиш тавсия етилади.
-----------	--

Ҳар бир беморда антипсихотик воситани танлаш маълум гуруҳ дори воситаларини олдиндан қўллаш тажрибасини ва ножўя таъсирлар профилини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда амалга оширилиши керак.

### Даволаш давомийлиги

<b>5C</b>	Биринчи эпизод билан оғирган беморларга камида бир йил давомида узлуксиз антипсихотик терапия тавсия етилади.
-----------	---

<b>4C</b>	Бир неча эпизодлар билан оғриган беморларга 2-5 йил давомида қўллаб-қувватловчи терапия тавсия етилади (агар аломатлар сақланиб қолса ва тез-тез такрорланса - умрбод терапия).
-----------	---

Ўткир психоздан кейин 1-2 йил давомида терапия тўхтатилса, қайталаниш хавфи юқори бўлади. Аввало, шизофрениянинг узлуксиз кечишида, хавфли ва ерта бошланган шаклларида кўп йиллик терапия кўрсатилган. Хуружсимон кечишда рецидивга қарши терапиянинг давомийлиги оқилона етарлилик тамойили билан белгиланади. Шунга қарамай, даволаниш давомийлигини беморнинг мотивацияси, руҳий-ижтимоий вазияти ва бошқа баъзи омилларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда белгилаш зарур. Ўз жонига қасд қилишга уринган ёки кўпол тажовузкор хулқ-атворга ега ва тез-тез такрорланадиган беморларга ҳам антипсихотик терапияни номаълум узоқ муддат давомида давом еттириш тавсия етилади.

<b>2B</b>	Шизофрениянинг қайталанувчи сурункали кечишининг барча ҳолатларида узлуксиз антипсихотик фармакотерапия тавсия етилади.
-----------	---

Узлукли терапия стратегиялари фақат узлуксиз қўллаб-қувватловчи режимдан воз кечган ёки узлуксиз қўллаб-қувватловчи терапияга қарши кўрсатмалар бўлган беморларга мос келиши мумкин.

<b>4C</b>	Ҳозирги вақтда шизофрения қайталанишининг олдини олиш учун қўллаш тавсия етиладиган антипсихотик депо воситаларидан фойдаланишни қўллаб-қувватлаш учун етарли далиллар мавжуд.
-----------	--

Перорал препаратлар ва депо дори шакллари ўртасидаги самарадорлик бўйича ишончли фарқларни аниқлашнинг иложи йўқ. Шу билан бирга, узоқ муддатли таъсирга ега бўлган инексион антипсихотик воситалар ҳам бир қатор афзалликларга ега:

- терапевтик таъсирнинг максимал узлуксизлиги ва антипсихотикни қабул қилишни ишончли назорат қилиш, бу еса шифокорнинг терапия режимига риоя қилишини назорат қилиш заруратини камайтиради;
- қонда нейролептикнинг янада барқарор ва паст концентрацияси ("чўкки" ножўя таъсирлар ривожланиш хавфини камайтириш);
- минимал самарали доза тамойилига хавфсизроқ еришиш (босқичма-босқич камайтириш);
- беморлар учун қулайроқ дори режими, бу муҳим психотерапевтик аҳамиятга ега, чунки дори воситаларига боғлиқлик ҳиссини юмшатади;
- ошқозон-ичак трактида сўрилиш билан боғлиқ муаммолардан ва жигардан биринчи марта ўтганда метаболизм билан боғлиқ таъсирлардан қочиш (кўпроқ башорат қилинадиган метаболизм ва камдан-кам учрайдиган дори таъсирлари);
- тасодифан ёки қасддан дозани ошириб юбориш хавфини камайтириш.

Узоқ муддатли таъсирга ега бўлган антипсихотик препаратларнинг камчиликларига терапия мослашувчанлигининг пасайиши, оптимал дозани танлашнинг узоқ даври, ножўя таъсирлар ривожланганда препаратни организмдан чиқаришнинг узоқ даври, инексия соҳасидаги маҳаллий реакциялар киради.

Узоқ муддатли таъсирга ега бўлган инексион антипсихотиклар билан даволаш одатда ўткир психотик аломатлар бартараф етилгандан сўнг дарҳол касалхонада бошланади. Таблеткаларни қабул қилиш фонида препаратнинг минимал дозаси мушак орасига инексия қилинади. Агар бемор илгари корректор олган бўлса, улар бекор қилинмайди. Яхши кўтарилганда (даволашнинг 1-ҳафтасида ножўя таъсирлар кузатилмаганда) таъсири узайтирилган препарат дозаси аста-секин ошириб борилади, таблеткалар еса бекор қилинади. Даволашнинг мақсади минимал самарали доза ёрдамида беморнинг оптимал функционал даражасини қўллаб-қувватлашдир. Руҳий ҳолат барқарорлашгандан сўнг нейролептик дозасини икки йўл билан аста-секин камайтириш мумкин:

бир марталик дозани камайтириш ёки инъекциялар орасидаги интервални узайтириш (сўнгги қоида рисперидон ва таъсири узайтирилган палиперидон учун қўлланилмайди).

Доза танлаш индивидуал равишда амалга оширилади. Беморни бир препаратдан бошқасига ўтказишда қуйидаги тахминий эквивалентлардан фойдаланиш мумкин:

- флупентиксол, м/о юбориш учун еритма 40 мг ҳар 2 ҳафтада;
- флуфеназин, м/о юбориш учун еритма 25 мг ҳар 2 ҳафтада;
- галоперидол, м/о юбориш учун еритма 100 мг ҳар 4 ҳафтада;
- Зуклопентиксол, м/о юбориш учун еритма 200 мг ҳар 2 ҳафтада;
- рисперидон, м/о узоқ муддатли таъсир кўрсатиш учун суспензия тайёрлаш учун кукун, ҳар 2 ҳафтада 37,5 мг;
- палиперидон, м/о узайтирилган (ойлик) таъсир кўрсатиш учун суспензия 75 мг ҳар 4 ҳафтада;
- палиперидон, суспензия для в/м пролонгированного (трехмесячного) действия 263 мг каждые 3 месяца.

Бу эквивалентларни максимал дозаларга экстраполяция қилиб бўлмайди.

5C

Шизофренияни узоқ муддатли даволашда қўллаш учун тавсия етилган рисперидон ва полиперидоннинг инъекцион шаклини қўллаш учун етарли маълумотлар мавжуд.

### Ҳаёт сифати

5C

Шизофрения билан оғриган беморларда ижтимоий фаолият кўрсаткичларини баҳолаш РСР шкаласи бўйича амалга ошириш тавсия етилади.

Антипсихотик воситалар шизофрения билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти, аммо маълум бир дори ёки гуруҳни қўллаб-қувватлаш учун далиллар йўқ. Алоҳида АВПларни қабул қилиш фонида субектив саломатлик кўрсаткичлари яхшиланиши ҳақида баъзи далиллар мавжуд. Ножўя таъсирларнинг мавжудлиги муҳим омил бўлиб, уларни камайтириш ва назорат қилиш беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун муҳимдир.

### Психозга қарши фармакотерапиянинг ножўя таъсири

#### Экстрапирамидал ножўя симптомлар

5C

Ш беморларда антипсихотик терапияда ЕПС профилактикаси учун антихолинергик воситаларни тайинлаш асоссиз ва тавсия етилмайди, чунки улар ҳар бир беморда ривожланмайди.

ЕПСга ўткир дистония, акатизия, псевдопаркинсонизм, кечки дискинезия киради. Антихолинергик дори воситасини (тригексифенидил, бипериден) қўшиш, одатий антипсихотик дозасини камайтириш ёки АВП билан даволашга ўтиш (ҳозирда бундай алмаштиришга устунлик берилади) ЕПС пайдо бўлишида танлов имкониятларини ташкил этади. ЕПС кўпинча АПП қўлланилганда ривожланади, баъзи АВПларда дозага боғлиқ ЕПС ҳам кузатилиши мумкин. ЕПС ривожланиш хавфи пиперазин фенотиазинлар ва бутирофенонлар гуруҳига кирувчи нейрорептиклар билан даволашда юқори бўлади. ЕПС осон аниқланади, аммо уларнинг пайдо бўлишини олдиндан билиш жуда қийин, чунки у қисман дозага, қисман препаратнинг ўзига хос хусусиятларига, қисман беморнинг индивидуал сезгирлигига боғлиқ.

Паркинсонизм белгилари препарат бекор қилингандан сўнг йўқолади ёки нейрорептик терапия корректорлари деб аталадиган марказий антихолинергик воситаларни қўшиш орқали камайтирилиши мумкин. Паркинсонизмга қарши препаратлар кечки дискинезия ривожланишига ва унинг кечишини ёмонлаштиришга, дориларга қарамлик ва когнитив бузилишларга олиб келиши мумкин.

#### **Нейрорептик терапиянинг ножўя таъсирини бартараф етиш**

Номақбул ҳодиса	Тавсия етилган терапия
Ўткир дистония	бипериден 5-10 мг (ичишга, мушак орасига) ёки дифенгидрамин 50-75 мг
Псевдопаркинсонизм - акинето-ригид симптомокомплекси	тригексифенидил 2-12 мг, бипериден 5-10 мг (ичишга, мушак орасига)
Акатизия	пропранолол 10-20 мг, бипериден 5-10 мг (ичиш, мушак орасига)
ЗНС	антипсихотик дорини бекор қилиш. Дезинтоксикацион, инфузион ва гомеостатик терапия, марказий таъсирга ега миорелаксантлар, дофаминнинг билвосита агонистлари
Кечки дискинезия	неврологик кўтара олиш қобилияти қониқарли бўлган АВПга ўтказиш (клозапин, кветиапин)

### **Нейроендокрин, метаболик ва бошқа ножўя таъсирлар**

5C	ГПнинг клиник кўринишлари (галакторея, ҳайз сиклининг бузилиши, жинсий дисфункциялар, гинекомастия) мавжуд бўлганда, III беморларда пролактин даражасини ўрганиш тавсия етилади.
----	--

ГП ривожланишини минималлаштириш учун қуйидаги хавф омилларини ҳисобга олиш керак: репродуктив ёшдаги аёллар, болалар, ўсмирлар, олдинги терапияда ГП мавжудлиги. Қўшимча хавф омилларига аёлларда фертилик ва ҳомиладорлик билан боғлиқ муаммолар ва гинекомастия, еректил дисфункция, жинсий мойилликнинг пасайиши, еракларда соч ўсишининг камайиши киради. Гиперпролактинемияга (ГП) кўпинча АПП, шунингдек, амисулприд, рисперидон ва палиперидон сабаб бўлади.

Метаболик ножўя таъсирлар кўпинча АВП қўлланилганда кузатилади. Биринчи навбатда, улар кўпинча клозапин ва оланзапин қўлланилганда, бироз камроқ кветиапин ва рисперидон қўлланилганда ва камдан-кам ҳолларда бошқа АВП қўлланилганда ривожланади.

5C	Юрак ритми бузилганда сертидол, зипрасидон, тиоридазин буюриш тавсия етилмайди.
----	---

ҚТ интервалининг узайиши тўсатдан юрак ўлими ривожланишининг хавф омили ҳисобланади. ҚТ интервали еракларда 450 мсек дан, аёлларда еса 470 мсек дан ортиқ бўлса, узайган ҳисобланади.

5C	Талваса синдроми ёки талвасага тайёргарлик чегараси пасайганда клозапин ва баъзи АППларни буюриш тавсия етилмайди.
----	--

5C	Седация ривожланишига интолерант бўлган III беморларга клозапин ва кветиапин, камроқ даражада оланзапин ва луразидонни қўллаш тавсия етилмайди.
----	---

5C	Узоқ муддатли антипсихотик фармакотерапияни ўтказишда соматик ножўя таъсирлар ривожланишини олдини олиш мақсадида қуйидаги лаборатор ва клиник текширувларни мунтазам равишда ўтказиш тавсия етилади.
----	---

### **Антипсихотик фармакотерапияни қўллашда баъзи соматик кўрсаткичларни мониторинг қилиш жадвали**

	даволанишдан олдин	4. ҳафта	8. ҳафта	12. ҳафта	ҳар чоракда	ҳар йили

<b>Вазни (индекс тана массаси), бел ҳажми</b>	X	X	X	X	X	X
<b>Қон босими</b>	X	X		X		X
<b>Оч қондаги микдори</b> <b>коринга қанд</b>	X			X		X
<b>Қондаги липидлар (ЗПЛП, ЗЮЛП) микдори (оч қоринга)</b>	X			X		X
<b>Умумий таҳлил қон*</b>	X	X		X		X
<b>ЕКГ</b>	X	X			X	X
<b>ЕЕГ</b>	X	X				

**АВП ва галоперидол қўлланилганда ножўя таъсирларнинг ривожланиш частотаси**

Препаратлар Ножўя таъсирлар	Галоперидол	Арипипразол	Амисулприд	Сипрасидон	Кариразин	Клозапин	Кветиапин	Луразидон	Оланзапин	Палиперидон	Рисперидон	Сертиндол
Акатизия/ паркинсонизм	+++	+	++	+	++	0	(+)	+	+	++	++	+
Кечки дискинезия тутқанок синдроми	+++	?	(+)	?	?	0	?	?	(+)	?	(+)	?
КТ интервалини узайтириш	+	0	0	?	?	++	0	?	0	0	0	0
КТ интервалини узайтириш	(+)	(+)	(+)	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+
глюкоза алмашинувининг бузилиши	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	(+)	+	0
Липид алмашинувининг бузилиши	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	+	+	0
Кўнгил айнаши, қабзият ва ошқозон-ичак трактининг бошқа шикоятлари	+	?	++	0	(+)	+++	+	++	++	+	++	(+)
Гипотензия	+	+	(+)	+	(+)	++	+(+)	(+)	+(+)	+	++	+
Агранулоцитоз, лейкопения	0	0	0	0	0	+	(+)	0	(+)	0	0	0
Тана вазнининг ортиши*	+	(+)	+	(+)	+	+++	++	(+)	+++	++	++	(+)
Гиперпролактинемия	+++	0	+++	(+)	0	0	(+)	+	(+)	+++	+++	0
Тинчлантириш	+	(+)	(+)	+	(+)	+++	+++	++	++	(+)	+	(+)
ЗНС	(+)	?	?	?	?	(+)	(+)	?	(+)	?	(+)	?
Холинолитик бузилишлар	(+)	0	0	(+)	(+)	+++	+	(+)	++	(+)	(+)	(+)
Жинсий бузилишлар	+	(+)	+	(+)	+	++	(+)	(+)	+	+	+	(+)

Ўзбекистон Республикасининг "Асосий дори воситалари умумий рўйхати"га киритилган дори воситалари гуруҳлари

Код	Анатомик-терапевтик кимёвий тасниф гуруҳлари	Халқаро патентланмаган ном	Ўртача кунлик доза
H05AA	Фенотиазинли алифатик бирикмалар	Хлорпромазин левомепромазин	600 мг 100 мг
H05AB	Фенотиазинли пиперазинли бирикмалар	Трифлуоперазин Флуфеназин	20 мг 100 мг
H05AC	Фенотиазин пиперидин бирикмалари	Тиоридазин	200 мг
H05AD	Бутирофенонли бирикмалар	Галоперидол	10 мг
H05AX	Диазепинлар, оксазепинлар тиазепинлар ва	Кветиапин Клозапин Оланзапин	400 мг 200 мг 10 мг
H05AJ	Бензамидлар	Сулпирид Тиаприд	300 мг 300 мг
H05AX	Бошқа антипсихотик воситалар	Рисперидон	2 мг

Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари

5C	Ш билан боғлиқ ҳолда терапия олаётган барча беморларга асосланган терапевтик қарорлар қабул қилиш мақсадида ўтказилаётган даволаш самарадорлигини баҳолаш тавсия етилади.
----	---

Амалиётда дори таъсири самарадорлигининг учта даражасини ажратиб кўрсатиш мақсадга мувофиқдир:

1. Даволаш самарали, таъсири сезиларли ва чуқур - ПАНСС шкаласи бўйича баҳоланган симптомларнинг умумий ифодаланиши 50% дан кўпроққа камайди.
2. Даволаш самарали, таъсир қисман - ПАНСС шкаласи бўйича баҳоланадиган аломатларнинг умумий ифодаланиши камида 20% га камайди.
3. Даволаш самарасиз - ПАНСС шкаласи бўйича баҳоланган симптомларнинг умумий ифодаланиши 20% дан камроқ камайди.

Юқорида келтирилган даражалар тахминий бўлиб, шифокорнинг умумий клиник таассуроти ва беморнинг ижтимоий фаолиятининг бузилиш даражаси билан биргаликда кўриб чиқилиши керак.

Терапия самарадорлигини баҳолаш муддатлари даволашнинг аниқ мақсадига боғлиқ. Антипсихотик таъсирни таснифлаш учун даволашнинг 4 ҳафтасидан олдин баҳолаш мумкин эмас, резистентликка кўрсатмалар бўлса, самарадорликни баҳолаш муддати 6-8 ҳафтагача узайтирилади. Психотик қўзғалиш тўхтатилганда терапия самарадорлигини баҳолаш 2 соатдан кейин амалга оширилади. Тажовузкорлик кўринишларини тўлиқ камайтиришда ва клиник жиҳатдан баҳоланадиган қўзғалиш даражасини сезиларли даражада пасайтиришда терапия самарали ҳисобланади. Антинегатив таъсирнинг верификацияси терапиянинг 10-15 ҳафтасидан кейин БНСС шкаласи бўйича баҳоланади.

Беморни даволашнинг якуний мақсади ремиссияга еришишдир, яъни ПСП шкаласи бўйича баҳоланадиган беморнинг ижтимоий фаолияти ва ҳаёт сифатини яхшилаш ёки тиклаш (ижтимоий тикланиш) билан III аломатларининг барқарор заифлашиши ёки йўқолиши (дастлабки III ташхисини тасдиқлаш учун зарур бўлган етарли мезонларнинг йўқлиги). Терапевтик ремиссия сифати III кечилишининг турли клиник шакллари ва турларида сезиларли даражада фарқ қилади ва дифференциал клиник-функционал баҳолашни талаб қилади.

## Реабилитация

<b>5C</b>	Шизофрения билан касалланган беморларда психосоциал таъсирлар ва реабилитация шахснинг етарли бўлмаган ёки касаллик натижасида йўқотилган когнитив, мотивацион, эмоционал ресурсларини, ижтимоий мослашув нуқсонини бўлган руҳий беморларда уларнинг жамиятга интеграциясини таъминлайдиган ўзаро таъсир қилиш, муаммоларни ҳал қилиш, бошқариш стратегияларидан фойдаланиш кўникмалари, билимлари, қобилиятларини шакллантириш ёки тиклашга қаратилган.
-----------	--

<b>5C</b>	Психосоциал терапия ва психосоциал реабилитация, фармакотерапия зарур ва бир-бирини тўлдирувчи терапевтик стратегиялардир.
-----------	--

<b>5C</b>	Беморлар билан психосоциал иш психиатрик ёрдам кўрсатишнинг ҳар қандай босқичида амалга оширилиши мумкин. Аралашувни бошлашдан олдин ижтимоий дезадаптациянинг характери ва даражасини, психосоциал таъсирнинг у ёки бу аниқ шаклига муҳтожликни аниқлаш, кўрсатилган мақсадга еришиш мўлжалланаётган вақт даврини аниқлаган ҳолда ҳар бир аралашувнинг мақсадини шакллантириш тавсия етилади. Ишнинг гуруҳли шакллари тавсия етилади, аммо беморни гуруҳга киритишнинг иложи бўлмаганда (масалан, у рад етган тақдирда ва бошқалар) иш индивидуал шаклда амалга оширилади; фаол психосоциал таъсирлар тугагандан сўнг, қўллаб-қувватловчи психосоциал чоратадбирлар тавсия етилади.
-----------	--

Кўрсатмаларга қараб, психосоциал даволаш-реабилитация таъсирининг қуйидаги турларини ўтказиш тавсия этилади:

5C	Психологик тарбия
1B	Ижтимоий кўникмалар тренинги
1B	Оилавий терапия
1B	Қўллаб-қувватланадиган бандлик дастурлари
1B	Когнитив хулқ-атвор терапияси
2B	Когнитив ремедиация

### **Когнитив ремедиация**

1B	<b>Когнитив ремедиация (КР)</b> - шизофрения билан оғриган беморларда "биринчи эпизод" клиникаси доирасида ва касалликнинг сурункали кечишида қўллаш учун тавсия этилади. Шизофрения билан оғриган беморлар учун КРнинг мақсади когнитив жараёнларни (диққат, хотира, ижро функциялари, ижтимоий когнициялар ёки метакогнициялар) барқарор ва умумий яхшилашдир. КТнинг асосий вазифаси когнитив бузилишларнинг кундалик фаолиятга таъсирини минималлаштиришдир. Шизофрения жараёнининг сурункали кечиши бўлган беморларга қўллаб-қувватлаш орқали сақланиб қолган когнитив функцияларга таянган ҳолда компенсатор стратегиялардан фойдаланиш тавсия этилади; бузилган функцияларни тиклаш учун дастурларнинг "биринчи эпизоди" бўлган беморларга.
----	--

Кўрсатма: Ф20.0-Ф20.6. Касаллик босқичлари: ярим ўткир, ремиссия шаклланиш босқичи. Стационарда, кундузги стационарда, амбулаторияда ўтказилади. Қўллашга қарши кўрсатмалар: чегараланмаган хулқ-атворли ўткир психотик ҳолат. Клиник психолог томонидан ўтказилади. Ўтказиш шакли: 6-10 кишидан иборат гуруҳ. Частота проведения от 2 до 5 раз в неделю по 60 минут. Ўтказиш давомийлиги 2 ойгача. Тарқатма материаллар (карточкалар, қоғоз, ручка, грифел тахтаси) дан фойдаланилади. Машғулотлар маълум бир функцияни такомиллаштиришга қаратилган машқларни ўз ичига олади.

Когнитив ремедиациядан фойдаланиш когнитив дисфункциянинг шизофрениянинг асосий белгиларидан бири сифатида тан олиниши, асосий нейрокогнициялар ва ижтимоий когнициялар соҳасидаги етишмовчилик кўринишларининг кенг тарқалиши ва ремиссия ва такрорий экзацербациялар даврида ижтимоий дезадаптациянинг асосий сабаби эканлиги билан боғлиқ.

### **Ижтимоий кўникмалар тренинги**

1B	Ижтимоий кўникмалар тренинги (ИКС) шизофрения билан оғриган беморларни даволашда ижтимоий аҳамиятга ега рағбатлар билан таъминланган маълумотларни тўғри қайта ишлаш қобилиятини яхшилаш ва уларга тегишли вазиятларда ижтимоий мос жавоб бериш қобилиятини ошириш учун тавсия этилади. ТЖТ давомида турли хил функциялар, жумладан, ижтимоий аҳамиятга ега бўлган вазиятлар бўйича тренинглари кетма-кет ўтказилади.
----	---

<b>1B</b>	СНТ давомида куйидаги йўналишларда ўқитишни ўз ичига олган ёндашувлар қўлланилади: ижобий мустаҳкамлаш ва тузатиш қайта алоқаларидан фойдаланган ҳолда хулқ-атвор машғулоти ва машғулотларини ўтказиш орқали мақсадларни белгилаш ва ролларни ўзгартириш. Шунингдек, олинган кўникмаларни мустаҳкамлаш ва уларни беморнинг кундалик ҳаётига татбиқ етишга ёрдам берадиган муаммоларни ҳал қилиш усулларини машқ қилиш ва уй вазифалари қўлланилади.
-----------	---

Кўрсатма: Ф20.0-Ф 20.6. Касаллик босқичлари: ярим ўткир, ремиссия шаклланиш босқичи. Стационарда, кундузги стационарда, амбулаторияда ўтказилади. Қарши кўрсатмалар: Хулқ-атворнинг бузилиши билан ўткир психоз босқичи; Кучли когнитив етишмовчилик. Клиник психолог, ижтимоий иш бўйича мутахассис томонидан ўтказилади.

СЮЙЕдан фойдаланиш шизофрения билан оғриган беморларда ижтимоий когнитив бузилишларнинг кенг тарқалиши ва уларнинг касаллик натижасига салбий таъсири билан боғлиқ.

### **Психологик таълим**

<b>1A</b>	Шизофрения билан оғриган беморларга даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш мақсадида реабилитация чора-тадбирларининг муҳим элементларидан бири сифатида психотаълимдан фойдаланиш тавсия етилади/
-----------	--

<b>1A</b>	"Психологик таълим" - бу реабилитация тадбирлари таркибида алоҳида ўрин тутадиган, бемор ва унинг қариндошларини руҳий бузилишлар ҳақида хабардор қилиш ва уларга касаллик кўринишлари билан боғлиқ ўзига хос муаммоларни енгиш усулларини ўргатишга қаратилган босқичма-босқич амалга ошириладиган психотерапевтик таъсирлар тизимидир.
-----------	--

Кўрсатма: Ф20.0-Ф 20.6 Психологик тарбияни касалликнинг куйидаги босқичларида қўллаш тавсия етилади: ўткир ости, ремиссия/ремиссия шаклланиш босқичи. Психологик тарбия стационарда, кундузги стационарда, амбулаторияда олиб борилади. Психотаълимга қарши кўрсатмалар: касалликнинг ўткир босқичи, хулқ-атворнинг бузилиши; аниқ когнитив бузилишлар. Шифокор психотерапевт ёки клиник психолог томонидан ўтказилади. Ўтказиш шакли: психологик таълим гуруҳи (беморлар ёки уларнинг қариндошлари учун). Машғулотларнинг умумий сони 11-15 та. Частота проведения от 1 до 5 раз в неделю по 45-60 минут.

Шизофрения билан оғриган беморларни реабилитация қилиш тизимида психотаълимни иложи борида ерта киритиш афзалроқдир. Оила аъзолари иштирокидаги аралашувлар самаралироқ бўлиб, даволашнинг охирига келиб касаллик белгиларининг камайишига ва 7-12 ойлик кузатувдан сўнг қайталанишнинг олдини олишга ёрдам беради. Психообразование влияет на снижение частоты рецидивов, способствует соблюдению режима приема лекарственной терапии, а также сокращает продолжительность пребывания пациентов в стационаре.

### **Когнитив хулқ-атвор психотерапияси**

<b>2B</b>	Шизофрения билан оғриган беморларни даволашда даволаш сифати ва самарадорлигини ошириш мақсадида КПТ тавсия етилди.
-----------	---

<b>2B</b>	Когнитив хулқ-атвор психотерапияси (КХТ) - психотерапиянинг илмий асосланган шакли бўлиб, вақт билан чекланган, когнитив ва хулқ-атвор ўзгаришларига қаратилган ва тузилган. КПТ жараёнида бузилишларнинг пайдо бўлиш тарихи ва ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва психотерапевтик ҳолатни тузилмалаштирилган концептуализация шаклида шакллантириш амалга оширилади.
-----------	--

Когнитив-хулқ-атвор психотерапиясидан фойдаланишга кўрсатмалар: Ф20.0-Ф 20.6. Когнитив-хулқ-атвор психотерапиясини касалликнинг қуйидаги босқичларида қўллаш тавсия этилади: ўткир ости, ремиссия/ремиссия шаклланиш босқичи. Когнитив-хулқ-атвор психотерапияси стационарда, кундузги стационарда, амбулаторияда ўтказилади. Шифокор психотерапевт ёки клиник психолог томонидан ўтказилади. Ўтказиш шакли: индивидуал иш. Частота проведения от 1 до 3 раз в неделю по 45 минут. Психотерапевтик машғулотларнинг умумий сони 16-20.

Рухий касалликнинг оғирлиги ва нейрокогнитив етишмовчиликнинг яққоллиги КПТ жараёнининг яхшиланишига тўсқинлик қилмайди.

<b>5C</b>	<p>У ёки бу "муаммоли" гуруҳга мансуб беморлар билан психологик-ижтимоий иш олиб боришда махсус вазифалар устувор аҳамият касб етади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– шифохонага тез-тез ётқизилган шизофрения билан оғриган беморлар учун комплаенс муаммоларини дастурга киритиш ва фармакотерапия режимини бажариш, қайталанишнинг дастлабки кўринишларини аниқлаш, зўрайишга олиб келадиган омилларни истисно қилиш, шунингдек, ушбу беморларнинг оилалари учун оила ичидаги ўзаро муносабатлар услубини ўзгартириш тавсия этилади;</li> <li>– ёлғиз беморлар учун - дастурга мулоқот ва бошқа ижтимоий кўникмалар, комплаенс, мустақил яшаш муаммоларини киритиш, шунингдек, беморга йўналтирилган аралашувлардан ташқари, ижтимоий тармоқни фаоллаштириш бўйича ишлар тавсия этилди;</li> <li>– ижтимоий депривация шароитида шифохонада узоқ вақт бўлган шизофрения билан оғриган беморлар учун - дастурга мустақил яшаш, ижтимоий кўникмалар модулини киритиш тавсия этилади;</li> <li>– беқарор меҳнат мослашуви бўлган беморлар учун - комплаенс-терапия ва меҳнат реабилитацияси дастурига киритиш тавсия этилади.</li> </ul>
-----------	---

<b>5C</b>	Биринчи марта пайдо бўлган психотик ҳолатлар (БПТ) билан оғриган беморларнинг психосоциал терапиясига алоҳида еътибор бериш тавсия этилади: шизофрениянинг ривожланиши, қоида тариқасида, бир томондан, ижтимоий ва коммуникатив кўникмаларнинг жиддий бузилиши, бошқа томондан, ушбу касалликдан азият чекаётган одамларга нисбатан жамоат онгида мавжуд бўлган стигматизация ва дискриминация билан бирга келади; касаллик фактини англаш беморнинг ҳиссий ҳолатида акс етади, унинг ўзини ўзи идрок этиши, ўзини ўзи баҳолаши, хулқ-атвори, атрофдагилар билан муносабатини ўзгартиради, келажакдаги режаларига тузатишлар киритади.
-----------	---

<b>5C</b>	Ушбу тоифадаги беморлар билан ишлашда қуйидаги таркибий қисмларни ўз ичига олиш тавсия этилади:
-----------	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) бошдан кечирилган психотик эпизод туфайли стрессни енгишга ёрдам бериш ва унинг пайдо бўлиши ва такрорланиши хавфининг ижтимоий омилларини юмшатиш;</li> <li>2) бемор, унинг оила аъзолари ва бошқа муҳим атроф-муҳит аъзоларига руҳий касалликлар, тегишли ёрдам шакллари ва хизматлари ҳақида етарли маълумот бериш;</li> <li>3) Аҳволнинг яхшиланиши ва даволаниш ўртасидаги боғлиқликни тушунтириш;</li> <li>4) комплаенсга еришиш ва такрорий хуружларнинг олдини олиш;</li> <li>5) такрорий зўрайишни ерта аниқлаш ва унинг бошланишида тезкор аралашув;</li> <li>6) ўз жонига қасд қилиш хавфини камайтириш;</li> <li>7) когнитив ремедиациянинг психосоциал дастурига киритиш.</li> </ol>
--	---

<b>1В</b>	<p>Руҳий-ижтимоий аралашувнинг дастлабки учта таркибий қисмини биринчи ўткир ҳолатдан чиқиш босқичидаёқ даволаш дастурига киритиш тавсия етилади, қолганлари еса терапевтик ремиссияга еришилгандан сўнг беморни узоқ муддатли бошқариш предмети ҳисобланади.</p>
-----------	---

### Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил етиш

III антипсихотик терапияси уч босқичга бўлинади - тўхтатувчи (ўткир психоз/психотик аломатларнинг кучайишини даволаш), давом еттирувчи (ҳолатни барқарорлаштириш) ва қўллаб-қувватловчи (қайталанишнинг олдини олиш).

Биринчи босқич - тўхтатувчи терапия дастлабки ташхис қўйилгандан сўнг дарҳол бошланади ва клиник ремиссияни ўрнатиш билан тугайди, яъни психознинг сезиларли ёки тўлиқ редукциясигача давом етади. Антипсихотик фармакотерапия адекват бўлганда бу босқич бир неча ҳафтадан бир неча ойгача давом етиши мумкин (аҳволнинг тўлиқ терапевтик назоратига еришиш учун одатда 6-8 ҳафта керак бўлади). Асосий вазифалар психознинг оғирлик даражасини камайтириш, хулқ-атвор бузилишлари ва ёндош аломатларни (қўзғалиш, тажовузкорлик, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари, кататоник ва аффектив аломатлар) тузатишдир. Психознинг ўткир белгилари (ўткир бошланиши, психомотор қўзғалиш, зўриққан аффектлар - хавотир, қўрқув, экстаз, саросима, депрессия, тажовузкорлик, ёрқин галлюцинатор-васвасали кечинмалар, ўткир ҳиссий васваса, уйқу бузилиши, негативизм, онг бузилиши, ижтимоий мослашувнинг қўпол бузилиши), ўзгарувчанлик, симптомларнинг калейдоскопиклиги ва умуман ҳолатнинг динамик беқарорлиги қанчалик кучли бўлса, фармакотерапиянинг самарадорлиги шунчалик юқори бўлади. Касалликнинг аста-секин ривожланиши, преморбид даврда шахсий ўзгаришлар, салбий аломатлар ва когнитив бузилишлар мавжудлиги, тизимли интерпретатив васваса, гебефреник аломатлар, касалликка танқидий муносабат белгилари йўқлиги, хатти-ҳаракатларнинг пассивлиги, динамик потенциалнинг пасайиши ва реактивликнинг пасайиши билан қотиб қолган, кам ҳаракатли шаклларда самарадорлик паст.

Иккинчи босқич - даволаш ёки барқарорлаштириш самарали антипсихотик терапияни давом еттиришдан иборат бўлиб, самарали симптомларни тўлиқ ёки сезиларли даражада камайтириш билан ремиссияга еришиш, салбий аломатлар ва когнитив бузилишларга таъсир қилиш, иложи бўлса, беморнинг ижтимоий мослашувининг олдинги даражасини тиклашдан иборат. Касалликнинг ўткир босқичи бошланишидан 3 ойдан 9 ойгача (ўртача 6 ой атрофида) давом етиши мумкин. Одатдаги схема ремиссия белгилангандан сўнг антипсихотик дозасини аста-секин камайтиришни назарда тутати. Мумкин бўлган рецидивни ерта аниқлаш ва антипсихотик терапияни ўз вақтида кучайтириш муҳимдир. Резидуал салбий симптоматиканинг персистенциясида ўткир даврда қўлланилган препаратларнинг седатив таъсирини сусайтириш ва психотерапия ўтказиш учун оптимал

дори режимини яратиш, шахслараро алоқаларни ўрнатиш ва ижтимоий-меҳнат реабилитацияси учун дезинтоксикацион фаолликка ега бўлган антипсихотик воситаларни кўшиш зарур.

Шизофрения одатда сурункали ва қайталанувчи кечиши билан тавсифланишини ҳисобга олган ҳолда, беморларнинг аксариятида кейинги учинчи босқичга - узоқ муддатли амбулатор ёки рецидивга қарши терапияга ўтиш талаб етилади, бу барқарор ремиссияни сақлаб қолиш, янги психотик эпизодлар (хуружлар) ривожланишининг олдини олиш ва касалликнинг ривожланиш суръатини секинлаштиришга қаратилган. Бу босқич аввало жараён кечишининг спонтан тенденциялари ва хуружлар частотаси билан белгиланади. Одатда икки ва ундан ортиқ психотик эпизодлардан сўнг терапия ноаниқ узоқ вақт давомида, аммо унинг самарадорлигини баҳолаш учун камида 1-2 йил давомида ўтказилади. Босқич ижобий симптоматиканинг еришилган редукциясини сақлаб қолиш, салбий ва когнитив бузилишларга таъсир кўрсатиш, рецидивга қарши таъсирни таъминлаш, шунингдек, беморнинг ижтимоий фаолиятининг юқори даражасини сақлаб қолишни ўз ичига олади.

**Шифохонага ётқизиш учун асослар:** кўзғалиш ва тажовузкорлик белгилари, тартибсиз хатти-ҳаракатлар, психотик аломатларнинг яққол намоён бўлиши, ўз жонига қасд қилиш хавфининг юқорилиги, кўшимча текширув ва бирламчи терапияни танлаш зарурати билан бирламчи психоз, даволашни танлашни қийинлаштирадиган оғир ҳамроҳ соматик патология, терапияга чидамлик ва интолерантлик белгилари, яшаш жойида етарли амбулатор ёрдамнинг мавжуд эмаслиги, асосий ҳаётий еҳтиёжларни қондира олмаслик билан кучли ижтимоий мослашувчанликнинг йўқолиши.

**Кўчириб юбориш учун асослар:** психотик аломатларни камайтириш билан ҳолатни барқарорлаштириш, ўз жонига қасд қилиш ва тажовузкорлик хавфини камайтириш.

### Кўшимча ахборот

**Касалликнинг нохуш кечишига олиб келувчи омиллар (башорат қилувчилар):**

- алкоголь ва психоактив моддаларни суиистеъмол қилиш,
- даволанишга паст содиқлик,
- оилавий/ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг йўқлиги,
- ижтимоий-реабилитация тадбирларининг мавжуд эмаслиги,
- касаллик бошланганидан то даволаш бошлангунга қадар узоқ муддатли давр ("даволанмаган психоз" даври), узоқ муддатли дистресснинг мавжудлиги,
- никотинга боғлиқлик.

*Шизофренияни даволашда қўлланиладиган дориларнинг тавсия етилган дозалари*

Препарат	Тавсия етилган суткалик доза, мг/сут
<b>Психозга қарши воситалар</b>	
Алимемазин	5-400
Амисулприд	50-1200
Арипипразол	10-30
Галоперидол	1,5-60 т/о, 7,5-15 м/о ва в/и инфузиялар 3 қабулда
Дроперидол	2,5-5 м/о ва в/и инфузиялар
Сипрасидон	40-160
Зуклопентиксол	2-75
Карипразин	1,5-6
Кветиапин	25-750
Клозапин	25-600
Луразидон	40-160

левомепромазин	25-300 м/о, 75-250 м/о, 50-100 в/и инфузиялар
Оланзапин	5-20.
Перициазин	10-200
Перфеназин	12-64.
Палиперидон	3-12.
Промазин	25-250
Рисперидон	2-8
Сертиндол	4-20.
Сулпирид	100-1600 м/о, 100-800 м/о
Тиаприд	50-300 т/о, 400-1200 в/м
Трифлуоперазин	2-40 т/о, 2-10 в/и
Тиоридазин	50-800
Флупентиксол	1-40
Хлорпротиксен	50-600
Хлорпромазин	25-600 т/о ва м/о, 250 гача в/и инфузиялар
<b>Антидепрессантлар</b>	
Амитриптилин	25-300 м/о, 150 мг гача м/о
Венлафаксин	75-375.
Имипрамин	25-200
Кломипрамин	25-250 м/о ва 25-150 м/о ва в/и инфузиялар
Миансерин	30-90
Миртазапин	15-45.
Пароксетин	20-60
Сертралин	50-200
Ситалопрам	20-60
Флувоксамин	50-300
Флуоксетин	20-60
Есситалопрам	10-20
<b>Бензодиазепин ҳосилалари</b>	
Алпразолам	0,75-6
Бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин	1-8 т/о, м/о ва в/и инфузиялар
Диазепам	5-30.
Клоназепам	1-4
Лоразепам	2-7,5 п/о
мидазолам	3,5-7,5 м/о
<b>Антихолинергик воситалар</b>	
Бипериден	1-16 т/о, м/о ва в/и инфузиялар
Тригексифенидил	1-16.
<b>Епилепсияга қарши дорилар</b>	
Валпроат кислота	500-3000
Карбамазепин	100-1600
Прометазин	25-150 т/о ва м/о
Кетамин	4-8 мг/кг м/о
Дексмететомидин	0,2-1,4 мкг/кг/соат в/и инфузиялар

**Психозга қарши воситаларнинг эквивалент дозалари**

Препарат	Оланзапин 1 мг эквиваленти дозалари	Дозалари, 100 мг хлорпромазин эквивалентида
Арипипразол	1,33	4.
Галоперидол	0,6	1,6
Сипрасидон	5,33	16.
Карипразин	0,3	0,9
Кветиапин	20.	60.
Клозапин	40.	120.
Луразидон	5,33	16.
Оланзапин	1.	3.
Палиперидон	0,4	1,2;
Перфеназин	3,5	8,9
Рисперидон	0,27	0,8
Сертиндол	1,60	4,8
Тиоридазин	37,1	95,3
Трифлуоперазин	1,1	2,8
Флуфеназин	0,5	1,2;
Хлорпромазин	38,9	100.
Хлорпротиксен	17,1	43,9

#### Таъсири узайтирилган антипсихотикларнинг тахминий дозалари ва таъсир давомийлиги

Препарат номи	Доза, мг	Таъсир давомийлиги
Галоперидол	50-300	4 ҳафта
Зуклопентиксол	50-150	2-3 сут.
Зуклопентиксол	200-500	2-3 ҳафта
Палиперидон	75-150	4 ҳафта
Палиперидон	С. 175-525.	3 ой
Рисперидон	25-50	2 ҳафта
Флупентиксол	20-200	2-3 ҳафта
Флуфеназин	25-100	2-4 ҳафта

#### *Бемор учун ахборот*

Шизофрения - продуктив (психотик) ва салбий (апатия, ҳиссий ва ижтимоий изоляция ва бошқалар) аломатлар, хулқ-атвор ва когнитив бузилишлар (хотира, диққат, фикрлаш ва бошқалар) билан тавсифланган рухий касаллик.

Шизофрения ривожланишининг сабаби ҳозирги кунгача номаълум. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, касаллик белгилари миянинг дофаминергик ва глутамат тизимларида биокимёвий жараёнларнинг бузилиши натижасида юзага келади, бу еса унинг фаолиятининг турли шакллари: идрок етиш, фикрлаш, ҳис-туйғулар ва хотира фаолиятини бошқаришни таъминлайди. Аҳолининг тахминан 1 фоизи шизофрения билан касалланган.

Шу билан бирга, ушбу касалликнинг тарқалишида маданий, этник ёки географик фарқлар аниқланмаган. Аксарият ҳолларда 15 ёшдан 35 ёшгача бўлган даврда бошланади.

#### **Шизофрения диагностикаси**

Ташхис касаллик тарихи, белгиларнинг шаклланиш кетма-кетлиги ва оилавий анамнез тўғрисидаги маълумотлар тўпламига асосланган клиник психиатрик баҳолаш асосида

қўйилади. Бундай баҳолаш учун кўпинча беморга яқин одамлар томонидан тақдим етилган маълумотлар жуда муҳим ва фойдали бўлади. Диагностика касалликнинг характерли белгиларини аниқлашга асосланади. Ташхисни тасдиқлаш учун шунга ўхшаш аломатларни келтириб чиқариши мумкин бўлган бошқа касалликлар мавжудлигини истисно қилиш керак.

Шизофренияни ташхислаш ва даволаш билан психиатр мутахассислар шуғулланади.

### **Шизофренияни даволаш**

Шизофренияни даволашнинг асосий усули дори терапияси ҳисобланади.

Касаллик қанчалик ерта аниқланиб, даволаш бошланган бўлса, касалликни тўхтатиш имконияти шунчалик кўп бўлади, у бемор ва унинг яқинларига шунчалик кам зарар етказишга улгуради.

Шизофрения терапиясининг асосий мақсади ремиссия ҳолатига еришишдир, бунда оғриқли аломатларни тўлиқ ёки сезиларли даражада бартараф етиш ва иложи бўлса, ижтимоий фаолликнинг оғриқдан олдинги даражасига еришиш тушунилади. Бугунги кунда бу мақсадга бошқа кўплаб сурункали касалликлар (гипертония касаллиги, қандли диабет ва бошқалар) каби узоқ муддатли узлуксиз дори терапияси шароитида еришиш мумкин. Биринчи босқичда терапияни танлаш учун шифокор билан мунтазам равишда узоқ вақт алоқада бўлиш талаб етилади, бу амбулатор кузатув режимида амалга оширилиши керак. Препаратнинг самарадорлигини баҳолаш учун зарур бўлган минимал вақт даври 4-6 ҳафтани ташкил этади. Кейинчалик дори терапияси клиник таъсирига қараб номаълум вақт давом этади. Бундай терапияни бекор қилиш масаласи касалликнинг биринчи хуружидан кейин камида 1 йил ўтгач ва такрорий хуружларда 5 йил ўтгач, агар бу даврда касаллик белгилари кузатилмаган бўлса, қўйилиши мумкин. Шу билан бирга, кўп йиллик "барқарор" даврдан кейин ҳам терапияни бекор қилиш касалликнинг қайта ривожланиш хавфи билан боғлиқлигини ёдда тутиш керак. Бундай узоқ муддатли терапия учун препаратлар уларнинг ножўя таъсирлари билан боғлиқ нокулайликларни келтириб чиқармайдиган тарзда танланиши керак. Дори воситаларини кўтара олиш қобилияти барча одамларда турлича бўлиб, индивидуал сезувчанлик хусусиятлари билан белгиланади. Дастлаб буюрилган дори ножўя таъсирларни келтириб чиқарган тақдирда, у бошқасига алмаштирилиши керак, аммо даволаш давом еттирилиши керак. Замонавий дори воситалари арсенали қўйилган мақсадга еришишда сезиларли ютуқларга еришиш имконини беради. Аксарият ҳолларда ножўя таъсирлар қайтарилди ва препарат бекор қилингандан сўнг йўқолади. Дорига чидамлилиқ билан боғлиқ масалаларни шифокорингиз билан муҳокама қилишингиз керак.

Фармакотерапидан ташқари, психосоциал терапия ва психосоциал реабилитация ёрдам кўрсатишнинг мажбурий элементи бўлиб, ушбу касаллик хуружини бошдан кечирган шахснинг иложи борича тўлиқроқ ижтимоий-шахсий тикланишига, унинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Бундан ташқари, психосоциал даволаш-реабилитация тадбирлари касалликнинг такрорий хуружлари ва зўрайишининг олдини олиш имконини беради. Диспансер кузатуви ҳам худди шу мақсадга хизмат қилади: мутахассисларнинг мунтазам текширувлари ва терапевтик тактикани тузатиш касалликнинг салбий оқибатларидан қочиш имконини беради.

## Список литературы

1. Fusar-Poli P., Tantardini M., De Simone S., Ramella-Cravaro V., Oliver D., Kingdon J., Kotlicka-Antczak M., Valmaggia L., Lee J., Millan M.J., Galderisi S., Balottin U., Ricca V., McGuire P. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk // *Eur. Psychiatry*. 2017. Vol. 40. P. 65-75.
2. Popovic D., Schmitt A., Kaurani L., Senner F., Papiol S., Malchow B., Fischer A., Schulze T.G., Koutsouleris N., Falkai P. Childhood trauma in schizophrenia: Current findings and research perspectives // *Front. Neurosci*. 2019. Vol. 13. P. 274.
3. Dickerson F., Severance E., Yolken R. The microbiome, immunity, and schizophrenia and bipolar disorder // *Brain Behav. Immun*. 2017. Vol. 62. P. 46–52.
4. Mamakou V., Thanopoulou A., Gonidakis F., Tentolouris N., Kontaxakis V. Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus // *Psychiatriki*. 2018. Vol. 29, N 1. P. 64–73.
5. Hayes J.F., Marston L., Walters K., King M.B., Osborn D.P.J. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014 // *Br. J. Psychiatry*. 2017. Vol. 211. N 3. P. 175–181.
6. Sher L., Kahn R.S. Suicide in schizophrenia: An educational overview // *Medicina*. 2019. Vol. 55, N 7. P.1–11.
7. Suvisaari J., Mantere O., Keinänen J., Mäntylä T., Rikandi E., Lindgren M., Kieseppä T., Raj T.T. Is It Possible to Predict the Future in First-Episode Psychosis? // *Front Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P.1–15.
8. Upthegrove R., Marwaha S., Birchwood M. Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic issue? // *Schizophr. Bull*. 2017. Vol. 43, N 2. P. 240– 244.
9. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Tho a J, Krause M, Sa ara M, Peter N, Arndt T, Bäc ers, Rothe Pipriani A, Davis J, Salanti, eucht S. o parative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi- episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 394: 939–51 Published Online July 11, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3).
10. Krause M, Zhu Y, Huhn M, et al. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta- analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;268(7):625–639.
11. Né eth, aszlovsz y I, zobor P, et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*. 2017;389(10074):1103–1113.
12. Corponi F, Serretti A, Montgomery S, Fabbri C. Cariprazine specificity profile in the treatment of acute schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol*. 2017;32(6):309–318.
13. van Rooi en, Ver eulen JM, Ruhé H, de Haan. Treatin depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. // *CNS Spectrums*, 2018, P.1-10. doi:10.1017/S1092852917000554.
14. Hasan A., Falkai P., Wobrock T. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation // *World J Biol Psychiatry*. – 2015, Apr. – Vol. 16 (3). – P. 142–170.
15. Taylor DM, Yap CY, Knott JC, et al. Midazolam-droperidol, droperidol, or olanzapine for acute agitation: A randomized clinical trial. *Ann Emerg Med*, 2017, 69: 318–326.
16. Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, et al. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 7: CD009377.

17. Yap CY, Taylor DM, Knott JC, et al. Intravenous midazolam-droperidol combination, droperidol or olanzapine monotherapy for methamphetamine-related acute agitation: Subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Addiction*, 2017, 112: 1262–1269.
18. Norman R., Lecomte T., Addington D., Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults // *Can. J. Psychiatr.* 2017. Vol. 62, N 9. P. 617–623.
19. Health Quality Ontario. Cognitive behavioural therapy for psychosis: a health technology assessment // *Ont. Health Technol. Assess. Ser.* [Internet]. 2018. Vol. 18, N 5. P. 1–141.
20. Turner D.T., McGlanaghy E., Cuijpers P., van der Gaag M., Karyotaki E., MacBeth A. Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis // *Sch. Bul.* 2018. Vol. 44, N 3. P 475–491.
21. Kaneko K. Negative symptoms and cognitive impairments in schizophrenia: two key symptoms negatively influencing social functioning // *Yonago Acta Med.* 2018. Vol. 61, № 2. P. 91–102.
22. Tripathi A., Kar S.K., Shukla R. Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies // *Clin. Psychopharmacol. Neurosci.* 2018. Vol. 16, № 1. P. 7–17.
23. Deckler E., Hodgins G.E., Pinkham A.E. Social cognition and neurocognition in schizophrenia and healthy controls: intercorrelation of performance and effects of manipulations aimed at increasing task difficulty // *Front. Psychiatry.* 07 Aug. 2018. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00356.
24. Breitborde N.J.K., Moe A.M., Ered A., Ellman L.M., Bell E.K. Optimizing psychosocial interventions in first-episode psychosis: current perspectives and future directions // *Psychol. Res. Behav. Management.* 2017. Vol. 10. P. 119–128. 215.
25. Mucci A., Vignapiano A., Bitter I., Austin S.F., Delouche C., Dollfus S., Erfurth A., Fleischhacker W.W., Giordano G.M., Gladyshev I., Glenthøj B., Gütter K., Hofer A., Hubeňák J., Kaiser S., Libiger J., Melle I., Nielsen M.Ø., Papsuev O., Rybakowski J.K., Sachs G., Üçok A., Wojciak P., Galderisi S. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019 Aug;29(8):947-959. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.05.006. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31255394.
26. Zhu Y. et al. Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia: a systematic review with pairwise and network meta-analyses // *The Lancet Psychiatry.* – 2017. – T. 4. – №. 9. – C. 694-705.
27. Siskind D., Siskind V., Kisely S. Clozapine response rates among people with treatment-resistant schizophrenia: data from a systematic review and meta-analysis // *The Canadian Journal of Psychiatry.* – 2017. – T. 62. – №. 11. – C. 772-777.
28. Larsen J. R. et al. High prevalence of prediabetes and metabolic abnormalities in overweight or obese schizophrenia patients treated with clozapine or olanzapine // *CNS spectrums.* – 2019. – T. 24. – №. 4. – C. 441-452.
29. Dudley K., Liu X., De Haan S. Chlorpromazine dose for people with schizophrenia // *Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2017. – №. 4.
30. Kim H. O., Seo G. H., Lee B. C. Real-world effectiveness of long-acting injections for reducing recurrent hospitalizations in patients with schizophrenia // *Annals of general psychiatry.* – 2020. – T. 19. – №. 1. – C. 1-7.
31. Magliocco F. et al. Second-generation long-acting injections anti-psychotics improve executive functions in patients with schizophrenia: a 12-month real-world study // *International journal of psychiatry in clinical practice.* – 2020. – T. 24. – №. 2. – C. 201-207.
32. Beach, S. R., Gross, A. F., Hartney, K. E., Taylor, J. B., & Rundell, J. R. (2020). Intravenous haloperidol: A systematic review of side effects and recommendations for clinical use. *General Hospital Psychiatry.* doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.08.008.

33. Zheng W., Xiang Y-O., Cai D-B at al. Adjunctive Fluvoxamine for Schizophrenia: A Meta-analysis of Randomized Double-Blind, Placebo-Controlled Trials. *J.Clin Psychopharmacol*2020;40(4): 386-390. doi: 10.1097/JCP.0000000000001245.
34. Mulholland C., Lynch G., King A., Cooper S. A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline for depressive symptoms in patients with stable, chronic schizophrenia. *J. Med Sci*, 2020;36(3):516-520.
35. Wang N., Zheng N., Dong M., He J. Paroxetine combined with olanzapine in the treatment of schizophrenia *Pak J Med Sci*. 2020 Mar-Apr;36(3):516-520.