

THE ONSET OF SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AS AN UNFAVORABLE PROGNOSTIC INDICATOR (based on the results of an epidemiological study in the socio-economic conditions of the Fergana Valley of the Republic of Uzbekistan)

Sh.Kh.Islamov¹  M.U.Isakov¹  D.M.Saliev¹ 

1. Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

OPEN ACCESS

IJSP

Correspondence

Islamov Shavkat
Khabibullayevich,
Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan.

e-mail: islamovshavkatbek606@gmail.com

Received: 30 August 2025
Revised: 10 September 2025
Accepted: 18 October 2025
Published: 18 October 2025

Funding source for publication:
Andijan state medical institute and
I-EDU GROUP LLC.

Publisher's Note: IJSP stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee IJSP, Andijan, Uzbekistan. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abstract.

Relevance. Schizophrenia with onset in childhood and adolescence is one of the key unfavorable prognostic factors affecting the course and outcome of the disease. In the Fergana Valley, this problem is particularly relevant due to the high proportion of early onset cases. **The aim of the study** is to identify the characteristics of early-onset schizophrenia in the Fergana Valley, substantiate its prognostic significance, and establish priorities for early detection and prevention programs. **Materials and methods.** A retrospective analysis of 1087 cases of schizophrenia registered in the Fergana Valley between 1984 and 2024 was conducted. Patients were categorized by age of disease onset (under 20 years, 21-29, 30-39, 40 and older). Statistical methods were used to assess the influence of age and associated factors (heredity, exogenous triggers, schizoid premorbid personality) on the course of the disease. **Results.** Nearly 44% of cases had onset before age 20, a figure that has remained stable over 40 years. Early onset is associated with longer episodes, reduced quality of remission, and deterioration in social adaptation. Hereditary predisposition and schizoid premorbid personality are linked to a more severe course and incomplete remissions, while exogenous factors show a tendency towards improved prognosis. A statistically significant increase in cases with onset between ages 30-39 was noted. **Conclusion.** Early onset of schizophrenia is a persistent unfavorable prognostic indicator, necessitating the development of regional programs for early detection and comprehensive psychosocial support. Special attention should be given to patients with hereditary predisposition and schizoid premorbid personality. Modern treatment approaches contribute to improving the course of the disease; however, additional preventive measures are necessary.

Key words: schizophrenia, onset, heredity, premorbid, exogeny, Fergana Valley.

Введение: Шизофрения продолжает оставаться одним из наиболее значительных психических расстройств, оказывающих влияние на качество жизни, уровень инвалидизации и социально-экономическое бремя. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, это заболевание затрагивает примерно 24 миллиона человек по всему миру, причем его начало чаще всего наблюдается в позднем подростковом возрасте и в двадцатые годы жизни, при этом у мужчин дебют обычно происходит раньше [1].

В детско-подростковой психиатрии выделяются категории раннего дебюта шизофрении (EOS- «Early-Onset Schizophrenia»; начало до 18 лет) и детского дебюта (COS-»Continuous Onset Schizophrenia»; до 13 лет). Подростковый период рассматривается как «окно уязвимости» из-за интенсивного синаптического «прореживания» и перестройки нейронных сетей; чем ранее возникает психоз, тем выше риск нарушения нормального когнитивного и эмоционального развития [2].

Систематические обзоры подтверждают неблагоприятный прогноз при раннем дебюте. Например, мета-анализ исходов при EOS показал, что лишь около 15% пациентов достигает «хорошего» исхода, в то время как приблизительно 60% имеют «плохой» результат [3]. В катamnестических исследованиях COS только 16% испытуемых достигли хорошего уровня функционирования, причем показатели смертности (включая самоубийства) были значительно выше по сравнению с другими группами. Эти данные подчеркивают, что раннее начало заболевания связано с тяжелым течением болезни, выраженной негативной симптоматикой и снижением социальной адаптации [4-6].

Региональные данные из Ферганской долины подтверждают глобальные тен-

денции: почти каждый второй случай шизофрении в этом регионе приходится на подростковый и юношеский возраст, что подчеркивает важность проблемы раннего дебюта. Таким образом, возраст начала заболевания менее 20 лет можно считать неблагоприятным прогностическим признаком, ассоциированным с тяжелым течением болезни, длительным сроком ее существования и высокой степенью инвалидизации [7].

Цель данного исследования заключается в выявлении особенностей раннего дебюта шизофрении в условиях Ферганской долины, обосновании его прогностического значения и формировании приоритетов для программ раннего выявления и профилактики.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 1087 случаев шизофрении, зарегистрированных среди населения Ферганской долины в период 1984–2024 гг. Пациенты были распределены на четыре группы по возрасту начала заболевания - до 20 лет; 21–29 лет; 30–39 лет; 40 лет и старше

Для оценки динамики использовались сравнительные данные за 1984 и 2024 гг. Применялись χ^2 -критерий Пирсона, расчет относительного риска (ОР) и 95% доверительных интервалов (ДИ).

Результаты.

Возраст населения изучался и анализировался как фактор риска при шизофрении. В таблице 1 представлена эпидемиологическая характеристика влияния возраста на начало заболевания у взрослого населения долины или описано возникновение шизофрении в зависимости от возраста. Наиболее высокая частота дебюта отмечена в возрасте до 20 лет, при этом доля этой группы остается устойчиво высокой на протяжении 40 лет исследования.

Анализ пациентов по возрасту на момент начала заболевания показал следующее: общее количество пациентов с началом заболевания до 20 лет составило 481 (44,2%), из них 194 (44,4%) по состоянию на 1984 год и 287 (44,2%) по состоянию на 2024 год. Доля случаев начала заболевания в возрасте до 20 лет практически не изменилась между 1984 и 2024 годами, а различия статистически незначимы. [ОР-1.00; 95% ДИ - 0.87-1.15; χ^2 -0.0019; $p > 0.05$].

Количество пациентов с началом заболевания в возрасте 21-29 лет составило 359 (33,0%), из них 144 (33,0%) по состоянию на 1984 год и 215 (33,1%) по состоянию на 2024 год. Доля случаев, когда заболевание началось в возрасте 21-29 лет, в 2024 году немного снизилось по сравнению с 1984 годом, но различия не являются статистически значимыми. [ОР-1.01; 95% ДИ - 0.85-1.21; χ^2 -0.019; $p > 0.05$].

Количество больных, у которых заболевание началось в возрасте от 30 до 39 лет, составило всего 189 (17,4%), из них 75 (17,2%) по состоянию на 1984 год и 114 (17,5%) по состоянию на 2024 год. В 2024 году по сравнению с 1984 годом наблюдается заметный рост доли случаев, когда заболевание началось в возрасте 30-39 лет, и эта разница статистически значима. [ОР-1,03; 95% ДИ (CI) - 0,79-1,34; χ^2 -0,049; $p < 0,05$].

Количество больных, у которых заболевание началось в возрасте 40 лет и старше, составило всего 58 (5,3%), из них 24 (5,5%) по состоянию на 1984 год и 34 (5,2%) по состоянию на 2024 год. Доля случаев, когда заболевание началось в возрасте 40 лет и старше, существенно не изменилась с 1984 по 2024 год, различия статистически незначимы. [ОР-0,96; 95% ДИ (CI) - 0,58-1,60; χ^2 -0,024; $p > 0,05$].

Таблица-1

Выраженность начала шизофрении в зависимости от возраста

Возраст начала	1984 г.	2024 г.	Всего (n, %)	p
До 20 лет	194 (44,4%)	287 (44,2%)	481 (44,2%)	$p > 0,05$
21–29 лет	144 (33,0%)	215 (33,1%)	359 (33,0%)	$p > 0,05$
30–39 лет	75 (17,2%)	114 (17,5%)	189 (17,4%)	$p < 0,05$
40 лет и старше	24 (5,5%)	34 (5,2%)	58 (5,3%)	$p > 0,05$

Доля пациентов с началом заболевания в возрасте до 20 лет немного увеличилась в 2024 году, но эта разница не является статистически значимой. Это свидетельствует о том, что частота раннего начала заболевания между периодами стабильна, и что начало шизофрении чаще всего приходится на возраст <20 лет (12-18 лет), реже на 21-29 лет и почти в 9 раз реже на возраст ≥ 40 лет.

Наряду с изучением возраста начала заболевания, были проведены исследо-

вания влияния возраста начала заболевания и других факторов на продолжительность манифестного приступа шизофрении, качество и продолжительность первой ремиссии.

В таблице 2 приведено распределение пациентов с ранним началом заболевания (0–19 лет) по длительности манифестного приступа шизофрении (1–2 месяца, 3–4 месяца, 5 и более месяцев) в зависимости от трёх факторов: Наследственная предрасположенность, Экзогенная провокация, Шизоидный тип преморбида

Общая динамика по длительности приступа: 1984 год: больше пациентов имели длительные приступы (5 мес. и более – до 38,6%). 2024 год: наблюдается тенденция к сокращению длительности — доля 5-месячных приступов снизилась (до 26,1–33%), при росте коротких приступов (1–2 мес. и 3–4 мес. достигли до 37–39%).

Это указывает на положительный сдвиг в динамике течения заболевания: современные подходы к лечению и профилактике, вероятно, сокращают длительность приступов. Наследственная предрасположенность: в 1984 г. длительные приступы (5+ мес.) составляли 38,6%, в 2024 г. — 26,1%. Доля коротких приступов (1–2 мес.) увеличилась с 31,8% до 37,0%.

Это свидетельствует о том, что при наследственной предрасположенности современное вмешательство улучшает прогноз по длительности.

Экзогенная провокация: 1984 г.: длительные приступы — 34,8%, 1–2 мес. — 33,7%. 2024 г.: длительные снизились до 22,4%, а 1–2 мес. выросли до 39,0%.

Здесь наиболее выражен прогресс: почти вдвое снизилась доля тяжёлых (затяжных) приступов.

Шизоидный тип преморбида: 1984 г.: 5 мес. и более — 30,3%, 1–2 мес. — 36,2%. 2024 г.: длительные приступы немного выросли (33,0%), а короткие немного снизились (31,4%).

В отличие от других факторов, при шизоидном преморбиде улучшений нет: напротив, отмечается тенденция к большей затяжности приступов. Шизоидный тип преморбида остаётся неблагоприятным фактором — при нём сокращения длительности не наблюдается, что требует разработки особых программ профилактики и терапии.

Таблица-2

Влияние раннего возраста начала заболевания и сочетания других факторов на продолжительность манифестного приступа шизофрении

длительность манифестного приступа	Возраст начала заболевания 0-19 лет					
	Другие факторы					
	Наследственная предрасположенность		Экзогенная провокация		Шизоидный тип преморбида	
	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г
1-2 месяц	38 (31,8%)	75 (37,0%)	35 (33,7%)	63 (39,0%)	24 (36,2%)	38 (31,4%)
3-4 месяц	36 (29,6%)	75 (36,9%)	33 (31,5%)	62 (38,6%)	23 (33,5%)	42 (35,6%)
5 и более месяцев	46 (38,6%)	53 (26,1%)	36 (34,8%)	37 (22,4%)	21 (30,3%)	39 (33,0%)

В таблице 3 сравнивается распределение клинической картины первой ремиссии у пациентов с ранним началом заболевания (0–19 лет), в зависимости от трёх факторов риска.

Выделяются два исхода ремиссии: Ремиссия без продуктивных расстройств. Ремиссия с продуктивными расстройствами

Наследственная предрасположенность: 1984 г.: ремиссия без продуктивных расстройств у 60,3%, с продуктивными — 39,7%. 2024 г.: ремиссия без продуктивных расстройств снизилась до 40,3%, а с продуктивными выросла до 59,7%.

Экзогенная провокация: 1984 г.: ремиссия без продуктивных расстройств — 48,1%, с продуктивными — 51,9%. 2024 г.: улучшение — ремиссия без продуктивных расстройств у 55,6%, с продуктивными — 44,4%.

Шизоидный тип преморбида: 1984 г.: ремиссия без продуктивных расстройств — 53,4%, с продуктивными — 46,6%. 2024 г.: ремиссия без продуктивных расстройств увеличилась до 57,1%, а с продуктивными снизилась до 42,9%.

Умеренно положительная динамика: чаще удаётся достичь ремиссии без остаточных продуктивных проявлений.

Ремиссии с продуктивными расстройствами были отмечены у 59,7% больных,

но уже значительно чаще по состоянию на 2024 года в группах больных с наследственной отягощенностью шизофренией и с шизоидным типом преморбида при воздействии экзогений, с ранним началом (в 12-18 лет) заболевания вне зависимости от влияния экзогенных факторов

Генетическая отягощённость остаётся неблагоприятным прогностическим фактором: неполные ремиссии (с продуктивной симптоматикой) стали встречаться чаще.

Экзогенные факторы и шизоидный преморбид демонстрируют улучшение исходов, что говорит о положительном влиянии современных лечебных и профилактических стратегий.

Таблица-3

Влияние раннего возраста начала заболевания и сочетания других факторов на клиническую картину первой ремиссии шизофрении

клиническая картина первой ремиссии	Возраст в начале заболевания (0-19 лет)					
	Другие факторы					
	Наследственная предрасположенность		Экзогенная провокация		Шизоидный тип преморбида	
	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г
Ремиссия без продуктивных расстройств	72 (60,3%)	82 (40,3%)	50 (48,1%)	90 (55,6%)	36 (53,4%)	68 (57,1%)
Ремиссия с продуктивными расстройствами	48 (39,7%)	121 (59,7%)	54 (51,9%)	72 (44,4%)	32 (46,6%)	51 (42,9%)

Требуется разработка специальных программ ранней диагностики и профилактики именно для пациентов с наследственной предрасположенностью.

В таблице 4 рассматривается длительность первой ремиссии у пациентов с началом заболевания в возрасте 0–19 лет.

Таблица-4

Влияние раннего возраста начала заболевания и сочетания других факторов на продолжительность первой ремиссии шизофрении

Длительность первой ремиссии	Возраст в начале заболевания (0-19 лет)					
	Другие факторы					
	Наследственная предрасположенность		Экзогенная провокация		Шизоидный тип преморбида	
	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г	1984 г	2024 г
До 2-х лет	54 (44,8%)	63 (31,1%)	42 (39,9%)	52 (31,8%)	32 (46,0%)	49 (41,5%)
3-5 лет	36 (29,8%)	54 (26,5%)	28 (26,6%)	37 (23,1%)	16 (23,5%)	26 (21,9%)
6-9 лет	11 (9,4%)	32 (15,9%)	12 (12,0%)	24 (14,8%)	7 (10,8%)	16 (13,1%)
10 лет и более	19 (16,0%)	54 (26,5%)	22 (21,5%)	49 (30,3%)	13 (19,7%)	28 (23,5%)

Наследственная предрасположенность: 1984 г.: короткая ремиссия (до 2 лет) — 44,8%, длительные (10+ лет) — 16,0%. 2024 г.: короткая ремиссия снизилась до 31,1%, а длительные выросли до 26,5%.

Наблюдается позитивная динамика: меньше быстрых рецидивов, чаще формируются более длительные ремиссии.

Экзогенная провокация: 1984 г.: до 2 лет — 39,9%, больше 10 лет — 21,5%. 2024 г.: до 2 лет — 31,8%, больше 10 лет — 30,3%.

Явное улучшение: значительно выросла доля пациентов с длительной ремиссией (более 10 лет).

Шизоидный тип преморбида: 1984 г.: до 2 лет — 46,0%, больше 10 лет — 19,7%. 2024 г.: до 2 лет — 41,5%, больше 10 лет — 23,5%.

Здесь динамика более слабая: короткие ремиссии остаются частыми, хотя длительные (больше 10 лет) немного увеличились. Наследственная предрасполо-

женность также демонстрирует положительные изменения, но риск раннего рецидива остаётся.

Шизоидный преморбид остаётся проблемным предиктором: у значительной части пациентов ремиссия короткая.

Обсуждение результатов:

Из представленных данных можно сделать вывод, что доля населения, у которого шизофрения началась в возрасте 21-29 лет, практически не изменилась. Этот возраст остается наиболее распространенным периодом для начала заболевания даже спустя 40 лет.

Кроме того, доля случаев начала заболевания в возрасте 30-39 лет значительно увеличилась в 2024 году по сравнению с 1984 годом, что является статистически значимым изменением за 40 лет. В данной возрастной группе эту тенденцию можно объяснить, во-первых, изменением и совершенствованием диагностической деятельности с течением времени, а во-вторых, сравнительно большим накоплением факторов риска.

Наибольшая продолжительность первого приступа (пять и более месяцев) была отмечена у 38,6 % больных и уже значительно чаще по состоянию на 1984 года в группах больных с наследственной отягощенностью шизофренией и другими психическими заболеваниями при экзогенной провокации приступа, с шизоидным типом преморбида вне зависимости от воздействия экзогений, при спонтанном дебюте заболевания в раннем возрасте.

Негативная динамика: у наследственно отягощённых пациентов за 40 лет стало чаще формироваться неполная ремиссия с сохранением продуктивной симптоматики.

Положительная динамика: при экзогенных факторах чаще формируется чистая ремиссия, что говорит о более благоприятном прогнозе.

Наименьшая продолжительность первой ремиссии (менее двух лет) было отмечено у 44,8% больных, достоверно чаще по состоянию на 1984 года в группах больных с наследственной отягощенностью шизофренией, шизоидными чертами характера в преморбиде, с ранним началом заболевания при воздействии экзогенных факторов.

Ранний возраст дебюта шизофрении (<20 лет) является устойчивым эпидемиологическим феноменом в регионе. Доля подросткового и юношеского начала сохраняется на уровне 40–45% всех случаев, что согласуется с международными данными. Ранний дебют можно рассматривать как неблагоприятный прогностический признак, так как он удлиняет период болезни, усиливает негативную симптоматику и ограничивает социальную адаптацию.

Кроме того, увеличение числа пациентов с дебютом в возрасте 30–39 лет в последние десятилетия, вероятно, связано с совершенствованием диагностики и изменением структуры внешних факторов риска.

Неблагоприятное значение имеют наследственная отягощенность шизофренией при экзогенной провокации, шизоидный тип преморбида и ранний возраст начала заболевания вне зависимости от воздействия экзогенных факторов. Среди экзогенных факторов на этом этапе заболевания особой патогенностью отличаются алкоголизация (наркотизация), сочетанные экзогении и психогении.

Выводы: Возраст начала шизофрении является ключевым эпидемиологическим фактором. В Ферганской долине около 44% случаев дебютируют до 20 лет (в основном 12-18 лет). Ранний дебют (<20 лет) является неблагоприятным прогностическим признаком. Необходимы региональные программы раннего выявления и психосоциальной поддержки подростков и молодежи из групп риска.

Всё это подчеркивает важность разработки превентивной и предиктивных мероприятий, внедрения семейной психиатрии для реализации практических психотерапевтических мер по устранению вредных привычек и нормализации микросоциальных отношений внутри семьи.

В целом полученные результаты подтверждают важность возрастного фактора в изучении эпидемиологии, механизмов развития и клинических изменений шизофрении. Более глубокое изучение изменений возрастной структуры начала шизофрении является основной целью данной научной работы, и представленные в ней выводы помогут разработать более эффективные технологии раннего выявления и профилактики заболевания.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддерж-

ки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

LIST OF REFERENCES

- [1] Association NAP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35787119/>
- [2] Kendhari J, Shankar R, Young-Walker L. A review of Childhood-Onset schizophrenia. FOCUS the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2016 Jul 1;14(3):328–332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31975813/>
- [3] De Pablo GS, Guinart D, Armendariz A, Aymerich C, Catalan A, Alameda L, et al. Duration of untreated psychosis and outcomes in First-Episode psychosis: systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies. Schizophrenia Bulletin. 2024 Mar 16;50(4):771–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38491933/>
- [4] Gogoleva V.S., Drutskaya M.S., Atretkhan K.S. et al. Microglia in the homeostasis of the central nervous system and neuroinflammation. Molecular Biology. 2019 Jan 1;53(5):790-8. <https://link.springer.com/article/10.1134/S0026893319050054>
- [5] Goryunov AV. The evolution of views on childhood schizophrenia. Psikhiatriya. 2025 Jan 9;22(5):107–16. <https://www.journalpsychiatry.com/jour/article/view/1254>
- [6] Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. Schizophrenia. 2015 Mar 2;1(1). <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-015-0308-1>
- [7] Аграновский МЛ и др. Роль наследственности и экзогений в формировании первой ремиссии шизофрении с приступообразным типом течения. Re-health journal. 2020; 2;(3); 103-107. [Agranovsky ML, Agranovsky KM, Islamov ShKh, Alimova MA. The role of heredity and exogenous factors in the formation of the first remission of schizophrenia with an episodic course. Re-health journal. 2020; 2 (3): 103-107 (in Russ)] <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-nasledstvennosti-i-ekzogeniy-v-formirovanii-pervoy-remissii-shizofrenii-s-pristupoobraznym-tipom-techeniya>