

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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN RUHIY SALOMATLIK ILMIY-
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"SHIZOFRENIYA" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLAR**

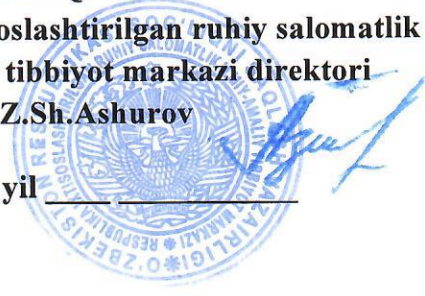
TOSHKENT - 2025

"TASDIQLAYMAN"

**Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy salomatlik
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori**

Z.Sh.Ashurov

202__ yil _____



**"SHIZOFRENIYA" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLAR**

**MILLIY KLINIK PROTOKOL
NOZOLOGIYA BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASH
"SHIZOFRENIYA"**

Toshkent-2025

XKT-10/11 bo'yicha kodlash

F20.0	paranoid shizofreniya
F20.1.	gebefren shizofreniya
F20.2.	katatonik shizofreniya
F20.3.	differensiallanmagan shizofreniya
F20.4.	shizofreniyadan keyingi depressiya
F20.5	rezidual shizofreniya
F20.6.	oddiy shizofreniya
F20.8	shizofreniyaning boshqa shakllari
F20.9	shizofreniya, aniqlik kiritilmagan
https://icd.who.int/browse10/2010/en#	
6A20	Shizofreniya
6A20.0	Shizofreniya, birinchi epizod
6A20.1	Shizofreniya, ko'plab epizodlar
6A20.2.	Shizofreniya, uzluksiz
6A20.Y	Shizofreniya, boshqa aniqlangan epizod
6A20.Z.	Shizofreniya, aniqlanmagan epizod
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim yetilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda ye'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi

Biz klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shdik:

1. Baxramov F. Sh. RIRSIAM direktorining ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari
2. Irmuxamedov T. B. TPTI kafedrasida assistenti

Mas'ul ijrochilar

Ashurov Z. Sh. - t.f.d., professor, . RIRSIAM direktori, Toshkent tibbiyot akademiyasining psixiatriya va narkologiya kafedrasida mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligining bosh psixiatr va narkolog, O'zbekiston psixiatrlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Alimov O'. X. - t.f.d., professor, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazining psixiatriya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Abdullayeva V. K. – t.f.d., professor, ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini mudiri.

Chembaev B. R. - PhD RIRSIAM psixiatriya Toshkent filiali direktori o'rinbosari

Rogov A. V. – PhD., ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasini assistenti.

Userbaeva R. K.-TMA psixiatriya va narkologiya kafedrasini assistenti.

Sharhlovchilar:

Sivolap Yu.P. - Tibbiyot fanlari doktori, uzluksiz tibbiy ta'lim fakulteti psixiatriya, psixoterapiya va Psixosomatik patologiya kafedrasini professori, Patris Lumumba RUDN

Velilyaeva A.S. - psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya, Samarqand davlat tibbiyot kafedrasini mudiri

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari fakulteti, O'zbekiston psixiatrlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIRSIAM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), hududiy muassasalar shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga yerishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya yetildi.

Klinik protokol №3 15 may 2025 Respublika ixtisoslashtirilgan ruhiy Salomatlik ilmiy-amaliy markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi

Ilmiy Kengash raisi- RIRSIAM direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor Z. Sh. Ashurov

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi yekspertlar guruhi yekspertlari tomonidan yekspert bahosi:

1. Ibadullaev Zarifboy Rajabovich-Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
2. Nurxadjayev Sobir Nosirxadjayevich-Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Qisqartmalar ro'yxati:

AVP	– ikkinchi avlod antipsixotik vositalari
AD	– antidepressantlar
APP	– birinchi avlod antipsixotik vositalari
BT	– tez trankvilizatsiya
GP	– giperprolaktinemiya
ZNS	– yomon sifatli neyroleptik sindrom
KPT	– kognitiv-xulq-atvor terapiyasi
SIOZS	– serotoninni qayta qamrab olishning selektiv ingibitorlari
SIOZSN	– serotonin va noradrenalinni qayta qamrab olishning selektiv ingibitorlari
TSA	– uchsiklik antidepressantlar
MRT	– magnit-rezonans tomografiya
TMS	– transkraniyal magnit stimulyatsiya
XPE	– xlorpromazin ekvivalenti
EKG	– elektrokardiografiya
EPS	– ekstrapiramidal simptomlar
EST	– elektr tutqanoq terapiyasi
EEG	– elektroensefalografiya
Sh	– shizofreniya
EXO-EG	– exoensefalografiya

1. "SHIZOFRENIYA" nozologiyasi bo'yicha tashxis qo'yish va davolashning milliy klinik protokoli.....	6-19
2. "SHIZOFRENIYA" nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvning milliy klinik protokoli.....	18-20
3. "SHIZOFRENIYA" nozologiyasi bo'yicha profilaktika va rehabilitatsiyaning milliy klinik protokoli....."	20

Protokol foydalanuvchilari:

1. Shifokor-psixiatrlar;

2. Psixonevrologlar
3. Psixoterapevt shifokorlar
4. Klinik psixologlar
5. Umumiy amaliyot shifokorlari;
6. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari
7. Umumiy amaliyot shifokorlari
8. Shifokor-terapevtlar
9. Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari talabalari, ordinatorlar, magistrlar, doktorantlar

Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSh) diagnostika usullari uchun (diagnostik aralashuvlar)

DIDBSh	Dekodlash
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (DIDBSh) profilaktik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun

DIDBSh	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RNOSni tizimli ko'rib chiqish
2	Alohida RNOS va meta-tahlilni qo'llagan holda RNOSdan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni muntazam ravishda ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (TIDBSh) profilaktik, diagnostik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun

TIDBSh	Dekodlash
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
----------	---

Ta'riflar

Shizofreniya - produktiv (gallyutsinator, vasvasa, katatonik, affektiv va boshqalar) va salbiy (apatiya, abuliy, alogiya, hissiy va ijtimoiy izolyatsiya va boshqalar) alomatlar, xulq-atvor va kognitiv buzilishlar (xotira, diqqat, fikrlash va boshqalar) kombinatsiyasi bilan tavsiflangan ruhiy kasallik.

Etiologiyasi va patogenezi

Hozirgi vaqtda shizofreniya kelib chiqishining stress-diatezi modeli umume'tirof etilgan bo'lib, unda kasallikning rivojlanishida nafaqat irsiy, balki atrof-muhit, shu jumladan ijtimoiy omillarning ahamiyati to'g'risidagi tasavvurlar o'z aksini topgan.

Shizofreniya ko'plab keng tarqalgan genetik polimorfizmlarga ega bo'lgan turli xil, poligen multifaktorial kasallik bo'lib, ularning har biri kasallikka moyillikka kichik hissa qo'shadi. Agar otalardan biri ushbu kasallik bilan og'rikan bo'lsa, bolalarda shizofreniya rivojlanish xavfi 7-13% ni (ikkalasi ham kasal bo'lsa - 27-46%), nevaralarda - 5% ni tashkil qiladi. Bola kasal bo'lsa, ota-onasidan birining kasallanish ehtimoli - 6%. Geterozigotali egizaklarda xavf 17%, monozigotali egizaklarda 41-65%, siblinglarda 9%, yarim siblinglarda 3-8%, amakivachchalarda 2%, jiyanlarda 4% ga teng deb hisoblanadi.

Kasallikning avj olib borishida genetik va epigenetik omillar bilan bir qatorda tashqi muhit omillari ham muhim ahamiyatga ega. Shunday qilib, shizofreniya xavfi odam shahar muhitida o'sgan, qishloqda yashagan (imkoniyatlar nisbati ≈ 2), migrant (imkoniyatlar nisbati 2-5) va kannaboidlarni iste'mol qilgan (imkoniyatlar nisbati 1,5-2,0) hollarda ortadi. Xavf omillariga, bundan tashqari, akusherlik-ginekologik asoratlar (muddatidan oldingi tug'ruq, homila gipoksiyasi), yuqumli kasalliklar va homiladorlikning birinchi va ikkinchi trimestri boshida onaning yetarli darajada ovqatlanmasligi, homiladorlik davridagi yuqumli kasalliklar - gripp, qizilcha, toksoplazmoz, shuningdek, erta bolalikdagi psixologik travma kiradi. Keyingi yillarda shizofreniyaning rivojlanishiga nisbatan mikrobiotaga alohida e'tibor berilmoqda.

Ko'rsatilgan noqulay omillar majmuasi bosh miya rivojlanishidagi og'ishlarga va shaxsiy zaiflik bilan diatez hodisalariga olib keladi, ular bo'sag'adan yuqori tashqi qo'zg'atuvchilar mavjud bo'lganda psixopatologik (ijobiy va salbiy) alomatlar bilan namoyon bo'ladigan progressiv miya jarayoniga hissa qo'shadi.

Shizofreniyadagi manifest psixozdan oldin markaziy asab tizimida uzoq yillar davom etadigan patologik jarayon kuzatiladi. Xususan, bu shizofreniya bilan yaqinda kasallangan bemorlarda intrakranial hajmning keskin ifodalanmagan, ammo statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi bilan namoyon bo'ladi, bu esa kasallikning boshlanishidan oldin miya rivojlanishining buzilishini ko'rsatadi. Postpubertat davrda miya to'qimasining, shu jumladan kulrang va oq moddaning yanada kamayishi sodir bo'ladi. Miya hajmining

qisqarishi (ko'proq peshona va chakka sohalarida) shizofreniya manifestidan keyin ham, ayniqsa kasallikning birinchi yillarida davom etadi.

Shizofreniya rivojlanishining patofiziologik mexanizmlari kamida uchta o'zaro bog'liq jarayonlar bilan bog'liq: dofaminergik disregulyatsiya, glutamatergik neurotransmissiyaning buzilishi va miyaning yallig'lanish oldi holati.

Shizofreniya rivojlanishining dofamin gipotezasiga ko'ra, psixotik simptomatikaning paydo bo'lishi miyaning mezolimbik tizimida dofamin neurotransmissiyasining kuchayishi va dofamin retseptorlarining yuqori sezuvchanligi bilan chambarchas bog'liq, salbiy simptomatika esa mezokortikal tizimda dofamin faolligining pasayishi bilan bog'liq. Shu bilan birga, dofamin nazariyasi hozirgi vaqtda alohida ko'rib chiqilmaydi, balki turli tizimlarda, xususan, serotonergik va GAMK-yergik tizimlarda bog'liq buzilishlarni hisobga oladigan kengroq neurotransmitter nazariyasining muhim tarkibiy qismidir.

Psixozning rivojlanishida miyaning glutamatergik tizimi muhim rol o'ynaydi, u mezolimbik yo'lining dofamin neyronlarining yuqori faolligini modulyatsiya qiladi. Bundan tashqari, kognitiv buzilishlar asosida glutamatergik neurotransmissiya disregulyatsiyasi yotadi. N-metil-D-aspartat (NMDA) retseptorlari modulyatsiyasining buzilishi tufayli sinaptik egiluvchanlikning buzilishi efferent nusxalarning shakllanishi (harakat natijasida sodir bo'lishi kerak bo'lgan sensor signallarning neyrofiziologik "bashoratlari") ning buzilishiga olib keladi, bu esa kognitiv buzilishlar va turli xil psixopatologik alomatlar, xususan, ruhiy avtomatizm sindromida namoyon bo'ladigan fenomenologik darajada harakatning kutilishi va natijasining nomuvofiqligini keltirib chiqaradi.

Shizofreniya rivojlanishining yana bir ehtimoliy mexanizmi yallig'lanish bilan bog'liq bo'lib, bu miyadagi turli patologik (xususan, autoimmun) jarayonlarga mikroqliyaning reaksiyasini aks ettiruvchi ba'zi yallig'lanishni qo'llovchi sitokinlarning qon plazmasidagi kontsentratsiyasining oshishi bilan bog'liq. Mikroqliyaning faollashuvi natijasida erkin radikallarning ortiqcha bo'lishi shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi va shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda neyrogenezning buzilishiga va oq modda patologiyasiga olib keladi.

Epidemiologiya

Shizofreniya bilan kasallanishning medianasi yiliga 100 ming aholiga 15,2 ni tashkil qiladi, 80% ishonch oralig'i 100 ming aholiga 8-43 oralig'ida; hayot davomida kasallanish ko'rsatkichi 0,3-2,0% oralig'ida o'zgarib turadi, o'rtacha - 0,7%. Har bir muayyan vaqt momentida kasallikning medianasi 1000 aholiga 3,3-4,6 darajasida bo'lib, 80% ishonch intervali 1,3-12,1 oralig'ida.

Kasallik manifestining deyarli yarmi 30 yoshgacha bo'lgan davrga to'g'ri keladi (kasallanishning eng yuqori cho'qqisi - 18-25 yosh); yana 30% hollarda kasallik 31-45 yoshda boshlanadi.

Shizofreniya bo'yicha nogironlik ko'rsatkichi 2016-yilda 100 ming aholiga nisbatan 240,9 ni tashkil etdi (shundan 89,4 foizi I va II guruh nogironlari). Ilk bor 2016-yilda har 100 ming aholiga 6,0 nafari shizofreniya tufayli nogiron deb e'tirof etilgan.

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda diabet rivojlanish xavfi umumiy populyatsiyadagi odamlarda kasallikning paydo bo'lish xavfining 8,5% ga nisbatan 11%-23% ni tashkil qiladi. Yondosh somatik kasalliklar (yurak-qon tomir kasalliklari, II tip diabet va boshqalar) va o'z joniga qasd qilish (hayot davomida o'z joniga qasd qilish darajasi 4%-13% ni tashkil qiladi) erta o'limning yetakchi sabablari bo'lib, shizofreniya bilan og'rigan bemorlarning umr ko'rish davomiyligini umumiy aholiga nisbatan o'rtacha 10-20 yilga qisqartiradi.

Klinik ko‘rinishi

Prodromal hodisalar haftalar, oylar va hatto yillar davomida o‘tkir psixotik epizoddan oldin sodir bo‘lishi mumkin. Prodromal simptomlarga ishga, ijtimoiy faoliyatga, o‘z tashqi ko‘rinishiga, gigiyenik odatlarga qiziqishning yo‘qolishi, kognitiv buzilishlar, motorikaning o‘zgarishi kiradi, bu idrokning alohida buzilishlari, xavotir, depressiya yoki boshqa nospetsifik psixopatologik simptomlar bilan birga kelishi mumkin.

Kasallikning eng faol davri - psixotik alomatlar namoyon bo‘lganidan keyingi dastlabki 5 yil ("birinchi psixotik epizod - BPE"), bunda bemorlar uchun eng yaqqol biologik buzilishlar va sezilarli ijtimoiy yo‘qotishlar yuzaga keladi [25, 26]. Bemorlarning ushbu guruhi psixiatrik yordam ko‘rsatishning tashkiliy shaklida ham (PTE bo‘limi), dori terapiyasi va reabilitatsiya usullarida ham o‘ziga xos yondashuvlarni talab qiladi.

XKT-10 bo‘yicha shizofreniyaning bir necha shakllari farqlanadi: paranoid, gebefrenik (gebefrenik), katatonik, differensiallashmagan, rezidual va oddiy.

Paranoid shakli uchun klinik ko‘rinishda gallyutsinatsiyalar va/yoki vasvasalar ifodalangan bo‘lishi kerak: tahdidli yoki imperativ xarakterdagi gallyutsinator ovozlari yoki og‘zaki shakllanmagan eshitish gallyutsinatsiyalari, hid yoki ta‘m gallyutsinatsiyalari, jinsiy yoki boshqa tana hissiyotlari; ta‘qib, ta‘sir, munosabat, ahamiyat, yuqori kelib chiqish, maxsus maqsad, tana o‘zgarishlari yoki rashk vasvasalari. Hissiy silliqlik yoki noadekvatlik, katatonik alomatlar yoki uzuq-yuluq nutq klinik ko‘rinishda ustunlik qilmasligi kerak, garchi ular yengil darajada namoyon bo‘lishi mumkin.

Gebefrenik (gebefrenik) shakli odatda o‘smirlik yoki o‘spirinlik davrida boshlanishi kerak. Aniq va davomli hissiy silliqlik yoki nomuvofiqlik; maqsadsizlikdan ko‘ra ko‘proq ahmoqlik bilan tavsiflangan xatti-harakatlar; uzuq-yuluq nutq ko‘rinishidagi aniq fikrlash buzilishlari qayd etilishi kerak. Klinik manzarada gallyutsinatsiyalar yoki vasvasalar ustunlik qilmasligi kerak, garchi ular yengil darajada namoyon bo‘lishi mumkin.

Katatonik shizofreniyada kamida ikki hafta davomida quyidagi katatonik simptomlardan biri yoki bir nechtasi aniqlanishi kerak: stupor yoki mutizm; qo‘zg‘alish; qotib qolish; negativizm; rigidlik; mumsimon egiluvchanlik; bo‘ysunuvchanlik (ko‘rsatmalarni avtomatik bajarish).

Differensiallashmagan shizofreniyada simptomatika yoki shizofreniyaning boshqa shaklini aniqlash uchun yetarli emas, yoki simptomlar shunchalik ko‘pki, shizofreniyaning bittadan ortiq shaklining mezonlari aniqlanadi.

Oddiy shaklda kamida bir yil davomida barcha uchta belgining sekin rivojlanishi qayd etiladi: 1) premorbid shaxsning aniq o‘zgarishi, bu mayl va qiziqishlarning yo‘qolishi, harakatsizlik va maqsadsiz xatti-harakatlar, o‘z-o‘ziga e‘tibor berish va ijtimoiy autizatsiya bilan namoyon bo‘ladi, 2) sezilarli apatiya, nutqning qashshoqlashuvi, gipoaktivlik, hissiy silliqlik, passivlik va tashabbussizlik, og‘zaki bo‘lmagan muloqotning qashshoqligi kabi salbiy alomatlar asta-sekin paydo bo‘lishi va chuqurlashishi, 3) ijtimoiy, o‘quv yoki kasbiy mahsuldorlikning aniq pasayishi. Gallyutsinatsiyalarning yo‘qligi yoki har qanday turdagi yetarlicha to‘liq shakllangan vasvasa g‘oyalari, ya‘ni klinik holat shizofreniyaning boshqa shakli yoki boshqa ruhiy kasallik mezonlariga javob bermasligi kerak. Demensiya yoki boshqa organik ruhiy kasallik haqida ma‘lumotlarning yo‘qligi.

Shizofreniyaning rezidual yoki qoldiq shaklida jarayonning faol kechishidan, ya‘ni produktiv simptomlar ustunlik qiladigan psixotik epizodlardan psixomotor tormozlanish, pasaygan faollik, hissiy silliqlik, passivlik va tashabbusning yo‘qligi kabi barqaror salbiy simptomlar bilan surunkali bosqichga o‘tish

kuzatiladi; nutqning ham mazmun, ham miqdor jihatidan kambag'alligi; noverbal muloqotning kambag'alligi; o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish va ijtimoiy mahsuldorlik ko'nikmalarining yetishmasligi.

Kasallik kechishining quyidagi turlari farqlanadi: uzluksiz, o'sib boruvchi nuqson bilan epizodik, barqaror nuqson bilan epizodik, epizodik remittirlovchi.

Shizofreniya zo'rayishining (xurujining) klinik ko'rinishlari: alahlash, gallyutsinatsiyalar, fikrlash buzilishlari ko'rinishidagi produktiv psixopatologik simptomatikaning namoyon bo'lishi yoki kuchayishi, ko'pincha qo'rquv, xavotir, xulq-atvorning kuchayib boruvchi o'zgarishlari, psixomotor qo'zg'alishning turli ko'rinishlari, katatonik va gebefrenik simptomatika, ko'pincha - o'z joniga qasd qilish fikrlari va xatti-harakatlari bilan birga keladi.

Remissiya - kasallikning o'tkir davrida psixopatologik simptomatikaning susayishi. Remissiyalar to'liq va to'liq bo'lmagan, spontan (psixofarmakoterapiya o'tkazilishidan qat'iy nazar saqlanib qoladigan) va farmako-bog'liq (saqlab turuvchi va retsidiyga qarshi terapiya o'tkazilguncha davom etadigan) turlarga bo'linadi. To'liq remissiya ijobiy buzilishlarning yo'qligini, odatda o'tkazilgan psixozga tanqidiy munosabatning tiklanishini va shaxsiy o'zgarishlarning chuqur bo'lmagan darajasini o'z ichiga oladi. To'liq bo'lmagan remissiyada psixopatologik buzilishlar sezilarli darajada dezaktuallashgan, affektiv to'yinganlikdan mahrum va bemorning "xususiy ishi"ga aylanadi, uning xatti-harakatlariga ta'sir qilmaydi yoki ularga minimal darajada ta'sir qiladi, nisbatan tartibli, ijtimoiy maqbul xatti-harakatlar, shu jumladan tajovuzkor va autoagressiv tendensiyalarsiz saqlanib qoladi.

Shizofreniyada remissiya mezonlarini ishlab chiqish bo'yicha ishchi guruh tavsiyalariga ko'ra, kasallikning quyidagi ko'rinishlarining har biri bo'yicha simptomlarning ifodalanganligi yengil darajadan oshmasligi kerak: alahsirash, fikrlarning g'ayrioddiy mazmuni, gallyutsinatsiyalar, konseptual (tushunchaviy) dezorganizatsiya, qiliqlar va pozalar, to'mtoqlashgan affekt, passiv-apatik ijtimoiy izolyatsiya, nutqning spontanligi va ravonligining buzilishi. Yuqorida ko'rsatilgan buzilishlarning og'irligi bilan remissiya holatini tashxislash uchun olti oylik davr minimal hisoblanadi. Shizofreniya kechishining alohida shakllari va turlari bo'yicha va funksional tiklanishning erishilgan darajasini hisobga olgan holda yanada tabaqalashtirilgan remissiya mezonlari ishlab chiqilgan.

Diagnostika

Tashxis qo'yish mezonlari

F20.0-F20.3 Paranoid, gebefrenik, katatonik va differensiatsiyalanmagan shizofreniyaning umumiy mezonlari:

1. Davomiyligi bir oydan kam bo'lmagan psixotik epizodning katta qismi davomida (yoki ko'pchilik kunlarda qandaydir vaqt davomida) (1) ro'yxatda sanab o'tilgan belgilardan kamida bittasi yoki (2) ro'yxatdan kamida ikkita belgi qayd etilishi kerak.

1) Quyidagi belgilardan kamida bittasi:

a) fikrning "aks-sadosi," fikrlarni kiritish yoki olib tashlash, yoki fikrlarning ochiqligi;

b) tana yoki a'zolarining harakatiga yoki fikrlar, harakatlar yoki his-tuyg'ularga aniq taalluqli ta'sir yoki ta'sir vasvasasi; vasvasa idroki;

v) gallyutsinator "ovozlar," ya'ni bemorning xatti-harakatlarini joriy sharhlash yoki uni o'zaro muhokama qilish yoki tananing biror qismidan chiqadigan gallyutsinator "ovozlar"ning boshqa turlari;

g) o'zini diniy yoki siyosiy arboblardan tenglashtirish, g'ayritabiiy qobiliyatlar (masalan, ob-havoni boshqarish qobiliyati yoki o'zga sayyoraliklar bilan muloqot qilish) haqidagi da'volar kabi madaniy jihatdan noadekvat va mazmunan mutlaqo mumkin bo'lmagan boshqa turdagi barqaror vasvasa g'oyalari.

2) yoki quyidagi belgilardan kamida ikkitasi: a) har qanday turdagi surunkali gallyutsinatsiyalar, agar ular kamida bir oy davomida har kuni sodir bo'lsa va aniq affektiv mazmunsiz vasvasa (noturg'un va yarim shakllangan bo'lishi mumkin) bilan birga bo'lsa;
b) neologizmlar, nutqda uzilish yoki nomuvofiqlikka olib keladigan tafakkurdagi uzilishlar;
v) qo'zg'alish, qotib qolish yoki mumsimon egiluvchanlik, negativizm, mutizm va stupor kabi katatonik xatti-harakatlar;
g) "salbiy" alomatlar, masalan, kuchli loqaydlik, nutqning qashshoqlashuvi va hissiy reaksiyalarning silliqliigi yoki noadekvatligi (ular depressiya yoki neyroleptik terapiya bilan bog'liq emasligi aniq bo'lishi kerak).

G2. Eng ko'p qo'llaniladigan istisno mezonlari:

1) Agar holat maniakal epizod (F30-) yoki depressiv epizod (F32-) mezonlariga ham javob bersa, yuqoridagi G1.1 va G1.2 mezonlari kayfiyat buzilishi rivojlanishidan oldin aniqlanishi kerak.

2) Buzilish miyaning organik kasalligi (F00-F09 da ko'rsatilganidek) yoki alkogol yoki giyohvand moddalar bilan zaharlanish (F1x.0), qaramlik (F1x.2) yoki bekor qilish holati (F1x.3 va F1x.4) bilan bog'liq bo'lishi mumkin emas.

Shizofrenik buzilishlar kechishining juda xilma-xilligini hisobga olib, beshinchi belgidan foydalanib, kechish turini aniqlashtirish (ayniqsa, tadqiqot maqsadlarida) maqsadga muvofiq bo'lishi mumkin. Kuzatuv davomiyligi kamida bir yil bo'lganda kasallikning kechishi kodlanishi kerak (remissiya davrida kirish qismidagi 5-izohga qarang).

F20.x0 uzluksiz (butun kuzatuv davrida psixotik simptomatikada remissiyalar yo'q)

F20.x1 nuqsonning progrediyent rivojlanishi bilan epizodik, psixotik epizodlar orasidagi davrda "salbiy" simptomlarning progrediyent rivojlanishi

F20.x2 epizodik, barqaror nuqson bilan, barqaror, ammo progrediyent bo'lmagan, psixotik epizodlar orasidagi "salbiy" simptomlar

F20.x3 epizodik remittirlovchi, psixotik epizodlar o'rtasida to'liq yoki to'liq remissiyalar bilan

F20.x4 to'liqsiz remissiya

F20.x5 to'liq remissiya

F20.x8 boshqa oqim turi

F20.x9 oqimi aniqlanmagan, kuzatuv davri juda qisqa

F20.0 Paranoid shizofreniya.

A. Shizofreniyaning umumiy mezonlari (F20.0-F20.3) aniqlanishi kerak

B. Vasvasa va gallyutsinatsiyalar (masalan, ta'qib, ma'no va munosabat, yuqori qarindoshlik, maxsus missiya, tana o'zgarishi yoki rashk vasvasalari; tahdidli yoki imperativ xarakterdagi "ovozlar," hid yoki ta'm gallyutsinatsiyalari, jinsiy yoki boshqa tana hissiyotlari).

V. Hissiy silliqlik yoki noadekvatlik, katatonik alomatlar yoki uzuq-yuluq nutq klinik ko'rinishda ustunlik qilmasligi kerak, garchi ular yengil darajada namoyon bo'lishi mumkin.

F20.1 Gebefrenik shizofreniya.

A. Shizofreniyaning umumiy mezonlari aniqlanishi kerak (F20.0-F20.3).

B. (1) yoki (2) belgilanishi kerak:

1) aniq va davomli hissiy silliqlik;

2) aniq va davomli emotsional noadekvatlik.

V. (1) yoki (2) belgilanishi kerak:

1) maqsadga yo'naltirilganlikdan ko'ra ko'proq maqsadsizlik va bema'nilik bilan tavsiflanadigan xatti-harakatlar;

2) uzuq-yuluq nutq bilan namoyon bo'ladigan tafakkurning aniq buzilishi.

G. Klinik manzarada gallyutsinatsiyalar yoki vasvasalar ustunlik qilmasligi kerak, garchi ular yengil darajada ifodalangan bo'lishi mumkin.

F20.2 Katatonik shizofreniya.

A. Shizofreniyaning umumiy mezonlari (F20.0-F20.3) aniqlanishi kerak, garchi dastlab bu bemorning muloqotga layoqatsizligi tufayli imkonsiz bo'lishi mumkin.

B. Kamida ikki hafta davomida quyidagi katatonik alomatlardan biri yoki bir nechtasi aniq namoyon bo'ladi:

- 1) stupor (tashqi ta'sirotlarga reaktivlikning sezilarli darajada pasayishi va spontan harakatlar va faollikning kamayishi) yoki mutizm;
- 2) qo'zg'alish (tashqi qo'zg'atuvchilar ta'sir qilmaydigan, ko'zga ko'rinadigan maqsadsiz harakat faolligi);
- 3) qotib qolish (ixtiyoriy ravishda noadekvat yoki g'alati holatlarni qabul qilish va saqlab qolish);
- 4) negativizm (ko'rinadigan motivlarsiz barcha ko'rsatmalarga va joyidan siljitishga urinishlarga qarshilik ko'rsatish yoki hatto qarama-qarshi yo'nalishda harakat qilish);
- 5) rigidlik (rigid holatni o'zgartirishga urinishlarga qaramay, uni saqlab qolish);
- 6) mumsimon egiluvchanlik (tana a'zolarini boshqa odamlar beradigan holatda ushlab turish);
- 7) avtomatik bo'ysunish (ko'rsatmalarni avtomatik bajarish).

F20.3 Differensiallanmagan shizofreniya.

A. Shizofreniyaning umumiy mezonlari aniqlanishi kerak (F20.0-F20.3).

B. Ikkitadan biri:

- 1) simptomatika F20.0, F20.1, F20.2, F20.4 yoki F20.5 kichik turlaridan birining mezonlarini aniqlash uchun yetarli emas;
- 2) simptomlar shunchalik ko'pki, yuqorida B (1) da sanab o'tilgan kichik tiplarning bittadan ortig'ining mezonlari aniqlanadi.

F20.4 Postshizofrenik depressiya.

A. So'nggi 12 oy davomida shizofreniyaning umumiy mezonlari (F20.0-F20.3) aniqlanishi kerak edi, ammo hozirda ular mavjud emas.

B. F20.0-F20.3 bo'limlarida 1 (2) a), b), v) yoki g) mezonida qayd etilgan holatlardan biri saqlanishi kerak.

V. Depressiv alomatlar hech bo'lmaganda yengil depressiv epizod mezonlariga javob berish uchun yetarlicha davomiy, aniq va xilma-xil bo'lishi kerak (F32.0).

F20.5 Rezidual shizofreniya.

A. Shizofreniyaning umumiy mezonlari (F20.0-F20.3) o'tmishda ma'lum bir vaqtda aniqlanishi kerak edi, ammo hozirgi vaqtda ular mavjud emas.

B. Oldingi 12 oy davomida quyidagi "salbiy" alomatlardan kamida 4 tasi mavjud bo'lishi kerak:

- 1) psixomotor tormozlanish yoki gipofaollik;
- 2) aniq hissiy silliqlik;
- 3) passivlik va tashabbussizlik;
- 4) nutqning hajm yoki mazmun jihatidan kambag'allashuvi;
- 5) yuzning mimik ifodasi, nigohdagi kontaktlilik, ovoz yoki holatning modulyatsiyasi bilan belgilanadigan noverbal muloqotning kambag'alligi;
- 6) ijtimoiy unumdorlikning pastligi yoki o'ziga yaxshi qaramaslik.

F20.6 Oddiy shizofreniya.

A. Kamida bir yil davomida barcha uchta belgining sekin progressiv rivojlanishi:

1) premorbid shaxsning aniq o'zgarishi, mayl va qiziqishlarning yo'qolishi, faoliyatsizlik va maqsadsiz xatti-harakatlar, o'z-o'ziga berilish va ijtimoiy autizatsiya bilan namoyon bo'ladi;

2) yaqqol ifodalangan apatiya, nutqning qashshoqlashuvi, gipofaollik, hissiy silliqlik, passivlik va tashabbusning yo'qligi, noverbal muloqotning qashshoqligi kabi "salbiy" alomatlarining asta-sekin paydo bo'lishi va chuqurlashuvi (yuzning mimik ifodasi, nigohdagi kontakt, ovoz yoki holatning modulyatsiyasi bilan belgilanadi);

3) ijtimoiy, o'quv yoki kasbiy mahsuldorlikning yaqqol pasayishi.

B. Har qanday vaqtda G1 da F20.0-F20.3 da ko'rsatilgan g'ayritabiiy subyektiv tajribalar, shuningdek, gallyutsinatsiyalar yoki har qanday turdagi yetarlicha to'liq shakllangan vasvasa g'oyalarining yo'qligi, ya'ni klinik holat hech qachon boshqa turdagi shizofreniya yoki boshqa psixotik buzilish mezonlariga javob bermasligi kerak.

V. F00-F09 bo'limlarida keltirilganidek, demensiya yoki boshqa organik ruhiy kasallik haqida ma'lumotlarning yo'qligi.

F20.8 Shizofreniyaning boshqa shakli.

F20.9 Shizofreniya, aniqlik kiritilmagan.

Shikoyat va anamnez

5C	<p>Barcha bemorlarda birlamchi ko'rik paytida (bemorlar va ularning qarindoshlari bilan suhbat paytida) quyidagilar tavsiya etilgan:</p> <ul style="list-style-type: none">– bemorning shikoyatlari, ruhiy kasalliklarning irsiy moyilligi; shaxsning premorbid xususiyatlari, shu jumladan aksentuatsiyalar yoki psixopatik darajadagi xususiyatlar; kasallikning dastlabki belgilari birinchi marta paydo bo'lgan yosh; kasallik birinchi marta aniqlangan prodromal hodisalar (nevrozo- va psixopatsimon buzilishlar, affektiv tebranishlar, o'ta qimmatli tuzilmalar, ijtimoiy faoliyatning buzilishi, vaqtinchalik subpsixotik epizodlar);– bemorning ijtimoiy holati va ijtimoiy faoliyatining o'ziga xos xususiyatlarini baholash, nafaqat muammolar va qiyinchiliklarni, balki qulay va ijobiy xususiyatlarni ham qayd etish. Ma'lumotlar quyidagi toifalar bo'yicha guruhlanadi: oilaviy ahvol va oilaning o'ziga xos xususiyatlari; yaqin (shaxsiy ahamiyatga ega) muhit; o'qish davrining tavsifi (o'tmishda yoki hozirda) va olingan ta'lim darajasi; kasbiy bandlik; moddiy ahvol; o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish; uy-joy sharoitlari; bo'sh vaqt; tibbiy xizmat ko'rsatish muammolari; huquqiy muammolar va davlat (shu jumladan huquqni muhofaza qilish) organlari bilan o'zaro munosabatlar bilan bog'liq muammolar; boshqa psixologik-ijtimoiy muammolar;– buzilish belgilari rivojlanishidan bevosita oldin jarohatlar, bosh miyaning yuqumli kasalliklari, somatik kasalliklar mavjudligi haqida anamnestik ma'lumotlarni to'plash.– bemor va uning oila a'zolari o'rtasida psixotik yoki affektiv alomatlarini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan sirt faol moddalar yoki dori vositalarini bevosita qo'zg'alish boshlanishidan oldin qabul qilish faktini istisno qilish uchun maqsadli so'rov o'tkazish.
-----------	---

- ruhiy holat (bemorning xulq-atvori, joy, vaqt, o'z shaxsiyatini anglashi, og'riqli kechinmalarga nisbatan qulayligi, aniqlangan psixopatologik (samarali va salbiy) buzilishlarning tavsifi, ularga, o'z holatiga va umuman kasallikka nisbatan tanqidning mavjudligi yoki yo'qligi);
- ijtimoiy maqom (ma'lumoti, oilaviy ahvoli, mehnat maqomi, ijtimoiy faoliyatining o'ziga xos xususiyatlari, muloqot doirasi va uslubi - ajralib qolish, munosabatlarda noaniqlik, tajovuzkorlikka moyillik yoki passiv bo'ysunish va boshqalar);
- kasallikning oldingi dinamikasining xususiyatlari (kasallikning kechish xususiyati va uning rivojlanishi).

Shizofreniyani tashxislash uchun quyida sanab o'tilgan 1-4 belgilarga tegishli kamida bitta aniq alomat (yoki 2 ta kamroq aniq alomat) yoki kamida bir oy davomida qayd etilishi kerak bo'lgan 5-9 belgilarga

tegishli 2 ta alomat (bir oy davomida buzilishlarning mavjudligi mezonni prodromal psixotik bo‘lmagan bosqichga emas, balki faqat quyida sanab o‘tilgan o‘ziga xos alomatlariga tegishli).

1. fikr aks-sadosi, fikrlarni joylashtirish yoki olib tashlash, ularni tarjima qilish (ochiqlik);
2. tana yoki a'zolarining harakatlari yoki fikrlar, harakatlar yoki his-tuyg‘ularga tegishli ta’sir, ta’sir yoki egallash vasvasasi; vasvasa idroki;
3. bemorning xatti-harakatlarini sharhlovchi yoki uni o‘zaro muhokama qiluvchi gallyutsinator ovozlari; tananing biron bir qismidan chiquvchi gallyutsinator ovozlarning boshqa turlari;
4. ushbu ijtimoiy madaniyatga mos kelmaydigan va o‘z mazmuniga ko‘ra oqilona tushuntirishga ega bo‘lmagan boshqa turdagi barqaror vasvasa g‘oyalari;
5. aniq hissiy mazmunga ega bo‘lmagan beqaror yoki to‘liq shakllanmagan vasvasa g‘oyalari bilan birga keladigan har qanday sohadagi doimiy gallyutsinatsiyalar yoki bir necha hafta davomida har kuni paydo bo‘lishi mumkin bo‘lgan doimiy o‘ta qimmatli g‘oyalar;
6. fikrlash jarayonlarining to‘xtatilishi yoki nutqda uzilish yoki turli xillikka olib kelishi mumkin bo‘lgan fikrlarning aralashuvi; yoki neologizmlar;
7. tabaqalashtirilmagan, ba’zan stereotipik qo‘zg‘alish, impulsiv harakatlar, qotib qolish yoki mumsimon egiluvchanlik, negativizm, mutizm va stupor kabi katatonik buzilishlar; keskinlashgan qiliqlar, aftini burishtirish mumkin;
8. "salbiy" alomatlar, masalan, yaqqol apatiya, nutqning qashshoqligi, hissiy reaksiyalarning silliqiligi yoki noadekvatligi, bu odatda ijtimoiy izolyatsiya va ijtimoiy samaradorlikning pasayishiga olib keladi; bu belgilar depressiya yoki dori-darmon neyrolepsiya bilan bog‘liq emas; 9. Xulq-atvorning sezilarli izchil sifat o‘zgarishi, bu qiziqishlarning yo‘qolishi, maqsadga yo‘naltirilmaganlik, faoliyatsizlik, o‘z-o‘zi bilan bandlik va ijtimoiy autizatsiya bilan namoyon bo‘ladi.

Yuqoridagi mezonlarga mos keladigan, ammo bir oydan kam davom etadigan holatlar (bemor davolangan yoki davolanmaganligidan qat’i nazar) o‘tkir shizofreniyaga o‘xshash psixotik kasallik sifatida tasniflanishi yoki alomatlar uzoqroq davom etsa, qayta kodlanishi kerak. Shizofreniya tashxisi, agar yuqorida ko‘rsatilgan shizofrenik simptomlar affektiv buzilishlardan oldin bo‘lmagan bo‘lsa, yaqqol depressiv yoki maniakal simptomlar mavjud bo‘lganda qo‘yilmasligi kerak. Miya kasalliklarining aniq belgilari yoki dori-darmonlardan zaharlanish yoki to‘xtatish holatlari mavjud bo‘lganda shizofreniya tashxisini qo‘ymaslik kerak.

Shizofreniyada depressiya diagnostikasi

5C	Sh bilan og‘riqan bemorlarni depressiv belgilarni aniqlash uchun muntazam ravishda baholash tavsiya etiladi, bunda depressiya rivojlanishining somatik yoki dori-darmon sabablarini istisno qilish kerak.
-----------	---

2B	Shizofreniyada depressiyani tashxislashda shizofreniyada depressiyani baholash uchun Kalgari shkalasidan foydalanish tavsiya etiladi).
-----------	--

Depressiv simptomlar shizofreniyaning barcha bosqichlarida, ya’ni prodromal fazada, psixoz strukturasi va remissiya boshlangandan keyin shizofreniyaning rezidual simptomlari ko‘rinishida uchrashi mumkin. Depressiv simptomlarni antipsixotik terapiyaning nojo‘ya ta’sirlaridan (birinchi navbatda neyroleptik disforiya, akineziya va akatiziyadan) va shizofreniyaning birlamchi salbiy simptomlaridan farqlash kerak. Biroq, bu holatda birinchi diagnostika bosqichi depressiyani keltirib chiqarishi mumkin bo‘lgan psixozning mumkin bo‘lgan ko‘rinishlarini aniqlashdir. Bu holda yagona terapevtik tanlov antipsixotik terapiyani kuchaytirish bo‘lishi kerak. O‘tkir psixozlarda depressiv simptomlar ko‘pincha gallyutsinator-vasvasa simptomlari bilan parallel ravishda reduksiyalanadi va antidepressantlar buyurishni talab qilmaydi. Shuningdek, depressiyaning reaktiv mexanizmlar va dezadaptatsiya bilan mumkin bo‘lgan bog‘liqligini aniqlash kerak. Ushbu holatda psixoterapiya va rehabilitatsiya tadbirlarini o‘tkazish ko‘rsatilgan. Terapiyani tuzatishga ko‘rsatma, birinchi navbatda, depressiv alomatlarining davomiyligi va og‘irligidir.

Jismoniy tekshiruv

5C	Shizofreniyani tashxislash uchun zarur bo'lgan hech qanday fizik tekshiruv usullari mavjud emas. Barcha bemorlarga psixotik alomatlarining organik sabablarini istisno qilish uchun standart jismoniy va nevrologik tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi.
----	---

Laboratoriya tekshiruvlari

Shizofreniyani tashxislashning laboratoriya usullari mavjud emas.

5C	Anamnez yig'ish, fizikal va nevrologik tekshiruv natijalari, instrumental tekshiruvlar natijalariga ko'ra somatik kasallik mavjudligini yuqori darajadagi ishonchlilik bilan istisno qilish mumkin bo'lmagan bemorlarga quyidagi hajmda laboratoriya tashxisotini o'tkazish tavsiya etiladi: umumiy (klinik) qon tahlili batafsil, qon tahlili biokimyoviy umumterapevtik, siydikning umumiy (klinik) tahlili; qonda tireotrop gormon (TTG) darajasini o'rganish, mavjud simptomlar rivojlanishining mumkin bo'lgan somatik sabablarini istisno qilish uchun tana vazni va vazni indeksini, lipid profilini va qondagi glyukozani aniqlash.
----	---

Instrumental tadqiqotlar

Shizofreniyani tashxislashning hech qanday instrumental usullari mavjud emas.

5C	Anamnez yig'ish, jismoniy va nevrologik tekshiruvlar, laboratoriya tahlillari natijalariga ko'ra yurak-qon tomir patologiyasi mavjudligini yuqori darajadagi ishonchlilik bilan istisno qilish mumkin bo'lmagan bemorlarga ushbu patologiya mavjudligini istisno qilish uchun jismoniy zo'riqish bilan elektrokardiografiya (EKG) o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

3B	Anamnez yig'ish, jismoniy va nevrologik tekshiruvlar, laboratoriya tahlillari natijalariga ko'ra yurak ritmi buzilishining mumkin bo'lgan belgilari aniqlangan bemorlarga ushbu patologiyaning mavjudligini istisno qilish uchun yurak ritmini Xolter monitoringi o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

5C	Anamnez yig'ish, fizikal va nevrologik tekshiruvlar, laboratoriya tahlillari natijalariga ko'ra nevrologik patologiya yoki bosh miyaning organik shikastlanishi mavjudligi mumkinligi belgilari aniqlangan bemorlarga ushbu patologiya mavjudligini istisno qilish maqsadida yuklama sinamalari bilan elektroensefalografiya, exoensefalografiya va bosh miyaning magnit-rezonans tomografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi.
----	--

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

Bemorning klinik holati xususiyatlarini aniqlashtirish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

5C	affektiv simptomatikaning mavjudligi va ifodalanganligini aniqlash;
3B	tafakkur va nutqning dezorganizatsiyasi mavjudligi va ifodalanganligini aniqlash;
3B	autoagressiv va/yoki suitsidal fikrlar va tendensiyalarning mavjudligi va ifodalanganligini aniqlash;
5C	agressiv xulq-atvorning mavjudligi va ifodalanganligini aniqlash;

5C	eksperimental-psixologik tekshiruvni amalga oshirish - dastlabki tashxis qo'yishda (tashxisni aniqlashtirish maqsadida) va keyinchalik, kasallik dinamikasini aniqlashda (zarurat bo'lganda);
5C	kognitiv buzilishlarni aniqlash maqsadida neyropsixologik tekshiruvni amalga oshirish (shu jumladan, xotira, diqqat, ma'lumotlarni qayta ishlash tezligi, muammoli xulq-atvor buzilishlarini aniqlash) (zarur hollarda).

5C	Shizofrenoform simptomlar bilan o'tkir psixotik holatni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan har qanday somatik, nevrologik va organik ruhiy buzilishlarni yoki toksik moddalar, alkogol va boshqa psixoaktiv moddalarni iste'mol qilishni istisno qilish tavsiya etiladi. Shu maqsadda zarurat tug'ilganda albatta umumiy (klinik) qon tahlili va qon tahlili biokimyoviy umumterapevtik, umumiy (klinik) siydik tahlili, elektrokardiografiya (EKG), zarurat tug'ilganda elektroensefalografiya (EEG), exoensefalografiya (Exo-EG), magnit-rezonans tomografiya (MRT) va boshqa laborator va instrumental tekshiruvlar, qon va siydikda toksikologik testlar o'tkazish tavsiya etiladi.
----	---

5C	Boshqa ruhiy kasalliklar bilan qiyosiy tashxisni amalga oshirish uchun anamnezni o'rganish, yetakchi sindromni ajratish va kasallikning kechish xususiyatini aniqlashtirish uchun katamnestik kuzatuv tavsiya etiladi.
----	--

5C	Differensial diagnostikani bilan o'tkazish tavsiya etiladi
5C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psixotik simptomatika bilan kechuvchi organik buzilishlar va epilepsiya; ▪ psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish natijasida kelib chiqqan buzilishlar; - shizotipik buzilishlar; ▪ surunkali vasvasa buzilishlari; ▪ o'tkir tranzitor psixotik buzilishlar; ▪ shizoaffektiv buzilish; ▪ psixotik alomatlar bilan qaytalanuvchi depressiv buzilish; ▪ psixotik simptomlar bilan bipolyar affektiv buzilish; ▪ kattalardagi yetuk shaxs va xulq-atvor buzilishlari.

Davolash

Birinchi tanlov terapiyasi

1B	Sh tashxisi qo'yilgan barcha bemorlarga Sh belgilarini bartaraf etish maqsadida psixofarmakologik davolash tavsiya etiladi. Shning o'tkir belgilarini davolash uchun ham, uzoq muddatli retsidivga qarshi terapiya uchun ham asosiy farmakologik sinf antipsixotik vositalar (neyroleptiklar) hisoblanadi.
----	--

Dori-darmonlar bilan davolashning maqsadi va strategiyasi kasallikning fazasi va og'ir-yengilligiga qarab belgilanadi. Barcha zamonaviy standartlar monoterapiyaga rioya qilishni tavsiya qilishiga qaramay, shizofreniyaning klinik ko'rinishlarining xilma-xilligi va ko'plab yondosh kasalliklar ko'pincha turli dori vositalarining kombinatsiyasini talab qiladi, bu esa dori vositalarining o'zaro ta'siri, nojo'ya ta'sirlar va bemorlarning umumiy erta o'limi xavfini sezilarli darajada oshiradi. Bunday hollarda nojo'ya ta'sirlar va klinik samaradorlik tez-tez baholanishi kerak.

Shizofreniyaning birinchi epizodi

1B	Birinchi tanlov dori vositalari sifatida birinchi epizodli bemorlarga birinchi avlod antipsixotik vositalar (APV) va ikkinchi avlod antipsixotik vositalar (AVV) tavsiya etiladi.
----	---

2C	Ekstrapiramidal simptomlar rivojlanish xavfi kam bo'lganligi sababli, shizofreniyaning birinchi epizodida AVP buyurish tavsiya etiladi.
-----------	---

Shizofreniyaning birinchi epizodi bo'lgan bemorlarda antipsixotik vositaning samarali dozasi surunkali bemorlarga nisbatan pastroq bo'lishi mumkin [40, 48-50]. Antipsixotik terapiya ekstrapiramidal simptomatika (EPS) rivojlanishining yuqori xavfi tufayli juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak. Shu munosabat bilan antipsixotik dozasini asta-sekin titrlash, iloji boricha eng kam samarali dozani qo'llashga intilish maqbul hisoblanadi. Kasallikning ushbu bosqichida psixoterapevtik va ijtimoiy reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish, shuningdek, terapiyaga sodiqlikni shakllantirish uchun optimal dori rejimini yaratishga alohida e'tibor qaratish lozim.

Qaytalanuvchi epizodli shizofreniya

2C	Umuman olganda, o'tkir psixotik epizodi bo'lgan bemorlarda antipsixotik terapiya sifatida barcha AVP va APPlar tavsiya etiladi.
-----------	---

Antipsixotik terapiyani tanlash oldingi davolash usullarining samaradorligi va chidamliligini, preparatning dori shaklini, komorbid ruhiy va somatik buzilishlarning mavjudligini, shuningdek, qo'shimcha terapiya bilan dori vositalarining potentsial o'zaro ta'sirini hisobga olgan holda oldingi davolash tajribasiga asoslanishi kerak.

5C	AVP nevrologik (ekstrapiramidal) nojo'ya ta'sirlar, ayniqsa kechki diskineziya va xavfli neyroleptik sindrom (XNS) rivojlanishining kamroq xavfi bilan tavsiflanadi va EPS rivojlanishiga yuqori sezuvchanligi bo'lgan bemorlarda tavsiya etiladi.
-----------	--

1B	AVP yaxshi komplayentlik va terapiyani erta to'xtatish bo'yicha ma'lum afzalliklarga ega. SH bemorlarida, shu jumladan komplayens va terapiyaga sodiqlikni yaxshilash maqsadida AVPlar tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Ba'zi AVPlar Sh bemorlarda va ularni tavsiya qilish kerak bo'lgan alohida klinik vaziyatlarda umumiy samaradorlik bo'yicha boshqa AVP va APPlardan ustunlikka ega bo'lishi mumkin.
-----------	--

5C	Sh bemorlarda preparatni almashtirish faqat yaxshi ko'tara olish holatida haqiqiy antipsixotik bilan terapiya optimal terapevtik dozada kamida 4-6 hafta davomida o'tkazilgandan so'ng tavsiya etiladi.
-----------	---

Antipsixotik terapiyani o'tkazish ko'pincha ekstrapiramidal simptomatikaning (EPS) rivojlanishi bilan birga keladi. Bunday holda, uni bartaraf etish uchun terapevtik chora-tadbirlarni qo'llash zarur. Keyinchalik EPS saqlanib qolganda, uni tuzatishga qaramay, nevrologik chidamlilikning yanada qulay profiliga ega bo'lgan boshqa antipsixotikga o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

5C	Sh bemorlarda terapevtik samaraga erishilganda, sezilarli nojo'ya ta'sirlar rivojlanmasdan APP qabul qilinganda, APPni AVP bilan almashtirish tavsiya etilmaydi.
-----------	--

2B	Shda APP samarasiz bo'lsa, AVP terapiyasiga o'tish tavsiya etildi.
-----------	--

Antipsixotik preparatning ikkinchi kursi samarasiz bo'lganda psixotik simptomatika terapevtik rezistent deb baholanadi va maxsus davolash chora-tadbirlarini o'tkazish zarurati tug'iladi.

Antipsixotikni tanlashni belgilaydigan eng muhim parametr - bu ma'lum bir bemorda preparatning samaradorligi va chidamliligining taxminiy nisbati. Ayrim klinik vaziyatlarda u yoki bu antipsixotik preparatlarning afzalligi to'g'risida dalillar mavjud.

1A	Klozapin birinchi tanlov preparati sifatida terapevtik rezistentlikka ko'rsatma bo'lganda Sh bemorlarga tavsiya etiladi.
2A	Klozapin birinchi tanlov preparati sifatida Sh bemorlarda suitsidal xavf ortganda tavsiya etiladi.
3A	Tana vazni oshganda, qandli diabetning 2-turi va metabolik sindromda Sh. bemorlarga olansapin va klozapinni buyurish tavsiya etilmaydi.
5C	Sh bemorlarda giperprolaktinemiya bilan bog'liq neyroendokrin buzilishlarda APP, amisulprid va risperidon buyurish tavsiya etilmaydi.
3B	Sh bemorlarda yurak ritmi buzilishida sertidol, ziprasidon, tioridazin buyurish tavsiya etilmaydi.
2B	Shaytonlash sindromi yoki shaytonlashga tayyorgarlik bo'sag'asi pasayganda Sh bemorlarga klozapin va xlorpromazin tavsiya etilmaydi.

Antipsixotik vositani birlamchi tanlashda bemorning somatik va nevrologik holatining individual xususiyatlarini hisobga olish kerak. Psixotik epizodlarning hammasida ham simptomatikaning to'liq reduksiyasiga erishishga umid qilib bo'lmaydi. Bu faqat o'tkir psixozlar terapiyasiga taalluqli bo'lib, ularning tuzilishida hissiy vasvasa va sirkulyar affektning namoyon bo'lishi eng to'liq ifodalangan. Paranoid simptomatikaning katta salmog'i va uzluksiz kechish belgilarida psixozning faqat qisman reduksiyasiga umid qilish mumkin. Davolovchi yoki barqarorlashtiruvchi antipsixotik terapiya o'tkazilganda erishilgan remissiya beqaror bo'lgan hollarda, samarali antipsixotik dozalari o'zgarishsiz qoladi yoki biroz kamayadi. Bu holda ta'siri uzaytirilgan antipsixotiklarga ham o'tish mumkin.

Preparatlar dozalari

1B	Shizofreniyaning o'tkir epizodini davolashda preparatlarning past terapevtik dozalaridan foydalanishga intilish tavsiya etiladi.
1B	Sh bemorlarida dozalarni tez oshirish strategiyalari, yuqori zarba dozalari va dozalardan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki ular katta terapevtik samaradorlikni ko'rsatmadi, ammo nojo'ya ta'sirlar sonining ko'payishi bilan bog'liq.
5C	Sh bemorlarda antipsixotik vositalarni 400-800 mg XPE oralig'ida qo'llash tavsiya etiladi.

300 mg XPE dan past sutkalik dozalar ko'p hollarda optimal terapevtik samarani ta'minlash uchun yetarli emas, 900 mg XPE dan yuqori dozalar esa tavsiya etilganlarga nisbatan ta'sirning o'sishini ta'minlamaydi.

Antipsixotik farmakoterapiyani birlamchi tayinlashda allergik anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish va imkon qadar og'ir allergik reaksiyalar va MNS rivojlanishining oldini olish maqsadida sinov (kichik) test dozasini qo'llash zarur. APP va AVPni davolashda, zarur bo'lganda, preparatning terapevtik dozasi

yetarlicha tez erishish mumkin. Ko'p hollarda potensial xavfli nojo'ya ta'sirlarning oldini olish maqsadida dozani oshirish tez bo'lmasligi kerak.

Terapevtik rezistentlik

1A	Terapevtik rezistent shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda, ya'ni 4-6 hafta davomida antipsixotik farmakoterapiyaning ikkita adekvat kursi ta'siri bo'lmaganda, birinchi tanlov vositasi sifatida klozapin tavsiya etiladi.
2B	Terapevtik rezistent shizofreniya bilan og'riqan bemorlarga klozapinning maqsadli dozasi 100-900 mg/kun oralig'ida tavsiya etiladi.
2A	Terapevtik rezistent shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda klozapinni boshqa AVP (yaxshisi risperidon yoki aripiprazol) bilan birgalikda qo'llash monoterapiya va ushbu preparatning samarasi yetarli bo'lmaganda tavsiya etiladi.
5C	Terapevtik rezistent shizofreniyada klozapinni ba'zi antidepressantlar va normotimiklar bilan kuchaytirish strategiyalarini qo'llash ularning samaradorligi bo'yicha dalillar cheklanganligi sababli tavsiya etilmaydi.

Terapevtik chidamli shizofreniya turli xil kimyoviy sinflarga mansub ikkita antipsixotik (eng kamida antipsixotiklardan biri AVP bo'lishi kerak) bilan tavsiya etilgan terapevtik dozalarda har bir dori vositasi bilan kamida 6-8 hafta davomida terapiya fonida psixopatologik alomatlar va/yoki boshqa asosiy alomatlarining kamayishi bo'lmasa tashxis qo'yiladi.

Terapevtik rezistentlikni ko'rsatishda birinchi qadam terapiyani qabul qilishni nazorat qilish, shu jumladan, iloji bo'lsa, qon plazmasidagi dori vositalarining konsentratsiyasini aniqlash bo'lishi kerak. Klozapin bilan davolanayotgan bemorlar gematologik va kardiologik nojo'ya ta'sirlarni, shuningdek EEGdagi o'zgarishlarni (talvasa faolligi chegarasining pasayishi) nazorat qilishni talab qiladilar. Muayyan holatlarda terapiya samarasi bo'lmaganda boshqa terapevtik muqobillar, masalan, boshqa AVPlar, asosiy alomatlarini hisobga olgan holda kuchaytirish strategiyalari (antidepressantlar, normotimiklar), antipsixotiklar va EST bilan kombinatsiyalangan terapiya, shuningdek, TMS qo'llanilishi mumkin.

Salbiy alomatlar

5C	Salbiy alomatlarini aniqlash uchun bemorlarni maqsadli baholash tavsiya etiladi, bunda salbiy alomatlarning ikkilamchi xususiyatini istisno qilish kerak.
-----------	---

Bunday holda, birinchi diagnostika bosqichi salbiy alomatlarini "niqoblash" mumkin bo'lgan psixozning mumkin bo'lgan ko'rinishlarini aniqlashdir. Bu holda yagona terapevtik tanlov antipsixotik terapiyani kuchaytirish bo'lishi kerak. Shuningdek, salbiy alomatlarini antipsixotik terapiyaning ekstrapiramidal nojo'ya ta'sirlaridan (birinchi navbatda, akineziyadan) va depressiya ko'rinishlaridan farqlash kerak. Klinik baholashni PANSS shkalasi, shizofreniyada depressiyani baholash uchun Kalgari shkalasi va ekstrapiramidal nojo'ya ta'sirlarni baholash uchun SAS shkalasi yordamida to'ldirish kerak.

2B	Shizofreniyada negativ simptomatika tashxisida BNSS negativ simptomlarni baholash shkalasidan foydalanish tavsiya etildi.
-----------	---

6 oy va undan ko'proq vaqt davomida o'rtacha yoki yuqori darajada ifodalangan salbiy alomatlar, ijobiy va depressiv alomatlar, shuningdek, psevdoparkinsonizmning yo'qligi va/yoki minimal ifodalinishi doimiy hisoblanadi. Birlamchi persistirlovchi salbiy simptomatika va ko'plab psixotik epizodlar bilan

kasallikning uzoq davomiyligi bo'lgan bemorlarda terapevtik taktika APPni AVP bilan almashtirish imkoniyati bo'yicha klinik baholashni talab qiladi. APPni AVPga almashtirishning maqsadga muvofiqligini klinik baholash xavf va mumkin bo'lgan foydani sinchkovlik bilan bog'lashga asoslanadi. Bu birinchi navbatda psixotik simptomatikaning ekzatserbatsiya xavfini baholashga taalluqlidir. Davolashni o'zgartirish to'g'risida qaror qabul qilinganda, dorilarni almashtirish o'zaro bog'liq bo'lishi kerak.

1A	Shizofreniyaning birinchi epizodi bilan og'riqan bemorlarda dominant va doimiy salbiy alomatlar bilan kariprazinni buyurish tavsiya etiladi.
-----------	--

2B	Sh bemorlarda birlamchi salbiy simptomatikaga nisbatan 50-300 mg dozada qo'llanilganda amisulpridning samaradorligi to'g'risida yetarli ma'lumotlarni hisobga olgan holda, ushbu klinik holatlarda uni buyurish tavsiya etildi.
-----------	---

Alohida terapevtik qadamlar samarasiz bo'lgan taqdirda, birlamchi va uzoq muddatli bemorlarda keyingi klinik qarorlarni qabul qilish terapiya algoritmiga muvofiq amalga oshiriladi.

2A	Asosan salbiy simptomatika bilan kechuvchi shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda ularning samaradorligi to'g'risidagi ma'lumotlarni biroz cheklagan holda olansapin va kvetiapinni qo'llash tavsiya etiladi.
-----------	---

1A	Asosan salbiy belgilari bo'lgan shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda, ularning samaradorligi to'g'risidagi ma'lumotlarni biroz cheklagan holda, mirtazapin (30 mg/kun) va mianserin (15 mg/kun) ni antipsixotiklar bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi.
-----------	---

Kognitiv simptomlar terapiyasi

1A	Sh. bemorlarda kognitiv buzilishlarda dalillarga asoslangan ma'lumotlarning ba'zi cheklovlari bilan AVP tayinlash tavsiya etilishi mumkin.
-----------	--

Kognitiv buzilishlarning mavjudligi shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni ijtimoiy va kasbiy reabilitatsiya qilish uchun asosiy to'siqlardan biridir. Antipsixotik dorilar kognitiv buzilishlarga nisbatan kichik yoki o'rtacha samaradorlikka ega.

Depressiv simptomlar terapiyasi, o'z joniga qasd qilish xavfini baholash

2B	Depressiv simptomatika kuzatilgan bemorlarda neyroleptikni almashtirishda risperidondan tashqari kvetiapin, lurazidon yoki boshqa AVP kabi ta'sirning yaqqol timoanaleptik komponentiga ega preparatlarga ustunlik berish tavsiya etildi.
-----------	---

5C	Sh bemorlarda antidepressantlarni tayinlash boshqa terapevtik chora-tadbirlar samarasiz bo'lganda asosan postpsixotik depressiyalar deb ataladigan holatlar bilan cheklash tavsiya etiladi.
-----------	---

2B	Shda antidepressantlarni tayinlash zarurati bo'lganda SYUQTTni, ular samarasiz bo'lganda esa - SYUQTT va TSA ni tayinlash tavsiya etildi.
-----------	---

Birinchi qator preparatlari SIOZS hisoblanadi. 4-6 hafta davomida ta'sir bo'lmasa, antidepressantni boshqa ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan dori bilan almashtirish kerak (SIOZSN/ATX - boshqa antidepressantlar, tritsiklik antidepressantlar/ATX - monoaminlarning selektiv bo'lmagan ingibitorlari,

mirtazapin. Ushbu bosqichdagi muqobil imkoniyat antipsixotik vositani kvetiapin, aripiprazol yoki lurazidon bilan almashtirish bo‘lib, terapiya avvalgi antidepressant bilan davom ettiriladi.

5C	Sh bemorlarda depressiv simptomatikaning terapevtik refrakterligida rezistentlikka qarshi choratadbirlarni o‘tkazish tavsiya etildi.
-----------	--

Agar depressiv alomatlar 6–8 hafta davomida saqlanib qolsa, TMS va ESTni o‘z ichiga olgan ketma-ket qarshilik ko‘rsatish choralarini boshlash tavsiya etiladi. Ikkinchisini amalga oshirishning iloji bo‘lmaganda, boshqa antipsixotiklar (amisulprid, ziprasidon, flupentiksol, klozapin, sulpirid, paliperidon, sertidol) va antidepressantlar yoki epilepsiyaga qarshi dorilar (valproat kislotasi kuniga 500-3000 mg yoki karbamazepin kuniga 100-1600 mg) bilan adyuvant terapiya) yordamida psixofarmakoterapiyani tanlash davom ettirilishi kerak.

2B	Bemorlarda suitsidal xulq-atvorning xavf omillari aniqlanganda, ayniqsa ular mavjud psixotik alomatlar bilan bog‘liq bo‘lsa, antipsixotikni klozapinga almashtirish tavsiya etildi, chunki uni qo‘llashda xavfni kamaytirish bo‘yicha ishonchli ma‘lumotlar mavjud.
-----------	---

1A	Sh bemorlarda o‘z joniga qasd qilish xavfi bo‘lganda, ayniqsa kasallik davomida affektiv tebranishlar mavjud bo‘lganda, litiy karbonat bilan adyuvant terapiya kuniga 600 dan 1500 mg gacha moslashuvchan dozada, qon plazmasidagi litiy konsentratsiyasini 0,4 dan 1,0 mmol/l gacha bo‘lgan oraliqda nazorat qilish tavsiya etiladi.
-----------	---

O‘z joniga qasd qilish xavfini aniqlash birinchi darajali diagnostik qadamdir. U o‘z ichiga yo‘naltirilgan klinik-anamnestik tekshiruvni, keyinchalik o‘z joniga qasd qilish xavfi omillarini aniqlash va dinamik baholashni oladi (SAD-Person shkalasi va Kolumbiya o‘z joniga qasd qilish xavfi shkalasi bo‘yicha).

4C	Shda EST tavsiyalari og‘ir depressiya va/yoki o‘z joniga qasd qilish xulq-atvorining ayrim holatlarida cheklangan isbotga ega.
-----------	--

Qo‘zg‘alish va tajovuz terapiyasi

3C	Qo‘zg‘alish belgilari bo‘lgan bemor Sh ni olib borishning birinchi psixofarmakologik bosqichida deeskalatsiya usulini qo‘llash tavsiya etiladi.
-----------	---

Deeskalatsiya usullari bir vaqtning o‘zida bir nechta komponentlarni o‘z ichiga oladi. Birinchi navbatda, u bemor atrofidagi xavfsiz muhitni modellashtirish bilan xavflarni uzluksiz baholash va vaziyatni nazorat qilishni o‘z ichiga oladi. Bemor va xodimlar uchun xavfsiz masofani saqlash, provokatsiya va majburlashdan qochish, unga hurmat bilan munosabatda bo‘lish, hamdardlik ko‘rsatish, bemorning ehtiyojlarini aniqlash zarur shartdir. Bemorni chalg‘itishga urinish, vaziyatni qayta ko‘rib chiqish, og‘zaki aloqa o‘rnatish, muzokaralar va ishontirish ham qo‘llash uchun zarurdir.

2B	Shda birinchi qadam sifatida peroral, bukkal (orodispergirlangan tabletkalar) psixofarmakoterapiya tavsiya etiladi, agar uni qo‘llash imkoni bo‘lsa (komplayentlik mavjud bo‘lsa).
-----------	--

5C	Sh bemorlarda lorazepam qo‘zg‘alishni davolash uchun tavsiya etiladi, preparat benzodiazepinning boshqa hosilalari orasida qisqa yarim chiqarilish davri va nafas olish tizimiga susaytiruvchi ta‘sirining yo‘qligi tufayli afzalroqdir.
-----------	--

2B	Sh bemorlarda past potentsialli antipsixotik vositalar (xlorpromazin, levomepromazin) bilan qo'zg'alish terapiyasini ularni yomon ko'tara olishi sababli ehtiyotkorlik bilan o'tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

Og'ir bo'lmagan qo'zg'alish va bemorning komplayentligida sedativ ta'sirga ega bo'lgan dori vositalarining peroral shakllari afzalroq bo'lishi mumkin. Bunda benzodiazepin unumlari (birinchi navbatda, lorazepam), prometazin va antipsixotik vositalar qo'zg'alish va tajovuzkorlikni davolashda qiyosiy samaradorlikni ko'rsatadi. Terapiyaning bu bosqichida bemor har soatda kuzatishni talab qiladi.

2B	Sh bemorlarda psixotik qo'zg'alishning parenteral terapiyasi peroral terapiya samarasiz bo'lganda, uni qo'llashning iloji bo'lmaganda, shuningdek, simptomlarning dastlabki og'irligida tavsiya etiladi.
-----------	--

2B	AVPning parenteral shakllari bemorlarda psixotik qo'zg'alishni davolashda qo'llash uchun tavsiya etiladi, chunki ular galoperidolning mushak ichi shaklidan qolishmaydi, ammo kamroq nevrologik nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqaradi.
-----------	---

Qo'zg'alish va agressiyada terapevtik yondashuvlar farqlanishi kerak. Agressiyaning namoyon bo'lishi, shuningdek, uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan holatlar shoshilinch terapevtik chora-tadbirlarni talab qiladi. Ularga tez trankvilizatsiya (TT), zarur bo'lganda esa fiksatsiya yoki izolyatsiya qo'llash kiradi. Shu bilan birga, xulq-atvor terapiyasi usullarini qo'llash zarur. Agressiyaning og'ir bo'lmagan ko'rinishlarida (verbal agressiya va h.k.) BT o'tkazish maqsadga muvofiq bo'lmasligi mumkin. BTni o'tkazishda chuqur sedatsiyaga erishish (arterial gipotoniya rivojlanishi va nafas siqilishi) bilan bog'liq xavflarni baholash ko'nikmalari zarur. Shuningdek, nojo'ya ta'sirlar rivojlanganda shoshilinch yordam ko'rsatish uchun zarur bo'lgan texnik vositalar bilan ta'minlash, jumladan, flumazenil (benzodiazepin retseptorlari antagonist) buyurish imkoniyatini yaratish maqsadga muvofiqdir.

Davolashning boshida dorilar eng past samarali dozalarda tayinlanishi kerak, agar kerak bo'lsa, ular asta-sekin ko'paytirilishi mumkin. Qo'zg'alishning og'irroq shakllari parenteral terapiyani qo'llashni talab qiladi. Qo'zg'alishni to'xtatishda terapevtik ta'sir tinchlantirish yoki yengil sedatsiya darajasida bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Zarur bo'lganda, agressiya ko'rinishlari bilan kechuvchi og'ir to'xtatib bo'lmaydigan qo'zg'alish holatlarida chuqur sedatsiyaga erishish yoki hatto bunga yo'l qo'yiladi. BTning qo'zg'alishni nazorat qilish uchun qo'llanilishi oxirgi chiziq vositasi sifatida qaraladi. Biroq, agressiya xavfi bilan bog'liq bo'lgan o'ta og'ir qo'zg'alishda uni darhol qo'llash kerak.

5C	Mushak ichi monoterapiyasi samarasiz bo'lgan Sh bemorlarda kombinatsiyalangan mushak ichi psixofarmakoterapiyasi tavsiya etiladi.
-----------	---

Ushbu kombinatsiyani qo'llashda nojo'ya ta'sirlar rivojlanishining yuqori xavfini hisobga olish kerak, bu esa bemorni doimiy ravishda kuzatib borishni talab qiladi. Odatda galoperidolning benzodiazepin hosilalari (birinchi navbatda, lorazepam tavsiya etiladi) yoki prometazin bilan 50 mg gacha bo'lgan kombinatsiyalari qo'llaniladi.

5C	Sh bemorlarda nafas yetishmovchiligi rivojlanish xavfi tufayli benzodiazepin hosilalarining mushak ichiga yuboriladigan shaklini klozapin bilan birgalikda qo'llash tavsiya etilmaydi.
-----------	--

2A	Kombinatsiyalangan parenteral mushak ichi terapiyasi samarasiz bo'lganda bemorlarga benzodiazepin hosilalarini yoki antipsixotik vositalarni (galoperidol, xlorpromazin, droperidol) vena ichiga yuborish tavsiya etildi.
-----------	---

Vena ichiga yuborish yo‘li qo‘llanilganda tomchilab yuborish usuli afzalroq hisoblanadi. Preparatlarni vena ichiga yuborishda bemor yotgan joyda xodimlarning doimiy nazorati, EKG, arterial bosim va saturatsiya monitoringi zarur. Droperidol vena ichiga yuborilganda QT intervalining uzayishi xavfi tufayli EKG monitoringi qat‘iy majburiydir. Ushbu talablar intensiv terapiya bo‘limi sharoitida amalga oshirilishi mumkin. Rezistent psixotik qo‘zg‘alishda keyingi terapevtik qadamlar kollegial ravishda, shu jumladan boshqa profildagi mutaxassislarni (reanimatologlar va nevrologlar) jalb qilgan holda amalga oshiriladi.

Ushbu holatda bemorni keyingi parvarishlash psixo-reanimatsiya bo‘limi sharoitida amalga oshiriladi. Ehtimol, tashxisni aniqlashtirish uchun bemorni qo‘shimcha tekshirish maqsadga muvofiqdir. Asosiy terapevtik variantlardan biri, ayniqsa affektiv alomatlar, katatonik alomatlar, shuningdek, uning o‘tmishdagi yaxshi ta‘siriga ishoralar mavjud bo‘lganda, ESTni qo‘llashdir. Muqobil terapevtik variantlar sifatida deksmedetomidin va ketaminni qo‘llash imkoniyatini ko‘rib chiqish.

Katatonik simptomlar terapiyasi

5C	Sh bemorlarni olib borishda birinchi qadam sifatida katatoniya rivojlanishining boshqa sabablarini istisno qilish tavsiya etiladi.
-----------	--

Katatoniya ba‘zi ruhiy va nevrologik buzilishlarda, shuningdek, bir qator metabolik va toksik buzilishlar natijasida rivojlanadigan mustaqil polietiologik sindrom sifatida qaraladi. Katatoniya bilan og‘rigan bemorni differensial-diagnostik baholashda birinchi navbatda turli genezli ensefalitlarni (shu jumladan, anti-NMDA retseptorli ensefalit) istisno qilish kerak. Qo‘shimcha vosita sifatida, immunologik tekshiruvlar bilan bir qatorda, benzodiazepinlarning bir martalik dozasi parenteral yuborish bilan benzodiazepin testidan foydalanish mumkin, uning fonida katatoniyaning og‘irligi baholanadi. Simptomlarning ifodalanishi kamayganda, uning tabiati endogen bo‘lishi mumkin.

5C	Katatoniya bilan og‘rigan Sh bemorlarda suv-elektrolit buzilishlarini barqarorlashtirish va gomeostazni barqarorlashtirishga qaratilgan terapevtik chora-tadbirlarni o‘tkazish tavsiya etiladi.
-----------	---

1B	Katatoniyada tanlov preparati sifatida benzodiazepin hosilalarini (diazepam, lorazepam) qo‘llash tavsiya etiladi.
-----------	---

Katatonik simptomatikani davolashda bromdigidrokslorfenilbenzodiazepin samaradorligi to‘g‘risida dalillar topilmagan, ammo uning ijobiy ta‘sirini ko‘rsatadigan klinik holatlarning tavsiflari mavjud.

Benzodiazepin hosilalari bilan terapiyaga yaxshi reaksiya bo‘lsa, ta‘sir odatda bir necha kun ichida rivojlanadi.

3C	Davolashning bir necha kunida samara bo‘lmasa yoki yetarli bo‘lmasa, shuningdek, simptomlarni tezda bartaraf etish zarur bo‘lsa (masalan, xavfli katatoniya), ECHTni ertaroq qo‘llash imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi.
-----------	--

EST bo‘yicha aksariyat milliy klinik qo‘llanmalarda uni katatoniyada ikki tomonlama usul bo‘yicha qo‘llash tavsiya etiladi, birinchi 3-7 ta muolajani har kuni qo‘llash imkoniyati bilan. Ma‘lumki, katatoniyada ESTning samaradorligi yetarlicha yuqori bo‘lib, aksariyat hollarda o‘tkir psixoz doirasida rivojlangan katatoniya nisbatan qo‘llanilganda simptomatikaga to‘liq barham berishga muvaffaq bo‘linadi.

5C	Shda katatonik simptomlarni davolash uchun nevrologik tolerantlikning qulay profiliga ega bo‘lgan AVP, shuningdek, xlorpromazinni qo‘llash tavsiya etiladi.
-----------	---

Umuman olganda, Sh ning o‘tkir davrida katatonik simptomatikada antipsixotik preparatlarni buyurish simptomlarning og‘irlashishi va MNS rivojlanishining yuqori xavfi tufayli maqsadga muvofiq emas deb

hisoblanadi. Juda past terapevtik dozalarda va terapiyaning keyingi bosqichlarida qo'llaniladigan yaxshi nevrologik chidamlilik profiliga ega bo'lgan antipsixotiklar (klozapin, kamroq darajada xlorpromazin) bundan mustasno bo'lishi mumkin.

Davomli (retsdivga qarshi) terapiya

5C	Antipsixotik vositalar bemorlarda retsdivga qarshi davo sifatida qo'llash uchun tavsiya etiladi.
-----------	--

Antipsixotik vositalar retsdivning oldini olishda samarali preparatlar bo'lib, ularning rivojlanish ehtimoli platseboga nisbatan bir necha barobar kamayadi.

1A	Shda uzoq muddatli terapiya uchun APP va AVP tavsiya etiladi.
-----------	---

Uzoq muddatli terapiyada simptomlarning kamayish darajasi bo'yicha APP va AVP bir-biridan farq qilmaydi. Davolashni to'xtatish chastotasi va qaytalanishning oldini olish ko'rsatkichlari bo'yicha alohida AVPlar foydasiga bir qator ma'lumotlar mavjud.

1A	Sh bemorlarda nevrologik nojo'ya ta'sirlar (xususan, kechki diskineziya) rivojlanish xavfini kamaytirish maqsadida uzoq muddatli terapiya uchun AVP tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Uzoq muddatli terapiyada, ikkilamchi salbiy alomatlar kamroq namoyon bo'lganda, salbiy alomatlarni tuzatishda bir qator afzalliklarga ega bo'lgan ba'zi AVPlar tavsiya etiladi.
-----------	---

5C	Uzoq muddatli terapiya bilan Sh bemorlarda bemorning sog'lig'iga eng katta ta'sir ko'rsatadigan kech diskineziya va metabolik nojo'ya ta'sirlarni doimiy monitoring qilish, erta aniqlash va davolash tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	Sh bemorlarda uzoq muddatli retsdivga qarshi terapiyani o'tkazishda ushbu bemorda qo'zg'alish epizodini bartaraf etish va holatni barqarorlashtirish jarayonida, ya'ni terapiyaning dastlabki bosqichlarida eng yaxshi ta'sir va chidamlilikka ega bo'lgan antipsixotik vositadan foydalanish tavsiya etiladi.
-----------	--

Har bir bemorda antipsixotik vositani tanlash ma'lum guruh dori vositalarini oldindan qo'llash tajribasini va nojo'ya ta'sirlar profilini hisobga olgan holda individual ravishda amalga oshirilishi kerak.

Davolash davomiyligi

5C	Birinchi epizod bilan og'rikan bemorlarga kamida bir yil davomida uzluksiz antipsixotik terapiya tavsiya etiladi.
-----------	---

4C	Bir necha epizodlar bilan og'rikan bemorlarga 2-5 yil davomida qo'llab-quvvatlovchi terapiya tavsiya etiladi (agar alomatlar saqlanib qolsa va tez-tez takrorlansa - umrbod terapiya).
-----------	--

O'tkir psixozdan keyin 1-2 yil davomida terapiya to'xtatilsa, qaytalanish xavfi yuqori bo'ladi. Avvalo, shizofreniyaning uzluksiz kechishida, xavfli va erta boshlangan shakllarida ko'p yillik terapiya ko'rsatilgan. Xurujsimon kechishda retsdivga qarshi terapiyaning davomiyligi oqilona yetarlilik tamoyili bilan belgilanadi. Shunga qaramay, davolanish davomiyligini bemorning motivatsiyasi, ruhiy-ijtimoiy vaziyati va boshqa ba'zi omillarni hisobga olgan holda individual ravishda belgilash zarur. O'z joniga qasd qilishga uringan yoki qo'pol tajovuzkor xulq-atvoriga ega va tez-tez takrorlanadigan bemorlarga ham antipsixotik terapiyani noma'lum uzoq muddat davomida davom ettirish tavsiya etiladi.

2B	Shizofreniyaning qaytalanuvchi surunkali kechishining barcha holatlarida uzluksiz antipsixotik farmakoterapiya tavsiya etiladi.
-----------	---

Uzluqli terapiya strategiyalari faqat uzluksiz qo'llab-quvvatlovchi rejimdan voz kechgan yoki uzluksiz qo'llab-quvvatlovchi terapiyaga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan bemorlarga mos kelishi mumkin.

4C	Hozirgi vaqtda shizofreniya qaytalanishining oldini olish uchun qo'llash tavsiya etiladigan antipsixotik depo vositalaridan foydalanishni qo'llab-quvvatlash uchun yetarli dalillar mavjud.
-----------	---

Peroral preparatlar va depo dori shakllari o'rtasidagi samaradorlik bo'yicha ishonchli farqlarni aniqlashning iloji yo'q. Shu bilan birga, uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan inyeksion antipsixotik vositalar ham bir qator afzalliklarga ega:

- terapevtik ta'sirning maksimal uzluksizligi va antipsixotikni qabul qilishni ishonchli nazorat qilish, bu esa shifokorning terapiya rejimiga rioya qilishini nazorat qilish zaruratini kamaytiradi;
- qonda neyroleptikning yanada barqaror va past konsentratsiyasi ("cho'qqi" nojo'ya ta'sirlar rivojlanish xavfini kamaytirish);
- minimal samarali doza tamoyiliga xavfsizroq erishish (bosqichma-bosqich kamaytirish);
- bemorlar uchun qulayroq dori rejimi, bu muhim psixoterapevtik ahamiyatga ega, chunki dori vositalariga bog'liqlik hissini yumshatadi;
- oshqozon-ichak traktida so'rilish bilan bog'liq muammolardan va jigardan birinchi marta o'tganda metabolizm bilan bog'liq ta'sirlardan qochish (ko'proq bashorat qilinadigan metabolizm va kamdan-kam uchraydigan dori ta'sirlari);
- tasodifan yoki qasddan dozani oshirib yuborish xavfini kamaytirish.

Uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan antipsixotik preparatlarning kamchiliklariga terapiya moslashuvchanligining pasayishi, optimal dozani tanlashning uzoq davri, nojo'ya ta'sirlar rivojlanganda preparatni organizmdan chiqarishning uzoq davri, inyeksiya sohasidagi mahalliy reaksiyalar kiradi.

Uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan inyeksion antipsixotiklar bilan davolash odatda o'tkir psixotik alomatlar bartaraf etilgandan so'ng darhol kasalxonada boshlanadi. Tabletkalarni qabul qilish fonida preparatning minimal dozasi mushak orasiga inyeksiya qilinadi. Agar bemor ilgari korrektor olgan bo'lsa, ular bekor qilinmaydi. Yaxshi ko'tarilganda (davolashning 1-haftasida nojo'ya ta'sirlar kuzatilmaganda) ta'siri uzaytirilgan preparat dozasi asta-sekin oshirib boriladi, tabletkalar esa bekor qilinadi. Davolashning maqsadi minimal samarali doza yordamida bemorning optimal funksional darajasini qo'llab-quvvatlashdir. Ruhiiy holat barqarorlashgandan so'ng neyroleptik dozasini ikki yo'l bilan asta-sekin kamaytirish mumkin: bir martalik dozani kamaytirish yoki inyeksiyalar orasidagi intervalni uzaytirish (so'nggi qoida risperidon va ta'siri uzaytirilgan paliperidon uchun qo'llanilmaydi).

Doza tanlash individual ravishda amalga oshiriladi. Bemorni bir preparatdan boshqasiga o'tkazishda quyidagi taxminiy ekvivalentlardan foydalanish mumkin:

- flupentiksol, m/o yuborish uchun eritma 40 mg har 2 haftada;
- flufenazin, m/o yuborish uchun eritma 25 mg har 2 haftada;
- galoperidol, m/o yuborish uchun eritma 100 mg har 4 haftada;
- Zuklopetiksol, m/o yuborish uchun eritma 200 mg har 2 haftada;
- risperidon, m/o uzoq muddatli ta'sir ko'rsatish uchun suspenziya tayyorlash uchun kukun, har 2 haftada 37,5 mg;
- paliperidon, m/o uzaytirilgan (oylik) ta'sir ko'rsatish uchun suspenziya 75 mg har 4 haftada;
- paliperidon, suspenziya dlya v/m prolongirovannogo (trexmesyachnogo) deystviya 263 mg kajdye 3 mesyatsa.

Bu ekvivalentlarni maksimal dozalarga ekstrapolyatsiya qilib bo'lmaydi.

5C	Shizofreniyaning uzoq muddatli davolashda qo'llash uchun tavsiya etilgan risperidon va poliperidonning inyeksion shaklini qo'llash uchun yetarli ma'lumotlar mavjud.
-----------	--

Hayot sifati

5C	Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarda ijtimoiy faoliyat ko‘rsatkichlarini baholash RSR shkalasi bo‘yicha amalga oshirish tavsiya etiladi.
----	--

Antipsixotik vositalar shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi, ammo ma’lum bir dori yoki guruhni qo‘llab-quvvatlash uchun dalillar yo‘q. Alohida AVPlarni qabul qilish fonida subyektiv salomatlik ko‘rsatkichlari yaxshilanishi haqida ba’zi dalillar mavjud. Nojo‘ya ta’sirlarning mavjudligi muhim omil bo‘lib, ularni kamaytirish va nazorat qilish bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun muhimdir.

Psixozga qarshi farmakoterapiyaning nojo‘ya ta’siri

Ekstrapiramidal nojo‘ya simptomlar

5C	Sh bemorlarda antipsixotik terapiyada EPS profilaktikasi uchun antixolinergik vositalarni tayinlash asossiz va tavsiya etilmaydi, chunki ular har bir bemorda rivojlanmaydi.
----	--

EPSga o‘tkir distoniya, akatiziya, psevdoparkinsonizm, kechki diskineziya kiradi. Antixolinergik dori vositasini (trigeksifenidil, biperiden) qo‘shish, odatiy antipsixotik dozasi kamaytirish yoki AVP bilan davolashga o‘tish (hozirda bunday almashtirishga ustunlik beriladi) EPS paydo bo‘lishida tanlov imkoniyatlarini tashkil etadi. EPS ko‘pincha APP qo‘llanilganda rivojlanadi, ba’zi AVPlarda dozaga bog‘liq EPS ham kuzatilishi mumkin. EPS rivojlanish xavfi piperazin fenotiazinlar va butirofenonlar guruhiga kiruvchi neyroleptiklar bilan davolashda yuqori bo‘ladi. EPS oson aniqlanadi, ammo ularning paydo bo‘lishini oldindan bilish juda qiyin, chunki u qisman dozaga, qisman preparatning o‘ziga xos xususiyatlariga, qisman bemorning individual sezgirligiga bog‘liq.

Parkinsonizm belgilari preparat bekor qilingandan so‘ng yo‘qoladi yoki neyroleptik terapiya korrektorlari deb ataladigan markaziy antixolinergik vositalarni qo‘shish orqali kamaytirilishi mumkin. Parkinsonizmga qarshi preparatlar kechki diskineziya rivojlanishiga va uning kechishini yomonlashtirishga, dorilarga qaramlik va kognitiv buzilishlarga olib kelishi mumkin.

Neyroleptik terapiyaning nojo‘ya ta’sirini bartaraf etish

Nomaqbul hodisa	Tavsiya etilgan terapiya
O‘tkir distoniya	biperiden 5-10 mg (ichishga, mushak orasiga) yoki difengidramin 50-75 mg
Psevdoparkinsonizm akineto-rigid simptomokompleksi	- trigeksifenidil 2-12 mg, biperiden 5-10 mg (ichishga, mushak orasiga)
Akatiziya	propranolol 10-20 mg, biperiden 5-10 mg (ichish, mushak orasiga)
ZNS	antipsixotik dorini bekor qilish. Dezintoksikatsion, infuzion va gomeostatik terapiya, markaziy ta’sirga ega miorelaksantlar, dofamining bilvosita agonistlari
Kechki diskineziya	nevrologik ko‘tara olish qobiliyati qoniqarli bo‘lgan AVPga o‘tkazish (klozapin, kvetiapin)

Neyroendokrin, metabolik va boshqa nojo‘ya ta’sirlar

5C	GPning klinik ko‘rinishlari (galaktoreya, hayz siklining buzilishi, jinsiy disfunktsiyalar, ginekomastiya) mavjud bo‘lganda, Sh bemorlarda prolaktin darajasini o‘rganish tavsiya etiladi.
----	--

GP rivojlanishini minimallashtirish uchun quyidagi xavf omillarini hisobga olish kerak: reproduktiv yoshdagi ayollar, bolalar, o‘smirlar, oldingi terapiyada GP mavjudligi. Qo‘shimcha xavf omillariga ayollarda fertillik va homiladorlik bilan bog‘liq muammolar va ginekomastiya, erektil disfunktsiya, jinsiy

moyillikning pasayishi, erkaklarda soch o'sishining kamayishi kiradi. Giperprolaktinemiya (GP) ko'pincha APP, shuningdek, amisulprid, risperidon va paliperidon sabab bo'ladi.

Metabolik nojo'ya ta'sirlar ko'pincha AVP qo'llanilganda kuzatiladi. Birinchi navbatda, ular ko'pincha klozapin va olanzapin qo'llanilganda, biroz kamroq kvetiapin va risperidon qo'llanilganda va kamdan-kam hollarda boshqa AVP qo'llanilganda rivojlanadi.

5C Yurak ritmi buzilganda sertidol, ziprasidon, tioridazin buyurish tavsiya etilmaydi.

QT intervalining uzayishi to'satdan yurak o'limi rivojlanishining xavf omili hisoblanadi. QT intervali erkaklarda 450 msek dan, ayollarda esa 470 msek dan ortiq bo'lsa, uzaygan hisoblanadi.

5C Talvasa sindromi yoki talvasaga tayyorgarlik chegarasi pasayganda klozapin va ba'zi APPlarni buyurish tavsiya etilmaydi.

5C Sedatsiya rivojlanishiga intolerant bo'lgan Sh bemorlarga klozapin va kvetiapin, kamroq darajada olanzapin va lurazidonni qo'llash tavsiya etilmaydi.

5C Uzoq muddatli antipsixotik farmakoterapiyani o'tkazishda somatik nojo'ya ta'sirlar rivojlanishini oldini olish maqsadida quyidagi laborator va klinik tekshiruvlarni muntazam ravishda o'tkazish tavsiya etiladi.

Antipsixotik farmakoterapiyani qo'llashda ba'zi somatik ko'rsatkichlarni monitoring qilish jadvali

	davolanish dan oldin	4. hafta	8. hafta	12. hafta	har chorakda	har yili
Vazni (indeks tana massasi), bel hajmi	X	X	X	X	X	X
Qon bosimi	X	X		X		X
Och qondagi miqdori qoringa qand	X			X		X
Qondagi lipidlar (ZPLP, ZYULP) miqdori (och qoringa)	X			X		X
Umumiy tahlil qon*	X	X		X		X
EKG	X	X			X	X
EEG	X	X				

AVP va galoperidol qo'llanilganda nojo'ya ta'sirlarning rivojlanish chastotasi

Preparatlar Nojo'ya ta'sirlar	Galoperi- dol	Aripri- prazol	Amisul- prid	Sipra- sidon	Kari- prazin	Kloza- pin	Kveti- apin	Lura- zidon	Olan- zapin	Pali- peridon	Risper- idon	Sertin- dol
Akatiziya/ parkinsonizm	+++	+	++	+	++	0	(+)	+	+	++	++	+
Kechki diskineziya tutqanoq sindromi	+++	?	(+)	?	?	0	?	?	(+)	?	(+)	?
QT intervalini uzaytirish	+	0	0	?	?	++	0	?	0	0	0	0
QT intervalini uzaytirish	(+)	(+)	(+)	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+
glyukoza almashinuvining buzilishi	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	(+)	+	0
Lipid almashinuvining buzilishi	(+)	0	(+)	0	(+)	+++	+	(+)	+++	+	+	0
Ko'ngil aynishi, qabziyat va oshqozon-ichak traktining boshqa shikoyatlari	+	?	++	0	(+)	+++	+	++	++	+	++	(+)
Gipotenziya	+	+	(+)	+	(+)	++	+(+)	(+)	+(+)	+	++	+
Agranulotsitoz, leykopeniya	0	0	0	0	0	+	(+)	0	(+)	0	0	0
Tana vaznining ortishi*	+	(+)	+	(+)	+	+++	++	(+)	+++	++	++	(+)
Giperprolak- tinemiya	+++	0	+++	(+)	0	0	(+)	+	(+)	+++	+++	0
Tinchlantirish	+	(+)	(+)	+	(+)	+++	+++	++	++	(+)	+	(+)
ZNS	(+)	?	?	?	?	(+)	(+)	?	(+)	?	(+)	?
Xolinolitik buzilishlar	(+)	0	0	(+)	(+)	+++	+	(+)	++	(+)	(+)	(+)
Jinsiy buzilishlar	+	(+)	+	(+)	+	++	(+)	(+)	+	+	+	(+)

O‘zbekiston Respublikasining "Asosiy dori vositalari umumiy ro‘yxati"ga kiritilgan dori vositalari guruhlarini

Kod	Anatomik-terapevtik kimyoviy guruhlarini tasnif	Xalqaro patentlanmagan nom	O‘rtacha kunlik doza
N05AA	Fenotiazinli alifatik birikmalar	Xlorpromazin levomepromazin	600 mg 100 mg
N05AB	Fenotiazinli piperazinli birikmalar	Trifluoperazin Flufenazin	20 mg 100 mg
N05AC	Fenotiazin piperidin birikmalari	Tioridazin	200 mg
N05AD	Butirofenonli birikmalar	Galoperidol	10 mg
N05AH	Diazepinlar, oksazepinlar va tiazepinlar	Kvetiapin Klozapin Olanzapin	400 mg 200 mg 10 mg
N05AL	Benzamidlar	Sulpirid Tiaprid	300 mg 300 mg
N05AX	Boshqa antipsixotik vositalar	Risperidon	2 mg

Davolash samaradorligini baholash mezonlari

5C	Sh bilan bog‘liq holda terapiya olayotgan barcha bemorlarga asoslangan terapevtik qarorlar qabul qilish maqsadida o‘tkazilayotgan davolash samaradorligini baholash tavsiya etiladi.
-----------	--

Amaliyotda dori ta’siri samaradorligining uchta darajasini ajratib ko‘rsatish maqsadga muvofiqdir:

1. Davolash samarali, ta’siri sezilarli va chuqur - PANSS shkalasi bo‘yicha baholangan simptomlarning umumiy ifodalanishi 50% dan ko‘proqqa kamaydi.

2. Davolash samarali, ta'sir qisman - PANSS shkalasi bo'yicha baholanadigan alomatlarning umumiy ifodalanishi kamida 20% ga kamaydi.
3. Davolash samarasiz - PANSS shkalasi bo'yicha baholangan simptomlarning umumiy ifodalanishi 20% dan kamroq kamaydi.

Yuqorida keltirilgan darajalar taxminiy bo'lib, shifokorning umumiy klinik taassuroti va bemorning ijtimoiy faoliyatining buzilish darajasi bilan birgalikda ko'rib chiqilishi kerak.

Terapiya samaradorligini baholash muddatlari davolashning aniq maqsadiga bog'liq. Antipsixotik ta'sirni tasniflash uchun davolashning 4 haftasidan oldin baholash mumkin emas, rezistentlikka ko'rsatmalar bo'lsa, samaradorlikni baholash muddati 6-8 haftagacha uzaytiriladi. Psixotik qo'zg'alish to'xtatilganda terapiya samaradorligini baholash 2 soatdan keyin amalga oshiriladi. Tajovuzkorlik ko'rinishlarini to'liq kamaytirishda va klinik jihatdan baholanadigan qo'zg'alish darajasini sezilarli darajada pasaytirishda terapiya samarali hisoblanadi. Antinegativ ta'sirning verifikatsiyasi terapiyaning 10-15 haftasidan keyin BNSS shkalasi bo'yicha baholanadi.

Bemorni davolashning yakuniy maqsadi remissiyaga erishishdir, ya'ni PSP shkalasi bo'yicha baholanadigan bemorning ijtimoiy faoliyati va hayot sifatini yaxshilash yoki tiklash (ijtimoiy tiklanish) bilan Sh alomatlarining barqaror zaiflashishi yoki yo'qolishi (dastlabki Sh tashxisini tasdiqlash uchun zarur bo'lgan yetarli mezonlarning yo'qligi). Terapevtik remissiya sifati Sh kechishining turli klinik shakllari va turlarida sezilarli darajada farq qiladi va differensial klinik-funksional baholashni talab qiladi.

Reabilitatsiya

5C	Shizofreniya bilan kasallangan bemorlarda psixosotsial ta'sirlar va reabilitatsiya shaxsning yetarli bo'lmagan yoki kasallik natijasida yo'qotilgan kognitiv, motivatsion, emotsional resurslarini, ijtimoiy moslashuv nuqsoni bo'lgan ruhiy bemorlarda ularning jamiyatga integratsiyasini ta'minlaydigan o'zaro ta'sir qilish, muammolarni hal qilish, boshqarish strategiyalaridan foydalanish ko'nikmalari, bilimlari, qobiliyatlarini shakllantirish yoki tiklashga qaratilgan.
-----------	--

5C	Psixosotsial terapiya va psixosotsial reabilitatsiya, farmakoterapiya zarur va bir-birini to'ldiruvchi terapevtik strategiyalardir.
-----------	---

5C	Bemorlar bilan psixosotsial ish psixiatrik yordam ko'rsatishning har qanday bosqichida amalga oshirilishi mumkin. Aralashuvni boshlashdan oldin ijtimoiy dezadaptatsiyaning xarakteri va darajasini, psixosotsial ta'sirning u yoki bu aniq shakliga muhtojlikni aniqlash, ko'rsatilgan maqsadga erishish mo'ljallanayotgan vaqt davrini aniqlagan holda har bir aralashuvning maqsadini shakllantirish tavsiya etiladi. Ishning guruhli shakllari tavsiya etiladi, ammo bemorni guruhga kiritishning iloji bo'lmaganda (masalan, u rad etgan taqdirda va boshqalar) ish individual shaklda amalga oshiriladi; faol psixosotsial ta'sirlar tugagandan so'ng, qo'llab-quvvatlovchi psixosotsial chora-tadbirlar tavsiya etiladi.
-----------	---

Ko'rsatmalarga qarab, psixosotsial davolash-reabilitatsiya ta'sirining quyidagi turlarini o'tkazish tavsiya etiladi:

5C	Psixologik tarbiya
1B	Ijtimoiy ko'nikmalar treningi

1B	Oilaviy terapiya
1B	Qo'llab-quvvatlanadigan bandlik dasturlari
1B	Kognitiv xulq-atvor terapiyasi
2B	Kognitiv remediatsiya

Kognitiv remediatsiya

1B	<p>Kognitiv remediatsiya (KR) - shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda "birinchi epizod" klinikasi doirasida va kasallikning surunkali kechishida qo'llash uchun tavsiya etiladi. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlar uchun KRning maqsadi kognitiv jarayonlarni (diqqat, xotira, ijro funksiyalari, ijtimoiy kognitsiyalar yoki metakognitsiyalar) barqaror va umumiy yaxshilashdir. KTning asosiy vazifasi kognitiv buzilishlarning kundalik faoliyatga ta'sirini minimallashtirishdir. Shizofreniya jarayonining surunkali kechishi bo'lgan bemorlarga qo'llab-quvvatlash orqali saqlanib qolgan kognitiv funksiyalarga tayangan holda kompensator strategiyalardan foydalanish tavsiya etiladi; buzilgan funksiyalarni tiklash uchun dasturlarning "birinchi epizodi" bo'lgan bemorlarga.</p>
----	---

Ko'rsatma: F20.0-F20.6. Kasallik bosqichlari: yarim o'tkir, remissiya shakllanish bosqichi. Statsionarda, kunduzgi statsionarda, ambulatoriyada o'tkaziladi. Qo'llashga qarshi ko'rsatmalar: chegaralanmagan xulq-atvorli o'tkir psixotik holat. Klinik psixolog tomonidan o'tkaziladi. O'tkazish shakli: 6-10 kishidan iborat guruh. Chastota provedeniya ot 2 do 5 raz v nedelyu po 60 minut. O'tkazish davomiyligi 2 oygacha. Tarqatma materiallar (kartochkalar, qog'oz, ruchka, grifel taxtasi) dan foydalaniladi. Mashg'ulotlar ma'lum bir funktsiyani takomillashtirishga qaratilgan mashqlarni o'z ichiga oladi.

Kognitiv remediatsiyadan foydalanish kognitiv disfunktsiyaning shizofreniyaning asosiy belgilaridan biri sifatida tan olinishi, asosiy neyrokognitsiyalar va ijtimoiy kognitsiyalar sohasidagi yetishmovchilik ko'rinishlarining keng tarqalishi va remissiya va takroriy ekzatsertsatsiyalar davrida ijtimoiy dezadaptatsiyaning asosiy sababi ekanligi bilan bog'liq.

Ijtimoiy ko'nikmalar treningi

1B	<p>Ijtimoiy ko'nikmalar treningi (IKS) shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni davolashda ijtimoiy ahamiyatga ega rag'batlar bilan ta'minlangan ma'lumotlarni to'g'ri qayta ishlash qobiliyatini yaxshilash va ularga tegishli vaziyatlarda ijtimoiy mos javob berish qobiliyatini oshirish uchun tavsiya etiladi. TJT davomida turli xil funktsiyalar, jumladan, ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lgan vaziyatlar bo'yicha treninglar ketma-ket o'tkaziladi.</p>
----	--

1B	<p>SNT davomida quyidagi yo'nalishlarda o'qitishni o'z ichiga olgan yondashuvlar qo'llaniladi: ijobiy mustahkamlash va tuzatish qayta aloqalaridan foydalangan holda xulq-atvor mashg'ulotlari va mashg'ulotlarini o'tkazish orqali maqsadlarni belgilash va rollarni o'zgartirish. Shuningdek, olingan ko'nikmalarni mustahkamlash va ularni bemorning kundalik hayotiga tatbiq etishga yordam beradigan muammolarni hal qilish usullarini mashq qilish va uy vazifalari qo'llaniladi.</p>
----	---

Ko'rsatma: F20.0-F 20.6. Kasallik bosqichlari: yarim o'tkir, remissiya shakllanish bosqichi. Statsionarda, kunduzgi statsionarda, ambulatoriyada o'tkaziladi. Qarshi ko'rsatmalar: Xulq-

atvorning buzilishi bilan o‘tkir psixoz bosqichi; Kuchli kognitiv yetishmovchilik. Klinik psixolog, ijtimoiy ish bo‘yicha mutaxassis tomonidan o‘tkaziladi.

SYUYEdan foydalanish shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarda ijtimoiy kognitiv buzilishlarning keng tarqalishi va ularning kasallik natijasiga salbiy ta‘siri bilan bog‘liq.

Psixologik ta‘lim

1A	Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarga davolash sifati va samaradorligini oshirish maqsadida reabilitatsiya chora-tadbirlarining muhim elementlaridan biri sifatida psixota‘limdan foydalanish tavsiya etiladi/
-----------	---

1A	"Psixologik ta‘lim" - bu reabilitatsiya tadbirlari tarkibida alohida o‘rin tutadigan, bemor va uning qarindoshlarini ruhiy buzilishlar haqida xabardor qilish va ularga kasallik ko‘rinishlari bilan bog‘liq o‘ziga xos muammolarni yengish usullarini o‘rgatishga qaratilgan bosqichma-bosqich amalga oshiriladigan psixoterapevtik ta‘sirlar tizimidir.
-----------	---

Ko‘rsatma: F20.0-F 20.6 Psixologik tarbiyani kasallikning quyidagi bosqichlarida qo‘llash tavsiya etiladi: o‘tkir osti, remissiya/remissiya shakllanish bosqichi. Psixologik tarbiya statsionarda, kunduzgi statsionarda, ambulatoriyada olib boriladi. Psixota‘limga qarshi ko‘rsatmalar: kasallikning o‘tkir bosqichi, xulq-atvorning buzilishi; aniq kognitiv buzilishlar. Shifokor psixoterapevt yoki klinik psixolog tomonidan o‘tkaziladi. O‘tkazish shakli: psixologik ta‘lim guruhi (bemorlar yoki ularning qarindoshlari uchun). Mashg‘ulotlarning umumiy soni 11-15 ta. Chastota provedeniya ot 1 do 5 raz v nedelyu po 45-60 minut.

Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish tizimiga psixota‘limni iloji boricha erta kiritish afzalroqdir. Oila a‘zolari ishtirokidagi aralashuvlar samaraliroq bo‘lib, davolashning oxiriga kelib kasallik belgilarining kamayishiga va 7-12 oylik kuzatuvdan so‘ng qaytalanishning oldini olishga yordam beradi. Psixooobrazovaniye vliyayet na snijeniye chastoty retsidivov, sposobstvuyet soblyudeniye rejima priyema lekarstvennoy terapii, a takje sokrauyayet prodoljitelnost prebyvaniya patsiyentov v statsionare.

Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi

2B	Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni davolashda davolash sifati va samaradorligini oshirish maqsadida KPT tavsiya etildi.
-----------	---

2B	Kognitiv xulq-atvor psixoterapiyasi (KXT) - psixoterapiyaning ilmiy asoslangan shakli bo‘lib, vaqt bilan cheklangan, kognitiv va xulq-atvor o‘zgarishlariga qaratilgan va tuzilgan. KPT jarayonida buzilishlarning paydo bo‘lish tarixi va o‘ziga xos xususiyatlarini o‘rganish va psixoterapevtik holatni tuzilmalashtirilgan konseptualizatsiya shaklida shakllantirish amalga oshiriladi.
-----------	--

Kognitiv-xulq-atvor psixoterapiyasidan foydalanishga ko‘rsatmalar: F20.0-F 20.6. Kognitiv-xulq-atvor psixoterapiyasini kasallikning quyidagi bosqichlarida qo‘llash tavsiya etiladi: o‘tkir osti, remissiya/remissiya shakllanish bosqichi. Kognitiv-xulq-atvor psixoterapiyasi statsionarda, kunduzgi statsionarda, ambulatoriyada o‘tkaziladi. Shifokor psixoterapevt yoki klinik psixolog tomonidan o‘tkaziladi. O‘tkazish shakli: individual ish. Chastota provedeniya ot 1 do 3 raz v nedelyu po 45 minut. Psixoterapevtik mashg‘ulotlarning umumiy soni 16-20.

Ruhy kasallikning og'irligi va neyrokognitiv yetishmovchilikning yaqqolligi KPT jarayonining yaxshilanishiga to'sqinlik qilmaydi.

5C	<p>U yoki bu "muammoli" guruhga mansub bemorlar bilan psixologik-ijtimoiy ish olib borishda maxsus vazifalar ustuvor ahamiyat kasb etadi:</p> <ul style="list-style-type: none">– shifoxonaga tez-tez yotqizilgan shizofreniya bilan og'rikan bemorlar uchun komplayens muammolarini dasturga kiritish va farmakoterapiya rejimini bajarish, qaytalanishning dastlabki ko'rinishlarini aniqlash, zo'rayishga olib keladigan omillarni istisno qilish, shuningdek, ushbu bemorlarning oilalari uchun oila ichidagi o'zaro munosabatlar uslubini o'zgartirish tavsiya etiladi;– yolg'iz bemorlar uchun - dasturga muloqot va boshqa ijtimoiy ko'nikmalar, komplayens, mustaqil yashash muammolarini kiritish, shuningdek, bemorga yo'naltirilgan aralashuvlardan tashqari, ijtimoiy tarmoqni faollashtirish bo'yicha ishlar tavsiya etildi;– ijtimoiy deprivatsiya sharoitida shifoxonada uzoq vaqt bo'lgan shizofreniya bilan og'rikan bemorlar uchun - dasturga mustaqil yashash, ijtimoiy ko'nikmalar modulini kiritish tavsiya etiladi;– beqaror mehnat moslashuvi bo'lgan bemorlar uchun - komplayens-terapiya va mehnat rehabilitatsiyasi dasturiga kiritish tavsiya etiladi.
-----------	--

5C	<p>Birinchi marta paydo bo'lgan psixotik holatlar (BPT) bilan og'rikan bemorlarning psixosotsial terapiyasiga alohida e'tibor berish tavsiya etiladi: shizofreniyaning rivojlanishi, qoida tariqasida, bir tomondan, ijtimoiy va kommunikativ ko'nikmalarning jiddiy buzilishi, boshqa tomondan, ushbu kasallikdan aziyat chekayotgan odamlarga nisbatan jamoat ongida mavjud bo'lgan stigmatizatsiya va diskriminatsiya bilan birga keladi; kasallik faktini anglash bemorning hissiy holatida aks etadi, uning o'zini o'zi idrok etishi, o'zini o'zi baholashi, xulq-atvori, atrofdagilar bilan munosabatini o'zgartiradi, kelajakdagi rejalariga tuzatishlar kiritadi.</p>
-----------	---

5C	<p>Ushbu toifadagi bemorlar bilan ishlashda quyidagi tarkibiy qismlarni o'z ichiga olish tavsiya etiladi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) boshdan kechirilgan psixotik epizod tufayli stressni yengishga yordam berish va uning paydo bo'lishi va takrorlanishi xavfining ijtimoiy omillarini yumshatish;2) bemor, uning oila a'zolari va boshqa muhim atrof-muhit a'zolariga ruhiy kasalliklar, tegishli yordam shakllari va xizmatlari haqida yetarli ma'lumot berish;3) Ahvolning yaxshilanishi va davolanish o'rtasidagi bog'liqlikni tushuntirish;4) komplayensga erishish va takroriy xurujlarning oldini olish;5) takroriy zo'rayishni erta aniqlash va uning boshlanishida tezkor aralashuv;6) o'z joniga qasd qilish xavfini kamaytirish;7) kognitiv remediatsiyaning psixosotsial dasturiga kiritish.
-----------	--

1B	<p>Ruhy-ijtimoiy aralashuvning dastlabki uchta tarkibiy qismini birinchi o'tkir holatdan chiqish bosqichidayoq davolash dasturiga kiritish tavsiya etiladi, qolganlari esa terapevtik remissiyaga erishilgandan so'ng bemorni uzoq muddatli boshqarish predmeti hisoblanadi.</p>
-----------	--

Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish

Sh antipsixotik terapiyasi uch bosqichga bo'linadi - to'xtatuvchi (o'tkir psixoz/psixotik alomatlarining kuchayishini davolash), davom ettiruvchi (holatni barqarorlashtirish) va qo'llab-quvvatlovchi (qaytalanishning oldini olish).

Birinchi bosqich - to'xtatuvchi terapiya dastlabki tashxis qo'yilgandan so'ng darhol boshlanadi va klinik remissiyani o'rnatish bilan tugaydi, ya'ni psixozning sezilarli yoki to'liq reduksiyasigacha davom etadi. Antipsixotik farmakoterapiya adekvat bo'lganda bu bosqich bir necha haftadan bir necha oygacha davom etishi mumkin (ahvolning to'liq terapevtik nazoratiga erishish uchun odatda 6-8 hafta kerak bo'ladi). Asosiy vazifalar psixozning og'irlik darajasini kamaytirish, xulq-atvor buzilishlari va yondosh alomatlarini (qo'zg'alish, tajovuzkorlik, o'z joniga qasd qilish tendensiyalari, katatonik va affektiv alomatlar) tuzatishdir. Psixozning o'tkir belgilari (o'tkir boshlanishi, psixomotor qo'zg'alish, zo'riqqan affektlar - xavotir, qo'rquv, ekstaz, sarosima, depressiya, tajovuzkorlik, yorqin gallyutsinator-vasvasali kechinmalar, o'tkir hissiy vasvasa, uyqu buzilishi, negativizm, ong buzilishi, ijtimoiy moslashuvning qo'pol buzilishi), o'zgaruvchanlik, simptomlarning kaleydoskopikligi va umuman holatning dinamik beqarorligi qanchalik kuchli bo'lsa, farmakoterapiyaning samaradorligi shunchalik yuqori bo'ladi. Kasallikning asta-sekin rivojlanishi, premorbid davrda shaxsiy o'zgarishlar, salbiy alomatlar va kognitiv buzilishlar mavjudligi, tizimli interpretativ vasvasa, gebefrenik alomatlar, kasallikka tanqidiy munosabat belgilari yo'qligi, xatti-harakatlarning passivligi, dinamik potensialning pasayishi va reaktivlikning pasayishi bilan qotib qolgan, kam harakatli shakllarda samaradorlik past.

Ikkinchi bosqich - davolash yoki barqarorlashtirish samarali antipsixotik terapiyani davom ettirishdan iborat bo'lib, samarali simptomlarni to'liq yoki sezilarli darajada kamaytirish bilan remissiyaga erishish, salbiy alomatlar va kognitiv buzilishlarga ta'sir qilish, iloji bo'lsa, bemorning ijtimoiy moslashuvining oldingi darajasini tiklashdan iborat. Kasallikning o'tkir bosqichi boshlanishidan 3 oydan 9 oygacha (o'rtacha 6 oy atrofida) davom etishi mumkin. Odatdagi sxema remissiya belgilangandan so'ng antipsixotik dozasini asta-sekin kamaytirishni nazarda tutadi. Mumkin bo'lgan retsidivni erta aniqlash va antipsixotik terapiyani o'z vaqtida kuchaytirish muhimdir. Rezidual salbiy simptomatikaning persistensiyasida o'tkir davrda qo'llanilgan preparatlarning sedativ ta'sirini susaytirish va psixoterapiya o'tkazish uchun optimal dori rejimini yaratish, shaxslararo aloqalarni o'rnatish va ijtimoiy-mehnat rehabilitatsiyasi uchun dezintoksikatsion faollikka ega bo'lgan antipsixotik vositalarni qo'shish zarur.

Shizofreniya odatda surunkali va qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflanishini hisobga olgan holda, bemorlarning aksariyatida keyingi uchinchi bosqichga - uzoq muddatli ambulator yoki retsidivga qarshi terapiyaga o'tish talab etiladi, bu barqaror remissiyani saqlab qolish, yangi psixotik epizodlar (xurujlar) rivojlanishining oldini olish va kasallikning rivojlanish sur'atini sekinlashtirishga qaratilgan. Bu bosqich avvalo jarayon kechishining spontan tendensiyalari va xurujlar chastotasi bilan belgilanadi. Odatda ikki va undan ortiq psixotik epizodlardan so'ng terapiya noaniq uzoq vaqt davomida, ammo uning samaradorligini baholash uchun kamida 1-2 yil davomida o'tkaziladi. Bosqich ijobiy simptomatikaning erishilgan reduksiyasini saqlab qolish, salbiy va kognitiv buzilishlarga ta'sir ko'rsatish, retsidivga qarshi ta'sirni ta'minlash, shuningdek, bemorning ijtimoiy faoliyatining yuqori darajasini saqlab qolishni o'z ichiga oladi.

Shifoxonaga yotqizish uchun asoslar: qo'zg'alish va tajovuzkorlik belgilari, tartibsiz xatti-harakatlar, psixotik alomatlarining yaqqol namoyon bo'lishi, o'z joniga qasd qilish xavfining yuqoriligi, qo'shimcha tekshiruv va birlamchi terapiyani tanlash zarurati bilan birlamchi psixoz, davolashni tanlashni qiyinlashtiradigan og'ir hamroh somatik patologiya, terapiyaga chidamlilik va intolerantlik belgilari, yashash joyida yetarli ambulator yordamning mavjud emasligi, asosiy hayotiy ehtiyojlarni qondira olmaslik bilan kuchli ijtimoiy moslashuvchanlikning yo'qolishi.

Ko'chirib yuborish uchun asoslar: psixotik alomatlarini kamaytirish bilan holatni barqarorlashtirish, o'z joniga qasd qilish va tajovuzkorlik xavfini kamaytirish.

Qo'shimcha axborot

Kasallikning noxush kechishiga olib keluvchi omillar (bashorat qiluvchilar):

- alkogol va psixoaktiv moddalarni suiiste'mol qilish,
- davolanishga past sodiqlik,

- oilaviy/ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning yo‘qligi,
- ijtimoiy-reabilitatsiya tadbirlarining mavjud emasligi,
- kasallik boshlanganidan to davolash boshlangunga qadar uzoq muddatli davr ("davolanmagan psixoz" davri), uzoq muddatli distressning mavjudligi,
- nikotinga bog‘liqlik.

Shizofreniyani davolashda qo‘llaniladigan dorilarning tavsiya etilgan dozalari

Preparat	Tavsiya etilgan sutkalik doza, mg/sut
Psixozga qarshi vositalar	
Alimemazin	5-400
Amisulprid	50-1200
Aripiprazol	10-30
Galoperidol	1,5-60 t/o, 7,5-15 m/o va v/i infuziyalar 3 qabulda
Droperidol	2,5-5 m/o va v/i infuziyalar
Siprasidon	40-160
Zuklopentiksol	2-75
Kariprazin	1,5-6
Kvetiapin	25-750
Klozapin	25-600
Lurazidon	40-160
levomepromazin	25-300 m/o, 75-250 m/o, 50-100 v/i infuziyalar
Olanzapin	5-20.
Peritsiazin	10-200
Perfenazin	12-64.
Paliperidon	3-12.
Promazin	25-250
Risperidon	2-8
Sertindol	4-20.
Sulpirid	100-1600 m/o, 100-800 m/o
Tiaprid	50-300 t/o, 400-1200 v/m
Trifluoperazin	2-40 t/o, 2-10 v/i
Tioridazin	50-800
Flupentiksol	1-40
Xlorprotiksen	50-600
Xlorpromazin	25-600 t/o va m/o, 250 gacha v/i infuziyalar
Antidepressantlar	
Amitriptilin	25-300 m/o, 150 mg gacha m/o
Venlafaksin	75-375.
Imipramin	25-200
Klomipramin	25-250 m/o va 25-150 m/o va v/i infuziyalar
Mianserin	30-90
Mirtazapin	15-45.
Paroksetin	20-60
Sertralin	50-200
Sitalopram	20-60
Fluvoksamin	50-300
Fluoksetin	20-60

Essitalopram	10-20
Benzodiazepin hosilalari	
Alprazolam	0,75-6
Bromdigidrokslorfenil-benzodiazepin	1-8 t/o, m/o va v/i infuziyalar
Diazepam	5-30.
Klonazepam	1-4
Lorazepam	2-7,5 p/o
midazolam	3,5-7,5 m/o
Antixolinergik vositalar	
Biperiden	1-16 t/o, m/o va v/i infuziyalar
Trigeksifenidil	1-16.
Epilepsiyaga qarshi dorilar	
Valproat kislota	500-3000
Karbamazepin	100-1600
Prometazin	25-150 t/o va m/o
Ketamin	4-8 mg/kg m/o
Deksmedetomidin	0,2-1,4 mkg/kg/soat v/i infuziyalar

Psixozga qarshi vositalarning ekvivalent dozalari

Preparat	Olanzapin 1 mg ekvivalenti dozalari	Dozalari, 100 mg xlorpromazin ekvivalentida
Aripiprazol	1,33	4.
Galoperidol	0,6	1,6
Siprasidon	5,33	16.
Kariprazin	0,3	0,9
Kvetiapin	20.	60.
Klozapin	40.	120.
Lurazidon	5,33	16.
Olanzapin	1.	3.
Paliperidon	0,4	1,2;
Perfenazin	3,5	8,9
Risperidon	0,27	0,8
Sertindol	1,60	4,8
Tioridazin	37,1	95,3
Trifluoperazin	1,1	2,8
Flufenazin	0,5	1,2;
Xlorpromazin	38,9	100.
Xlorprotiksen	17,1	43,9

Ta'siri uzaytirilgan antipsixotiklarning taxminiy dozalari va ta'sir davomiyligi

Preparat nomi	Doza, mg	Ta'sir davomiyligi
Galoperidol	50-300	4 hafta
Zuklopentiksol	50-150	2-3 sut.
Zuklopentiksol	200-500	2-3 hafta
Paliperidon	75-150	4 hafta
Paliperidon	S. 175-525.	3 oy
Risperidon	25-50	2 hafta
Flupentiksol	20-200	2-3 hafta

Flufenazin	25-100	2-4 hafta
------------	--------	-----------

Bemor uchun axborot

Shizofreniya - produktiv (psixotik) va salbiy (apatiya, hissiy va ijtimoiy izolyatsiya va boshqalar) alomatlar, xulq-atvor va kognitiv buzilishlar (xotira, diqqat, fikrlash va boshqalar) bilan tavsiflangan ruhiy kasallik.

Shizofreniya rivojlanishining sababi hozirgi kungacha noma'lum. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, kasallik belgilari miyaning dofaminergik va glutamat tizimlarida biokimyoviy jarayonlarning buzilishi natijasida yuzaga keladi, bu esa uning faoliyatining turli shakllarini: idrok etish, fikrlash, his-tuyg'ular va xotira faoliyatini boshqarishni ta'minlaydi. Aholining taxminan 1 foizi shizofreniya bilan kasallangan.

Shu bilan birga, ushbu kasallikning tarqalishida madaniy, etnik yoki geografik farqlar aniqlanmagan. Aksariyat hollarda 15 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan davrda boshlanadi.

Shizofreniya diagnostikasi

Tashxis kasallik tarixi, belgilarning shakllanish ketma-ketligi va oilaviy anamnez to'g'risidagi ma'lumotlar to'plamiga asoslangan klinik psixiatrik baholash asosida qo'yiladi. Bunday baholash uchun ko'pincha bemorga yaqin odamlar tomonidan taqdim etilgan ma'lumotlar juda muhim va foydali bo'ladi. Diagnostika kasallikning xarakterli belgilarini aniqlashga asoslanadi. Tashxisni tasdiqlash uchun shunga o'xshash alomatlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan boshqa kasalliklar mavjudligini istisno qilish kerak.

Shizofreniyani tashxislash va davolash bilan psixiatr mutaxassislar shug'ullanadi.

Shizofreniyani davolash

Shizofreniyani davolashning asosiy usuli dori terapiyasi hisoblanadi.

Kasallik qanchalik erta aniqlanib, davolash boshlangan bo'lsa, kasallikni to'xtatish imkoniyati shunchalik ko'p bo'ladi, u bemor va uning yaqinlariga shunchalik kam zarar yetkazishga ulguradi.

Shizofreniya terapiyasining asosiy maqsadi remissiya holatiga erishishdir, bunda og'riqli alomatlarni to'liq yoki sezilarli darajada bartaraf etish va iloji bo'lsa, ijtimoiy faollikning og'riqdan oldingi darajasiga erishish tushuniladi. Bugungi kunda bu maqsadga boshqa ko'plab surunkali kasalliklar (gipertoniya kasalligi, qandli diabet va boshqalar) kabi uzoq muddatli uzluksiz dori terapiyasi sharoitida erishish mumkin. Birinchi bosqichda terapiyani tanlash uchun shifokor bilan muntazam ravishda uzoq vaqt aloqada bo'lish talab etiladi, bu ambulator kuzatuv rejimida amalga oshirilishi kerak. Preparatning samaradorligini baholash uchun zarur bo'lgan minimal vaqt davri 4-6 haftani tashkil etadi. Keyinchalik dori terapiyasi klinik ta'siriga qarab noma'lum vaqt davom etadi. Bunday terapiyani bekor qilish masalasi kasallikning birinchi xurujidan keyin kamida 1 yil o'tgach va takroriy xurujlarda 5 yil o'tgach, agar bu davrda kasallik belgilari kuzatilmagan bo'lsa, qo'yilishi mumkin. Shu bilan birga, ko'p yillik "barqaror" davrdan keyin ham terapiyani bekor qilish kasallikning qayta rivojlanish xavfi bilan bog'liqligini yodda tutish kerak. Bunday uzoq muddatli terapiya uchun preparatlar ularning nojo'ya ta'sirlari bilan bog'liq noqulayliklarni keltirib chiqarmaydigan tarzda tanlanishi kerak. Dori vositalarini ko'tara olish qobiliyati barcha odamlarda turlicha bo'lib, individual sezuvchanlik xususiyatlari bilan belgilanadi. Dastlab buyurilgan dori nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqargan taqdirda, u boshqasiga almashtirilishi kerak, ammo davolash davom ettirilishi kerak. Zamonaviy dori vositalari arsenali qo'yilgan maqsadga erishishda sezilarli yutuqlarga erishish imkonini beradi. Aksariyat hollarda nojo'ya ta'sirlar qaytariladi va preparat bekor qilingandan so'ng yo'qoladi. Doriga chidamlilik bilan bog'liq masalalarni shifokoringiz bilan muhokama qilishingiz kerak.

Farmakoterapiyadan tashqari, psixosotsial terapiya va psixosotsial reabilitatsiya yordam ko'rsatishning majburiy elementi bo'lib, ushbu kasallik xurujini boshdan kechirgan shaxsning iloji boricha to'liqroq ijtimoiy-shaxsiy tiklanishiga, uning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan. Bundan tashqari, psixosotsial davolash-reabilitatsiya tadbirlari kasallikning takroriy xurujlari va zo'rayishining oldini olish imkonini beradi. Dispanser kuzatuvi ham xuddi shu maqsadga xizmat qiladi: mutaxassislarning muntazam tekshiruvlari va terapevtik taktikani tuzatish kasallikning salbiy oqibatlaridan qochish imkonini beradi.

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.