

A.S. VELLİYAYEVA, U.U. OCHILOV

B.T. TURAYEV, R.B. XAYYATOV

NARKOLOGIYA

ASOSLARI

O'quv qo'llanma

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT MEDITSINA INSTITUTI
PSIXIATRIYA, TIBBIY PSIXOLOGIYA VA NARKOLOGIYA
KAFEDRASI

VELILYAEVA A.S., OCHILOV U.U.
TURAYEV B.T., XAYATOV R.B.



NARKOLOGIYA ASOSLARI

*Tibbiyot oliy tal'lim muassasalari davolash va kasb ta'limi fakultetlari
5-kurs talabalari uchun o'quv qo'llanma*

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot instituti Ilmiy Kengashining
25-noyabr 2020-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "4"- son bayonnomasiga ko'ra
tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



TIBBIYOT KO'ZGUSI

Samarqand - 2021

Sam DTI
axborot-resurs markazi

1465 y

UDC 615.099(075.8)

КБК: 56.14я73

N 25

Narkologiya asoslari [Matn]: o'quv qo'llanma / Velilyaeva Alie Sabrievna [va boshq.]. - Samarqand: TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. - 112 b.

Mualliflar:

Velilyayeva A.S. - SamDTI psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

Ochilov U.U. - SamDTI DKTF psixiatriya kursi mudiri, t.f.n.(PhD)

Turayev B.T. - SamDTI psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası assistenti.

Xayatov R.B. - SamDTI psixiatriya, tibbiy psixologiya va narkologiya kafedrası assistenti.

Taqrizchilar:

Abdullayeva V.K. - ToshPMI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrası mudiri, t.f.d.

Djurabekova A.T. - SamDTI nevrologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, t.f.d, professor.

s

ISBN 978-9943-7093-7-9

© VELILYAEVA ALIE SABRIEVNA 2021-y.

© TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021-y.

MUNDARIJA

KIRISH	4
Narkologik xizmatni tashkil etish.	5
Alkogol mahsulotlaridan o'tkir zaharlanish	7
Oddiy alkogolli mastlik	11
Oddiy alkogolli intoksikasiyaning atipik shakllari	13
Patologik (mastlik) intoksikasiya	16
Alkogolli mastlikni tekshirish.....	17
ALKOGOLIZM	19
Alkogolizmning etiologiyasi va patogenezi	20
Alkogolizmning tarqalishi	22
Alkogolizmning birinchi (dastlabki) bosqichi	24
Alkogolizmning ikkinchi (o'rta) bosqichi	30
Alkogolizmning uchinchi (yakuniy) bosqichi	32
Alkogolizmdagi remissiya	33
Alkogolizmda somatik va asab kasalliklari	36
Alkogolizmda yosh va jins xususiyatlari	40
Alkogolizmi davolash	45
Alkogolizmi oldini olish.	46
Alkogolli psixozlar	48
GIYOHVANDLIK (Narkomaniya)	58
Afyunga (opiy) qaramlik	58
Nasha (gashish) giyohvandligi	62
Sedativ va uyqu chaqiruvchi vositalar tufayli ruhiy va xulq-atvor buzilishi (F13)	72
KASALLIK TARIXINING TUZILISHI	82
PSIXOFAOL MODDALAR QABUL QILUVCHI BEMORLAR KASALLIK TARIXINING ASOSIY QISMI	85
TEKSHIRISH REJASI	97
Epikriz.....	100
Kasallik tarixidan ko'chirma	101
SUD-NARKOLOGIK EKSPERTIZA	103
Transport vositalari haydovchilarining mast holatda ekanligini aniqlash tartibi.....	108
ADABIYOTLAR:	119

KIRISH

Narkologiya - alkogolizm, narkomaniya va toksikomaniya kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, tarqalishi, klinikasi, diagnostikasi va davolash usullarini, ijtimoiy aspektlarini yani reabilitatsiya masalalarini o'rganuvchi tibbiy fandır.

Alkogolizm ijtimoiy ma'noda jamiyat farovonligiga va insonlarning sog'lig'iga, turmushiga, mehnatiga putur yetkazuvchi nome'yoriy spirtli ichimliklarni ichish tushuniladi. Tibbiy ma'noda alkogolizm - bu organizmning ichki organlarida va tizimlaridagi o'zgarishlar, aniq ruhiy buzilishlar bilan boradigan, spirtli ichimliklarga qaramlikning rivojlanishi bilan o'tadigan, doimiy alkogol iste'mol qilish natijasida yuzaga keluvchi surunkali kasallik hisoblanadi.

World Drug Report 2019 yil ma'lumotlariga ko'ra dunyo bo'ylab 35 million kishi giyohvand moddalarni iste'mol qilishidan aziyat chekmoqda, ammo har 7 kishidan bittasi davolanadi. Vena, 26 iyun 2019 yil - takomillashtirilgan tadqiqotlar va aniq ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, giyohvand moddalarni iste'mol qilishning sog'liqqa salbiy ta'siri ilgari o'ylanganidan ko'ra jiddiyroq va keng tarqalgan. Birlashgan Millatlar Tashkilotining Giyohvand moddalar va jinoyatchilik bo'yicha boshqarmasi (UNODC) tomonidan chop etilgan so'nggi Dunyo bo'yicha giyohvand moddalar to'g'risidagi hisobotga ko'ra, dunyo bo'ylab 35 millionga yaqin odam giyohvand moddalarni iste'mol qilish buzilishidan aziyat chekmoqda va davolanishga muhtoj. 2017 yilda giyohvand moddalarni iste'mol qiladigan 585 ming kishining uchdan ikki qismi afyun iste'mol qilishdan vafot etgan.

Narkologik xizmatni tashkil etish.

Narkologik xizmat - bu alkogolizm, giyohvandlik va toksikomaniya bilan kasallangan bemorlarga yordam ko'rsatadigan ixtisoslashtirilgan muassasalar tarmog'i. Narkologiya va narkologik xizmatning tibbiy ixtisosligi psixiatriya xizmatidan ajratilgan bo'lib, mamlakatimiz aholisi salomatligi uchun qaramlik muammosining ahamiyati katta bo'lgan. Dunyoning aksariyat mamlakatlarida alohida "narkologiya" ixtisosligi mavjud emas: psixiatrlar giyohvandlikka chalingan bemorlarni davolash bilan shug'ullanadilar.

Asosiy ixtisoslashtirilgan narkologik muassasa - bu narkologik dispanser yoki tuman narkologik kabineti. Narkologik dispanserda konsultativ va dispanser kuzatuv xuddi shu printsiplar asosida, asab-psixiatriya dispanserida amalga oshiriladi. Narkologik xizmat statsionar va shifoxonadan tashqari muassasalarni o'z ichiga oladi. Psixoaktiv moddalarga qaramligi bo'lgan bemorlarni davolash va rehabilitatsiya qilish ham narkologik dispanserlarda, ham kasalxonalarda amalga oshiriladi. Ushbu muassasalardagi asosiy terapevtik tadbirlar psixoaktiv moddalarni iste'mol qilishni to'xtatish, abstinentsiyani to'xtatish, remissiyani o'rnatish va saqlashga qaratilgan (psixoaktiv moddalardan foydalanishdan voz kechish). Narkologik shifoxonada va narkologik dispanserda ko'rsatiladigan yordam asosan bir-biriga o'xshashdir. narkologik shifoxonada kasalxonaga yotqizish faqat bemorning xohishi bilan belgilanadi (intensiv davolash, psixoaktiv moddalardan ajratish). Narkologik muassasalarda psixozni davolash uchun sharoitlar mavjud emas, shuning uchun psixoz psixoaktiv moddalarni ishlatish yoki uni bekor qilish natijasida paydo bo'lganda (eng ko'p tarqalgani alkogolli deliriyum, "deliriyum tremens"), bemorlar psixoz to'liq hal bo'lguncha oddiy psixiatriya kasalxonasiga o'tkazilishi kerak.

Narkologik muassasalarda davolanish faqat bemorning roziligi bilan amalga oshiriladi. So'nggi yillarda giyohvand moddalarni davolash bilan shug'ullanadigan nodavlat xususiy va davlat muassasalari keng tarqalmoqda.

Spirтли ichimliklar eng ko'p ishlatiladigan psixoaktiv moddadir. Farmakologiya, toksikologiya va narkologiya nuqtai nazaridan alkogolli ichimliklar giyohvand moddadir. Ammo spirтли ichimliklar giyohvand moddalar ro'yxatiga kiritilmaganligi sababli, alkogolizm qonuniy ravishda giyohvandlik deb hisoblanmaydi. Aholini giyohvand moddalar bilan davolashni tashkil qilish tizimida alkogolizm yetakchi o'rinni egallaydi va ushbu guruh kasalliklarining asosiy shaklini ifodalaydi.

Giyohvand vositalarining ro'yxatiga kiritilmagan psixoaktiv moddalar odatda toksik deb nomlanadi. Ular giyohvand moddalarning barcha psixotrop xususiyatlariga ega, ular giyohvandlik bilan bog'liqlikning shakllanish uslublari bilan umumiydir. Bundan tashqari, giyohvand moddalarga qaramlik ko'pincha aniqroq bo'ladi. Agar Jinoyat kodeksida ushbu moddalarni noqonuniy olish, saqlash, ishlab chiqarish, qayta ishlash, jo'natish va sotish uchun jinoiy javobgarlik ko'zda tutilmagan bo'lsa, unda ular giyohvand moddalar hisoblanmaydi.

Hozirgi kunda psixoaktiv moddalarni iste'mol qilish va suiiste'mol qilish ko'payganligi sababli, har qanday mutaxassislik bo'yicha shifokor anamnezni yig'ish, fizik tekshiruvning o'ziga xos xususiyatlarini va psixoaktiv moddalarni suiiste'mol qilishda gumon qilingan bemorlarni ekspress-diagnostika qilish imkoniyatlarini bilishi kerak.

Anamnezni olish: odatda bu bemorlar psixoaktiv moddalardan foydalanishni tan olishga olib kelishi mumkin bo'lgan oqibatlaridan qo'rqib, foydalanish faktini inkor etishadi yoki dozani kamaytiradi. Shuning uchun, agar siz psixo faol moddalarini ishlatishdan shubhalansangiz, boshqa manbalardan ob'ektiv ma'lumot olishga intilishingiz kerak. Shu bilan birga, shifokor bemorning psixoaktiv moddalarni ishlatish faktini kamaytirishga yoki butunlay to'xtatishni tushunishi kerak.

Shuni yodda tutish kerakki, giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish ko'pincha ruhiy kasalliklar (depressiya, xavotir) bilan birga keladi, bu o'z-o'zidan ularning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bemorlar buyurilgan va buyurilmagan dorilar yordamida o'z-o'zini davolashlari mumkin. Depressiya, xavotir yoki psixoz belgilari bo'lgan bemorni tekshirishda ushbu buzilishlar psixoaktiv moddalardan foydalanish natijasida yuzaga kelishi mumkinligini istisno qilish kerak.

Jismoniy tekshiruv paytida bemorning tibbiy kasalligi psixoaktiv moddalarini qo'llash bilan bog'liqligini aniqlash kerak. Shunday qilib, agar siz OIV infeksiyasi, bakterial endokardit, gepatit, tromboflebit, qoqshol, xo'ppozlar, vena ichiga yoki teri ostiga in'ektsiya izlari paydo bo'lishiga shubha qilsangiz yoki aniqlasangiz, psixoaktiv moddalarni tomir ichiga yoki teri ostiga yuborilishini istisno qilish kerak. Kokain yoki geroinni yutadigan bemorlarda ko'pincha burun septumining siljishi yoki burundan qon ketishi va rinit paydo bo'ladi. Tozalangan kokain, marixuana yoki boshqa narkotiklarni (shu jumladan, nafas olish yo'li bilan) chekadigan bemorlar ko'pincha bronxit, astma va surunkali nafas olish yo'llari kasalliklariga chalinadi.

Agar siz psixoaktiv moddalardan foydalanishda gumon qilsangiz, siydikda giyohvand moddalarni aniqlash uchun tezkor testlardan foydalanish ehtimoli katta. Mahalliy testlar o'zlarini yaxshi isbotladi, bu esa bemorga ma'lum dorilarni ishlatishini yoki -yo'qligini juda yuqori ishonchlilik bilan aniqlashga imkon beradi. Bir vaqtning o'zida bir yoki bir nechta psixo faol moddalarini aniqlash bo'yicha testlarning mavjudligi erta tashxis qo'yish uchun keng imkoniyatlarni ochib beradi. Diagnostik tekshiruvlarning soddaligi, giyohvand moddalarning afyun guruhini besh kun ichida, kannabinoidlarni oxirgi ishlatilgandan keyin 2 hafta ichida aniqlash imkoniyati ularni kasalxonalarda, kundalik hayotda, ta'lim muassasalarida, tekshiruvga imkon beradi.

Tibbiy ma'lumotnomalarda ishlatilgan moddaning toifasiga emas, balki uning batafsil tavsifini berish kerak. Shuningdek, qabul qilish usuli, dozasi va chastotasini ko'rsating, agar ekspress test o'tkazgan bo'lsa - uning natijalari. Shuni yodda tutish kerakki, tezkor testlar, shuningdek, psixoaktiv moddalarga qaramlik diagnostikasidagi laboratoriya tadqiqotlari faqat yordamchi ahamiyatga ega, chunki bemor tanasida psixo faol moddasini aniqlash haqiqati tashxis qo'yish uchun asos emas. Kasallikni aniqlashda asosiy usul bu klinik tekshirish usulidir.

Alkohol mahsulotlaridan o'tkir zaharlanish

Etil spirti birinchi navbatda markaziy asab tizimiga ta'sir qiladi. Bu o'ziga xos alkogolli ajitatsiyani keltirib chiqaradi. Avvalo, spirtli ichimliklar

ta'siri ostida miya yarim korteksining faoliyati buziladi va uning qondagi konsentratsiyasi oshishi bilan umurtqa pog'onasi va medulla oblangata hujayralari ta'sir qiladi. Orqa miya refleksleri faqat chuqur intoksikatsiya bilan tasirlanadi. Spirtli ichimliklar ta'siri ostida kortikal hujayralarning reaktivligi va ishlashi pasayadi, bu esa murakkab shartli birikmalarning buzilishiga olib keladi. Spirtli zaharlanishning o'ziga xos xususiyati alkogolning haqiqiy qo'zg'alish ta'sirini ko'rsatmaydi. Bu alkogolli qo'zg'alishni aniqlaydigan subkortikal markazlarni chiqarishga olib keladi. Katta dozalarda alkogol subkortikal markazlarni ham siqib chiqaradi, bu komaga olib kelishi mumkin. Spirtli ichimliklar ta'siri ostida antagonist mushaklarning muvofiqlashtirilishi buziladi, bu esa harakatlarning noaniqligiga olib keladi: mast yurishi titroq, noaniq bo'lib qoladi (katta darajada bu vestibulyar apparatlarning ishlashining buzilishi bilan ham bog'liq). Bu asosan tanadagi spirtli ichimliklarni so'rilishini va tarqalishini aniqlaydi. Spirtli ichimliklar miya hujayralarida oksidlanish jarayonlarini buzadi, u hujayralarga kirib borishi mumkin, bu hujayra tashqarisida va ichidagi konsentratsiyasining farqiga bog'liq.

Spirtli ichimliklar, asosan, markaziy asab tizimi orqali harakat qilib, oshqozon sekretsiasining kuchli qo'zg'atuvchisi hisoblanadi, ammo ajratilgan me'da shirasi fermentlar tarkibida kam bo'lib, uning hazm qilish qobiliyati pasayadi. Alkogolning oshqozon-ichak traktiga mahalliy ta'siri ham katta ahamiyatga ega, uning oqibatida qon tomirlaridagi uzoq davom etgan giperemiya va turg'unlik shilliq pardaning parenximatik elementlarida distrofik o'zgarishlarga olib keladi.

Spirtli ichimliklar oshqozonning motor funktsiyasini kuchaytiradi va shuning uchun uning tarkibidagi evakuatsiya tezroq bo'ladi. Oddiy sharoitda og'iz orqali qabul qilinganda olingan spirtning taxminan 20% oshqozonga, qolgan 80% esa ingichka ichakka singib ketadi. Spirtli ichimliklar oshqozon va ingichka ichak devorlariga tarqaladi, ularning aksariyati o'zgarishsiz qonga kiradi. Spirtli ichimliklarning yana bir qismi oshqozon va ingichka ichak devorlariga kirib, qorin bo'shlig'iga kiradi, u erdan qorin parda katta yuzasiga singib ketadi va shundan keyingina qon oqimiga kiradi.

Absorbsiya (rezorbsiya) intensivligi ko'plab omillar bilan belgilanadi:

alkogolning oshqozon-ichak trakti devori bilan aloqa qilish maydoni va uning qon tomirlanishi, me`da tarkibidagi moddalarning ichakka evakuatsiya tezligi, iste`mol qilish xususiyati (bir marta yoki qisman), ichimlik turi (uning kuchi, karbonat angidrid borligi). Sog`lom odamlarda spirtli ichimliklar oshqozon-ichak traktida 45 daqiqadan 3 soatgacha qolishi mumkin, bu o`tkir alkogol zaharlanishiga birinchi yordam ko`rsatishda e`tiborga olinishi kerak.

Ko`pgina odamlar uchun qonda alkogolning maksimal konsentratsiyasi ichilganidan keyin 1 soat ichida, spirtli ichimliklarni och qoringa ichganda - 15-80 daqiqadan so`ng sodir bo`ladi. Agar spirtli ichimliklar ichishdan oldin oshqozon ovqat bilan to`ldirilgan bo`lsa, unda 1.5-2 soat ichida qondagi konsentratsiya maksimal darajaga etadi. Kartoshka, go`sht va yog`lar alkogolning oshqozondan so`rilishini yengillashtiradigan narsadir. Gastrit va oshqozon yarasi kasalligi bo`lgan odamlarda alkogolning so`rilish darajasi sog`lom odamlarga qaraganda ancha yuqori va shunga ko`ra qonda spirtning konsentratsiyasi juda keskin ko`tariladi.

Spirtli ichimliklar tanaga kirgan paytdan boshlab uning bo`linishi va ajralishi bilan bog`liq faol jarayonlar boshlanadi. Iste`mol qilingan alkogolning 90-98% endogen oksidlanishga uchraydi; uning 2 dan 10 foizigacha siydik, nafas chiqaradigan havo, ter, tupurik, najas va boshqalar bilan o`zgarmagan holda tanadan ajralib chiqadi. Spirtli ichimliklarni oksidlanishi asosan jigarda bo`ladi.

Spirtli ichimliklarni yo`q qilish (chiqarib yuborish) bosqichi oshqozon-ichak traktidan olingan spirtning 90-98% so`rilganidan keyin sodir bo`ladi.

Spirtli ichimliklar organizmda alkogol degidrogenaza va katalaza ishtirokida oksidlanib, asetaldegidga, so`ngra sirka kislotasiga aylanadi, u karbonat angidrid va suvga aylanadi. Kichik dozalarni qabul qilishda oksidlovchi spirtning 90% ga yaqini alkogol degidrogenaza (jigarda) va 10% ga yaqini katalaza ta`sirida bo`ladi. Jigarda spirtning oksidlanishi uning tanadagi konsentratsiyasiga bog`liq emas, ya`ni bu yerda nisbatan doimiy miqdor har doim oksidlanadi. Alkogolning katalaza bilan oksidlanishi uning bu jarayon sodir bo`ladigan to`qimalardagi

konsentratsiyasiga bog'liq. Organlarda qancha ko'p spirt bo'lsa, shunchalik katalaza tizimi tomonidan oksidlanadi. Bunday holatda jigar va katalaza tizimi tomonidan oksidlanishning odatdagi nisbati 90:10 alkogol ichuvchilarda katta dozada spirtli ichimliklarni 50:50 gacha yoki undan ham ko'proq ichganda o'zgarishi mumkin, chunki katalaza tizimi oksidlanishni bir necha bor oshirishi mumkin va jigar alkogol degidrogenazasi faqat ma'lum miqdordagi spirtni oksidlaydi. Bu spirtli ichimliklarga odatlangan odamlar va alkogolizm bilan kasallangan bemorlar tomonidan katta miqdordagi alkogoldan foydalanishni tushuntirish mumkin.

So'rilgandan so'ng spirt ko'p organlarga deyarli bir tekis kirib boradi va uni qabul qilganidan keyin 1-1,5 soat o'tgach, tarqoq muvozanat o'rnatiladi, ammo turli to'qima va organlarda alkogol miqdori hech qachon bir xil bo'lmaydi. Qondagi alkogolning konsentratsiyasi alkogol intoksikatsiyasining eng yaxshi ko'rsatkichidir. Qon tekshirish uchun ko'p qirrali materialdir (tirik odamlar va jasadlar). Qon tarkibidagi spirtning miqdori birlik sifatida olinadi va boshqa suyuqliklar (organlar va to'qimalar) uchun tegishli koeffitsientlardan foydalaniladi. Shunday qilib, miya to'qimalarida alkogol tarkibini qayta hisoblash koeffitsienti $1,15 \pm 0,14$, mushak to'qimalari uchun - 0,74 dan 0,93 gacha; tupurik uchun - $0,97 \pm 1,4$. Spirtli ichimliklar ichgandan keyin 1 soat ichida siydik alkogol qon spirtining nisbati 1: 1, 2 soatdan keyin - 1: 1,3, 3 soatdan keyin - 1: 1,43 va 4 soatdan keyin - 1: 1,33.

Spirtli ichimliklarni tanadan chiqarish (oksidlanish va tanadan ajralish) bu to'qimalarning rezorbsiyasi va tarqalishi bilan birga kechadigan jarayon. Tanadan chiqarish umumiy davomiyligi ko'plab sabablarga va birinchi navbatda qabul qilingan dozaga bog'liq. Printsipial jihatdan alkogol normal metabolitdir va uning izlari qonda doimo mavjud (taxminan 0,018 mg%). Erkaklarda etanol inaktivatsiyasi darajasi o'rtacha 0,12 g / kg / soat, ya'ni soatiga taxminan 10 ml sof spirt, ayollar uchun bu ko'rsatkich 25% ga kam va o'rtacha 0,085 g / kg / soat.

Alkogolli intoksikatsiya - bu markaziy asab tizimining o'zgarishiga olib keladigan etil spirti (alkogol) tarkibidagi ichimliklarning psixotrop ta'siridan kelib chiqadigan o'tkir intoksikatsiya. Yengil holatlarda u ideomotor qo'zg'alish va vegetativ alomatlar bilan, og'ir holatlarda -

tormozlanishning yanada chuqurlashishi, asab kasalliklarining rivojlanishi va aqliy funktsiyalarning keskin tushkunligi bilan komaga qadar davom etadi.

Spirтли ichimliklar bilan zaharlanishning og'irligi va uning klinik xususiyatlari nafaqat qabul qilingan spirt miqdori, qabul qilish darajasi, havo harorati va hattoki uning qondagi konsentratsiyasiga bog'liq. Bu, shuningdek, shaxsning individual biologik, ruhiy xususiyatlariga - asab tizimining turiga, shaxsiy xususiyatlariga, shuningdek, hozirgi paytda uning funktsional holatiga bog'liq. Masalan, spirtli ichimliklarga nisbatan sezgirlik psixopatik odamlarda, o'tmishdagi yuqumli va somatik kasalliklarda yoki markaziy asab tizimining susayishida aziyat chekkan kranioserebral travma oqibatlariga chalingan odamlarda turli darajada og'ir kichadi.

Alkogolli intoksikatsiyaning klinik ko'rinishlari quyidagi asosiy turlarga bo'linadi:

- a) oddiy alkogol mastlik;
- b) oddiy alkogolli intoksikatsiyaning o'zgartirilgan shakllari;
- v) patologik intoksikatsiya.

Oddiy alkogolli mastlik

Oddiy alkogolli intoksikatsiya o'zini yengil, o'rtacha va og'ir darajada namoyon qilishi mumkin.

Oddiy alkogol intoksikatsiyasining yengil darajasi (odatda qonda spirtning konsentratsiyasi 1-1.5) issiqlik hissi, terining giperemiyasi, yurak urish tezligi, ishtahani kuchayishi va shahvoniy istak bilan namoyon bo'ladi. Diqqat osongina chalg'itiladi, fikrlash tezligi tezlashadi, unda nomuvofiqlik va yuzakilik hukm sura boshlaydi. Harakatlarda dadillik, aniqlikning pasayishi kuzatiladi. Kayfiyat yaxshilanadi, quvnoqlik va mamnunlik hissi paydo bo'ladi, yoqimli fikrlar hukmronlik qiladi, eshitilgan va ko'rilgan narsalarni idrok etish asosan ijobiy xususiyatga ega. Nutq tobora kuchayib boradi va tezlashadi, ammo artikulyatsiya buzilishlari mavjud emas yoki kamdan-kam hollarda ular sezilarli darajada ifoda etilmaydi. Ham o'z ahvoliga, ham bajarilgan vazifalarga nisbatan tanqidiy munosabat kamayadi. Mastlik boshlanganidan bir muncha vaqt o'tgach,

asta-sekin letargiya va befarqlik bilan almashtiriladi, jismoniy faollik bo'shashishga yo'l ochadi: fikrlash sekinlashadi. Charchoq holati o'sadi, uxlash istagi paydo bo'ladi. O'rtacha bir necha soat davom etadigan yengil darajadagi intoksikatsiyadan so'ng, yoqimsiz aqliy va jismoniy hislar qayd etilmaydi, mastlik davri xotiralari saqlanib qoladi.

Oddiy alkogolli intoksikatsiyaning o'rtacha darajasi (qonda alkogolning kontsentratsiyasi 1,5 dan 3% gacha) xulq-atvorning yanada qo'pol o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Eshitish chegarasining oshishi tufayli nutq dizartrik va balandroq bo'ladi. G'oyalar qiyinchilik bilan shakllanadi, ularning mazmuni bir xil bo'ladi. Assotsiativ jarayonni sekinlashtirishishi kuzatiladi. Xuddi shu iboralarning tez-tez takrorlanishi kuzatiladi. Diqqat sekin o'zgaradi, faqat kuchli stimullar ta'sirida. O'z imkoniyatlarini va boshqalarning harakatlarini tanqidiy baholash qobiliyati keskin kamayadi. Bu har xil to'qnashuvlarning paydo bo'lishiga olib keladi, bu mast bo'lgan o'zini haddan tashqari oshirib yuborish va haydovchilar va istaklarni yo'q qilish bilan bog'liq. Harakatlar beqaror bo'lib qoladi va ataksiya alomatlari paydo bo'ladi. O'rtacha intoksikatsiyasi bo'lgan deyarli barcha odamlarda yozuv buzilishi, Romberg holatiga tushib qolish tendentsiyasi buziladi. Shuni ta'kidlash kerakki, o'rtacha darajadagi zaharlanish holatida bo'lgan odam, yuqoridagi alomatlarga qaramay, nafaqat boshqalarga, balki o'ziga ham, ya'ni juda to'g'ri va aniq so'zlarni aytishga qodir. O'rtacha intoksikatsiya odatda chuqur uyqu bilan davom etadi. Uyg'onganidan so'ng, mastlikning ta'siri seziladi: zaiflik, sustlik, og'izning qurishi, chanqoqlik, boshida og'irlik hissi, ba'zi hollarda asabiylashish yoki tushkun kayfiyat. Jismoniy va aqliy ko'rsatkichlar kamayadi. Mastlik davrida sodir bo'lgan voqealar, ayniqsa, hissiy ahamiyatga ega bo'lmagan voqealar haqida, xotiralar noaniq, individual epizodlarni unutish kuzatiladi.

Oddiy alkogolli intoksikatsiyaning og'ir darajasi (qonda alkogolning kontsentratsiyasi 3 dan 5% gacha va undan yuqori) chuqurligi bilan ajralib turadigan ong buzilish alomatlari paydo bo'lishi bilan belgilanadi. Eng og'ir holatlarda alkogolli koma rivojlanadi. Nevrologik buzilishlar doimo kuzatiladi: serebellar ataksiya, mushak atoniyasi, amimiya, og'ir dizartriya. Vegetativ buzilishlar kuchayadi: nafas olish uning patologik shakllariga qadar pasayadi, yurak-qon tomir tizimining tonusi pasayadi,

ekstremitalarning siyanozi, gipotermiya paydo bo'ladi. Vestibulyar buzilishlar ko'pincha kuzatiladi: bosh aylanishi, ko'ngil aynish, qusish. Ba'zi hollarda epileptiform tutqanoqlar paydo bo'ladi. Majburiy ravishda siydik va najasni chiqarib yuborish mumkin. Jiddiy intoksikatsiya o'tganidan so'ng, bir necha kun davomida adinamik asteniya kuzatiladi, dastlab ataksiya, dizartriya va turli xil vegetativ kasalliklar bilan birga keladi. Anoreksiya va uyquning buzilishi tez-tez uchraydi. Og'ir intoksikatsiya odatda to'liq amneziya bilan birga keladi.

Oddiy alkogolli intoksikatsiyaning atipik shakllari

Bu alkogolli intoksikatsiyaning yengil yoki o'rtacha buzilish holatlari bo'lib, unda (oddiy intoksikatsiyaga nisbatan) haddan tashqari keskin o'sish yoki aksincha, har qanday buzilishlarning zaiflashishi yoki ularning paydo bo'lishi ketma-ketligi buzilgan yoki oddiy alkogol intoksikatsiyasiga xos bo'lmagan alomatlar rivojlanadi.

Oddiy alkogolli intoksikatsiyaning o'zgargan shakllari odatda bir vaqtning o'zida turli xil sharoitlarda sodir bo'ladi: patologik asoslarda (psixopatiya, oligofreniya, turli xil kelib chiqadigan ruhiy kasalliklar, miyaning organik shikastlanishi bilan, alkogolizmning erta boshlanishi, bir vaqtning o'zida alkogol va giyohvand moddalarni iste'mol qilish, alkogolli ichimliklar turli xilma xilligi, shuningdek, uyqusiz, ortiqcha ish yoki psixogen buzilishlar).

O'zgargan oddiy alkogolli mastlikning eyforik shakli. Eforiya holati o'z-o'zidan yoki tashqi ta'sirida osonlik bilan g'azablanish bilan ifodalanadi. Xatti-harakatlarning mazmuni shunga qarab o'zgaradi. Odatda bu qisqa muddatli bo'lib, nisbatan xotirjamlik bilan o'zgarib turadi, ammo mastlik paytida ular bir necha bor takrorlanadi.

O'zgargan oddiy alkogolli intoksikatsiyaning disforik shakli. Noqulaylik, g'amginlik, dushmanlik yoki g'azab bilan birga keladigan doimiy keskinlik holati hukmronlik qiladi. Deyarli barcha holatlarda zerikarli affektni aniqlash mumkin. Yoqtirmaslik va g'azablanish hamma ko'rinadigan va eshitiladigan narsalarga tarqaladi: mast odam janjal sababini qidirib, sinchkov, istehzoli, aylanadi. Somatik bezovtalik va giperesteziya hissi tez-tez uchraydi. Yuqoridagi qoidabuzarliklar spirtli

ichimliklar haddan tashqari ko'p bo'lganidan keyin bir necha kun davomida kuzatilishi mumkin.

O'zgargan oddiy alkogolli mastlikning isterik shakli. Mast odamning xatti-harakatlari har doim tomoshabin uchun ishlab chiqilgan. Ko'zga tashlanadigan effekt baland ovozli iboralarga moyilligi bilan kuzatiladi, ularning mazmuni odatda nohaq qabul qilingan huquqbuzarliklarga borib taqaladi. Ko'pincha boshqalarga qarshi turli xil ayblovlar, o'z-o'zini maqtash yoki aksincha, haddan ziyod o'z-o'zini tanbehlar ustunlik qiladi, xayollar ko'pincha kuzatiladi.

O'zgargan oddiy alkogolli mastlikning depressiv shakli. Klinik ko'rinishda turli xil zo'ravonlik pasat kayfiyati ustunlik qiladi. Odatda, dastlabki davr eyforiyasi yo'q yoki qisqa muddatli. Nisbatan yengil holatlarda, ko'z yoshlari, yoqimsiz xotiralar va o'ziga achinish bilan subdepressiv ta'sir ko'rsatiladi. Keyinchalik og'ir holatlarda - melanxoliya, umidsizlik hissi, xavotir, bu o'z-o'zini haqoratlash va o'z joniga qasd qilish fikrlari bilan birga keladi. Bu holatda o'z joniga qasd qilishga urinish ehtimoli yuqori.

Impulsiv harakatlar bilan o'zgargan oddiy alkogolli intoksikatsiya, qoida tariqasida, shizofreniya bilan og'rikan bemorlarda kuzatiladi va odatda jinsiy buzqlik - gomoseksual harakatlar, ekspressionizm bilan birga keladi. Piromaniya va kleptomaniya juda kam uchraydi.

Shubhalar ustunligi bilan o'zgargan oddiy alkogolli mastlik. Qisqa va kuchsiz ifoda etilgan eyforiyadan so'ng, uyquchanlik paydo bo'ladi, bu tezda uxlashga aylanadi.

O'zgargan oddiy alkogolli mastlikning maniakal shakli beparvolik va mamnunlik bilan ko'tarilgan kayfiyat, turli harakatlar, bezovta qiluvchi ta'qiblar, noo'rin hazillar, baland kulish, atrof-muhitga nisbatan ta'sirchanlikni kuchayishi bilan namoyon bo'ladi.

O'zgargan oddiy alkogolli intoksikatsiyaning barcha sanab o'tilgan shakllari bilan odatdagi intoksikatsiya alomatlari har doim har xil darajada kuzatiladi: vosita mahoratining yomonlashishi, artikulyatsiya, atrof-muhit sharoitlariga qarab xatti-harakatlarning o'zgarishi, yo'naltirilganligi saqlanib qoladi.

Klinik ko'rinishlari va ijtimoiy oqibatlari jihatidan eng og'ir epileptoid

va paranoid kabi oddiy alkogolli intoksikatsiyaning o'zgargan shakllari. Ularning nomi patologik intoksikatsiyaning asosiy turlari bilan ma'lum bir o'xshashlikni ta'kidlaydi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, premorbidda ushbu intoksikatsiya shakllari bilan ularning deyarli yarmi alkogolizmga, har ettinchisida esa psixopatiya bo'lgan. Nevrologik tekshiruvda ularning yarmida diffuz nevrologik simptomlar mavjud edi. 80% hollarda mastlikdan oldin psixogeniya, to'yib ovqatlanmaslik, uyquning yetishmasligi kuzatiladi. Mastlikning dastlabki bosqichida oddiy alkogol mastligiga xos bo'lgan qoidabuzarliklar mavjud. Keyinchalik, ko'pincha tashqi, odatda ahamiyatsiz, ammo salbiy omil ta'sirida mastlik manzarasi o'zgaradi. Odatda, bu o'zgarish oxirgi spirtli ichimliklarni iste'mol qilgandan keyin 1,5 soat o'tgach sodir bo'ladi. Spirtli ichimliklar dozasi odatda 300-700 ml ni tashkil qiladi (aroq bo'yicha). Bu holda paydo bo'ladigan ruhiy buzilishlar o'ziga xos xususiyatlarga ega, bu esa ikkita shaklni ajratib olishga imkon beradi.

O'zgargan oddiy alkogolli intoksikatsiyaning epileptoid shakli. Klinik ko'rinishning o'zgarishi, boshqalarga nisbatan g'azab ta'sirlari bilan tez sur'atlarda kuchayib borayotgan vosita qo'zg'alishi bilan belgilanadi. Tajovuzkor zo'ravonlik harakatlarida murakkablashadi. Dastlab, tajovuz odatda selektiv bo'lib, mast xatti-harakati bilan bevosita bog'liq bo'lgan shaxslarga qaratilgan. Harakat qo'zg'alishi kuchaygani sayin, tajovuzkor harakatlar yaqin atrofdagi hamma odamlarga tarqaladi. Ilgari kuzatilgan harakatlarni muvofiqlashtirish buzilishi odatda kamayadi yoki butunlay yo'qoladi. Bundan tashqari, nutq-motor hayajonining intensivligi va unga bog'liq bo'lgan tajovuzkor harakatlar, boshqalarning og'zaki reaksiyalariga qarab, ma'lum bir tebranishlarga duch keladi. Epizod avjida, mast holatni haqiqiy vaziyatdan to'liq ajratib bo'lmaydi. Ruhiy kasalliklar keyingi uyquchanlik yoki uyqu bilan tanqidiy ravishda yo'qoladi. Ko'pincha, uyg'onish davrida amneziya kuzatiladi.

O'zgargan oddiy alkogolli mastlikning paranoid shakli. Klinik ko'rinishning o'zgarishi, shuningdek, vosita va nutq hayajonining kuchayishi bilan belgilanadi. Ushbu fonda mastlik haqiqiy vaziyatni, kasbiy faoliyatni, mastlikdan oldin yoqimsiz voqealarni aks ettiruvchi bayonotlar

paydo bo'ladi. Agressiv harakatlar odatda farqlanadi, vaziyatni hisobga olgan holda amalga oshiriladi, boshqalarning so'zlari va harakatlariga qarab o'zgaradi. Harakatlar va dizartriyaning buzilgan koordinatsiyasining pasayishi va hatto yo'qolishi xarakterlidir. Mast bo'lganlarning gaplari odatda u yoki bu tarzda sodir bo'layotgan muayyan hodisalar bilan bog'liq bo'lib, ular ichki holatni aks ettirmaydi va shuning uchun ularni xayolparast deb belgilash to'g'ri bo'ladi.

Oddiy alkogolli intoksikatsiya (shu jumladan uning barcha o'zgargan shakllari) turli xil ko'rinishlarda, ayniqsa dinamikada ko'rib chiqilgan holatlarda, u yoki bu darajada, o'tkir alkogol mastligining asosiy belgilari saqlanib qoladi. Bunday atrof-muhit bilan mast bo'lgan aloqaning xavfsizligidan dalolat beradi. Mast bo'lganlarning harakatlari, og'zaki reaktsiyalari singari, tanlab yo'naltirilgan bo'lib, ular vaziyatni va undagi o'zgarishlarni tushunish qobiliyatini saqlab qoladi. U uchun noxush oqibatlarga olib keladigan mast ta'sir ko'rsatishga qodir shaxslarning ko'rinishi yoki mavjudligi uning harakatlariga qandaydir ta'sir qiladi.

Patologik (mastlik) intoksikatsiya

Patologik intoksikatsiya - bu spirtli ichimliklarni iste'mol qilish natijasida kelib chiqqan vaqtinchalik psixoz. Nisbatan oz miqdordagi spirtli ichimliklarni qabul qilgandan so'ng, xiralashuv birdan paydo bo'ladi. Atrof-muhitdan ajralish paydo bo'ladi, u har qanday yo'nalishni buzishi bilan birga keladi, ammo odatdagi avtomatlashtirilgan harakatlar, xususan piyoda yoki transportda harakat qilish qobiliyati saqlanib qoladi. Bunda obrazli deliriy, motorli hayajon, affektiv buzilishlar (qo'rquv, g'azab,), qo'rqinchli tabiatning vizual gallyutsinatsiya paydo bo'ladi. Ushbu davlatda ko'pincha ijtimoiy xavfli harakatlar sodir etiladi. Bemorlarning harakatlari butunlay paydo bo'lgan psixotik kasalliklar bilan belgilanadi, ularning harakatlari uchun haqiqiy vaziyat muhim emas. Patologik intoksikatsiya holatidagi odamlarning xatti-harakatlarida odatda ikkita asosiy tendentsiya aniqlanadi: xavf manbasini yo'q qilish istagi va hayot uchun xavfli vaziyatdan qochish. Ushbu tendentsiyalarning ikkalasi ham ko'pincha mavjud. Ma'lum darajada an'anaviylik bilan, patologik intoksikasiyaning ikkita asosiy shakli mavjud - xavf manbasini yo'q qilish va hayot uchun xavfli vaziyatdan qochish istagi

bilan mudofaa. Muayyan odatiylik bilan patologik intoksikatsiyaning ikkita asosiy shakli ajratiladi -epileptoid va paranoid yoki gallyutsinator-paranoid (ko'proq tarqalgan).

Patologik intoksikatsiyaning epileptoid shaklida kuchli motorli hayajon, odatda, stereotipli tabiatning bema'ni va xaotik, tajovuzkor harakatlari shaklida hukmronlik qiladi.

Patologik intoksikatsiyaning paranoid (gallyutsinator-paranoid) shakli bilan majoziy deliriy ustunlik qiladi, uning mazmuni odatda mastlarning hayotiga tahdid soladigan holatlardir. Atrof-muhit o'zgartirilgan (xayoliy-xayoliy) rejada qabul qilinadi. Klinik ko'rinishda juda tez-tez qo'rqinchli vizual gallyutsinatsiyalar ustunlik qiladi.

Taxminan 2/3 holatlarda patologik intoksikatsiya chuqur uyqu bilan, qolganlari esa o'tkir psixofizik charchoq bilan almashtiriladi. Patologik intoksikatsiyaning juda keng tarqalgan alomati psixotik epizodning amneziyasi (deyarli 90%), ularning yarmidan ko'pi to'liq, qolganlari qisman amneziya kuzatiladi.

Patologik intoksikatsiya deyarli sog'lom odamlarda paydo bo'lishi mumkin, ammo ko'pincha psixotik epizod doimiy va vaqtinchalik qo'shimcha xavflar fonida rivojlanadi. Birinchisi, o'tkazilgan organik (neyroinfektsiya) kasalliklarining qoldiq ta'sirini o'z ichiga oladi. Vaqtinchalik qo'shimcha xavf-xatarlardan ortiqcha ish, uyqusizlik, atrof-muhitning yuqori yoki past harorati, haroratning to'satdan o'zgarishi, interaktiv somatik va yuqumli kasalliklar, shuningdek, avvalgi psixogeniyalar ko'proq uchraydi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi patologik intoksikatsiyani aqldan ozish holati deb belgilaydi, shu munosabat bilan ushbu ijtimoiy xavfli harakatlarni sodir etgan shaxslar jinoiy javobgarlikdan ozod qilinadi.

Alkogolli mastlikni tekshirish

Mastlik holatini aniqlash bo'yicha tibbiy ko'rik jamiyatning ijtimoiy buyurtmasini, shu jumladan huquqiy, tibbiy, metrologik va axloqiy-axloqiy talablarni bajarilishini ta'minlaydigan kompleks choralar hisoblanadi.

Tibbiy ko'rikni ushbu faoliyat bilan shug'ullanadigan mutaxassislar narkolog yoki psixiatr mutaxasislari o'tkazish mumkin.

Sam DTI
axborot-resurs markazi
1465 y

Yana bir xususiyat shundaki, transport vositasi haydovchisining mastligi holati aniqlangan tibbiy ko'riklarning aksariyat qismi sud majlisida advokat ishtirokida sud tomonidan ko'rib chiqiladi, u ko'p hollarda ekspertizaning qonuniyligi va xulosaning to'g'riligini shubha ostiga qo'yadi.

Haydovchining mastligi holati to'g'risida xulosa qilishning diagnostik mezoniga "mast qiluvchi moddalardan foydalanish tufayli insonning jismoniy yoki ruhiy funksiyalarining buzilishi birikmasi bo'lishi mumkinligi". Shuni yodda tutish kerakki, mastlik holatining miqdoriy mezonlari nafaqat transport vositalarining haydovchilari uchun belgilanadi va alkogol mastligi to'g'risida xulosa chiqarishda diagnostik mezon tomonidan tekshirilgan boshqa toifalar uchun odamning jismoniy yoki ruhiy funksiyalarini buzish mavjud.

Normativ hujjatlarga muvofiq haydovchilarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish transport vositasining harakatlanishi va foydalanish xavfsizligi ustidan davlat nazorati va nazorati huquqini olgan mansabdor shaxs tomonidan imzolangan va ushbu ishlab chiqarish o'lchovi qo'llaniladigan transport vositasining haydovchisi tomonidan imzolangan tibbiy ko'rikka yuborish to'g'risidagi bayonnoma asosida amalga oshiriladi.

Boshqa hollarda, so'rovnoma huquqni muhofaza qilish organlari xodimlarining ko'rsatmalariga binoan yoki korxonalar, muassasalar va tashkilotlarning yozma ko'rsatmalariga binoan amalga oshiriladi.

Tibbiy ko'rikdan o'tkazayotgan shifokor belgilangan namunadagi tibbiy ko'rik protokoli yoki bayonnomasini ikki nusxada tuzadi, unda tekshirilayotgan shaxsning tashqi qiyofasi, uning yurish-turishi, hissiy fonlari, nutqi, vegetativ-qon tomir reaksiyalari, tekshirilayotgan shaxsning shikoyatlari, spirtli ichimliklar hidi borligi yoki yo'qligi qayd etiladi, laboratoriya tekshiruvlari natijalari ko'rsatiladi.

Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lgan holatlar bo'yicha tibbiy xulosaning asoslari keng qamrovli tibbiy ko'rik ma'lumotlari hisoblanadi. Tibbiy ko'rik tugatgandan so'ng, nafas chiqarilayotgan havoda spirtli ichimliklar bor-yo'qligini tekshiriladi.

Mastlik to'g'risida xulosa mastlikning klinik belgilarini va nafas chiqarilayotgan havoda spirtli ichimliklar borligi asosida amalga oshiriladi.

ALKOGOLIZM

JSST mezonlariga ko'ra alkogolizm - bu alkogolga qaramlik sindromi bilan tavsiflangan surunkali ruhiy kasallik, ya'ni spirtli ichimliklarni haddan tashqari iste'mol qilish natijasida kelib chiqadigan alomatlar majmui, buning natijasida o'ziga xos ruhiy, somatik va asab kasalliklari, shuningdek, ijtimoiy ziddiyatlar yuzaga keladi.

Ilgari "surunkali alkogolizm" atamasi keng qo'llanilgan. 1955 yilda BMTning Spirtli ichimliklar muammolari bo'yicha qo'mitasi mutaxassislari ushbu atamadan voz kechishni tavsiya qilishdi. Ularning fikriga ko'ra, "alkogolizm" atamasi faqat surunkali deb hisoblanadigan holatni o'z ichiga oladi. Shuning uchun, "alkogolizm" atamasini, o'z-o'zidan aytilganidek, "surunkali" qo'shmasdan ishlatish yanada to'g'ri.

So'nggi yillarda ko'plab rivojlangan mamlakatlarda alkogolizmning aniq o'sish tendentsiyasi kuzatilmoqda. Bugungi kunda alkogolizm muammosi dunyodagi asosiy muammolardan biri hisoblanadi.

Kasallik uchta sindromning kombinatsiyasi bilan ifodalanadi - o'zgargan reaktivlik sindromi, ruhiy qaramlik sindromi va jismoniy qaramlik sindromi. Ushbu sindromlarning o'z vaqtida o'sib borishi kasallikning dinamikasini belgilaydi, kasallikning rivojlanishini aks ettiradi.

Alkogolizmning bosqichlari

Odatda, alkogolizmning ketma-ket uchta bosqichi mavjud - boshlang'ich, nevrastenik (I), o'rta, narkomanik (II) va yakuniy, ensefalopatik (III). Bosqichlarning har biri o'ziga xos belgilar - alomatlar va sindromlar bilan tavsiflanadi.

Maishiy ichkilikbozlik alkogolizmning asosi sifatida

Maishiy ichkilikbozligi kasallikka aylanishi mumkin bo'lgan yomon odat - bu alkogolizm. Maishiy ichkilikbozligining asosiy ko'rsatkichi psixologik, ijtimoiy va biologik muammolarni hal qilish vositasi sifatida iste'mol qilinadigan alkogolning chastotasi va miqdori. Maishiy ichkilikbozlik somatik sog'liqqa zarar yetkazadigan yoki jamiyatda, oilada, ishda ijtimoiy muammolarni keltirib chiqaradigan takroriy va doimiy

ichimliklar deb hisoblanadi. Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishning ushbu shakli ko'plab mutaxassislar tomonidan alkogolizmning prenozologik bosqichi sifatida tan olingan, unga ko'pincha turli xil nomlar berilgan: "prenozologik alkogolizm", " maishiy ichkilikbozlik" va boshqalar.

Alkogolizm odatda bir necha yil ichkilikbozlikdan so'ng rivojlanadi. Ammo, ma'lumki, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilar soni alkogolizm tarqalishidan bir necha baravar ko'pdir. Bu kasallikning rivojlanishida o'lim yo'qligini ko'rsatadi, ammo alkogolli ichimliklarni suiiste'mol qilish alkogolizm xavfini oshirishi ishonchli tarzda aniqlangan.

Alkogolizmning etiologiyasi va patogenezi

Alkogolizm multifaktorial va polietiologik kasallikdir. Alkogolizm etiologiyasida alkogolning o'ziga xos ta'siri bilan bir qatorda ijtimoiy, psixologik va individual biologik omillar muhim rol o'ynaydi. Shu bilan birga, premorbid xarakterli xususiyatlar ham muhimdir, bu nafaqat alkogolga bo'lgan munosabat motivatsiyasini belgilaydi, balki kasallikning rivojlanish darajasiga ta'sir qiladi. Ko'pgina hollarda alkogolizm bilan kasallangan kishilarda shaxsiyati yetarli darajada rivojlanmaganligi, ijtimoiy moslashuvi yetarli emasligi va shaxslararo munosabatlarni o'rnatishda qiyinchiliklar bo'lgan kishilarda rivojlanadi. Bunday shaxsiyat xususiyatlarining mavjudligi irsiyat bilan ham, tarbiyadagi nuqsonlar bilan ham izohlanadi. Ularning o'rnini qoplash uchun bunday shaxslar ko'pincha alkogol yoki boshqa psixoaktiv moddalardan foydalanishga murojaat qilishadi.

Kasallikning rivojlanishiga moyil bo'lgan quyidagi ijtimoiy omillar mavjud: jamiyatning alkogolli ichimliklardan foydalanishga munosabati; jamiyatda hukmron din tomonidan alkogoldan foydalanishga bo'lgan munosabat (tolerantlik yoki taqiqlangan); davlatning alkogol siyosati (iste'molning mavjudligi va darajasi); ichish an'analari va urf-odatlari; millati, oilaviy ahvoli, ma'lumot darajasi va boshqalar. Alkogolizm rivojlanishida mikrososial muhit, unda ma'lum bir "alkogolli muhit" mavjudligi juda katta ahamiyatga ega. Oilada va yaqin atrof-muhitda vujudga kelgan urf-odatlar va urf-odatlar nafaqat spirtli ichimliklarni

iste'mol qilishga bo'lgan munosabatni shakllantiradi, balki ko'p jihatdan shaxsiyatni shakllantiradi, shu sababli u alkogolizm rivojlanish xavfini oshiradi.

Alkogolizmni shakllantirishdagi psixologik omillar orasida xavotir, qat'iyatlilik va qiziqishlar yetishmasligi, jamiyatda moslashish qobiliyatining pastligi, jismoniy va hissiy stresslarga nisbatan kam bardoshlilik, o'zini past baholash, bo'sh vaqtni to'g'ri taqsimlay olmaslik muhim ahamiyat kasb etadi. Alkogolizatsiyaning o'ziga xos psixologik mexanizmlari har xil aksentuatsiya va psixopatiya turlari uchun har xil. Barqaror bo'lmagan, gipertimik va isterik shaxslarda spirtli ichimliklarni iste'mol qilish umumiy lazzatlanish istagining ifodasidir, psixastenikda - tashvish va xavotirni kamaytirish istagi va boshqalar.

Spirtli ichimliklarga qaramlikni shakllantirishdagi individual biologik omillar, avvalambor, irsiyat bilan belgilanadi. Birinchi darajadagi qarindoshlarda alkogolizmning mavjudligi kasallikning rivojlanish xavfi aholiga nisbatan 7-15 baravar yuqori ekanligi aniqlangan; yolg'iz yashovchilarda kasal bo'lish xavfi er-xotin bo'lib yashovchilarga qaraganda 2,5 baravar yuqori; oilada otada alkogolizm kasalligi mavjut bo'lsa bolalarda alkogolizm xavfi 67% ga yetadi.

Genetik omillarning ko'plab shubhasiz dalillariga qaramay, alkogolizm rivojlanishiga yana ko'plab omillarning roli kattadir. Ko'rinib turibdiki, bemorlarda alkogolizmning shakllanishiga atrof-muhit va genetik omillarning ta'siri muhim ahamiyat kasb etadi.

Alkogolizmning biologik omillari orasida markaziy asab tizimining organik og'ishlar, o'tkir va surunkali kasalliklar, bolalik davridagi neyrotizatsiya, past kuchli alkogolli ichimliklarga erta ta'sir etish muhim rol o'ynaydi.

Alkogolizmning patogenezi murakkab va spirtli ichimliklar miyadagi deyarli barcha neurotransmitterlar tizimiga ta'sir qiladi deb ishoniladi. Alkogolning past dozalari eyforiya va umumiy qo'zg'alish bilan kechadigan dofaminergik va noradrenergik tizimlarni rag'batlantiradi. Yuqori dozalar teskari ta'sirga ega - dofaminergik va noradrenergik neurotransmissiyaning pasayishi va GABA ning ta'sirining kuchayishi. Alkogolning surunkali intoksikatsiyasi umuman organizmda va xususan miyada turli xil

biokimyoviy va neyrofiziologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Biroq, ularning qaysi biri mastlik oqibatida va qaysi biri alkogolizmning asosi hisoblanadi, hali aniqlanmagan.

Neyrofiziologik o'zgarishlar ruhiy bog'liqlikning asosi - "lazzatlanish markazi" deb nomlangan gipotalamus tizimlarining patologik faollashuvi degan fikrlar mavjud. Akademik I.P. Anoxinaning fikriga ko'ra, alkogol katexolamin tizimiga, birinchi navbatda dofamin "lazzatlanish markazi" (limbik tizim) ning lokalizatsiyasi sohasida ta'sir qiladi. Spirtli ichimliklar bilan zaharlanish dofamin chiqarilishiga olib keladi, uning ortiqcha miqdori sinaptik yoriqda to'planib, eforik ta'sirini keltirib chiqaradi. Alkogolizm rivojlanib borgan sari dopamin zaxiralari tugaydi. Bu paytda periferik qonda dofamin kontsentratsiyasi oshishi aniqlandi; abstinentsiya qanchalik og'ir bo'lsa, dopamin kontsentratsiyasi shunchalik yuqori bo'ladi.

So'nggi yillarda alkogolga nisbatan tolerantlikni saqlashda muhim rol o'ynaydigan neyrotransmitter aminokislotalar (GABA, glitsin) va neyroxormonlar (vazopressin) o'rganildi.

Biologik omillar orasida endokrin tizimning roli, prolaktin va testosteron sekretsiasining nisbati qayd etilgan.

Turli etanol oksidlovchi tizimlarning rolini o'rganayotganda alkogolning oxirgi mahsulotlarga (suv va karbonat angidrid) oksidlanishiga yordam beradigan alkogol degidrogenaza fermenti bo'lgan jigar fermentining muhim roli aniqlandi. Jigarning disfunktsiyasi tufayli alkogollizmga chalingan bemorlarda paydo bo'ladigan ushbu fermentning yetishmasligi qonda asetaldegidning to'planishiga olib keladi, bu miyaga toksik ta'sir ko'rsatadi

Alkogolizmning tarqalishi

Spirtli ichimliklar aholida eng ko'p ishlatiladigan psixoaktiv moddadir. Barcha suiiste'mol qilish holatlari tibbiy kuzatuv imkoniyati mavjud emasligi sababli, davolanayotgan tegishli tashxis qo'yilgan bemorlar sonidan tashqari, aholi o'rtasida alkogolizm bo'yicha epidemiologik ma'lumotlar turli yo'llar bilan olinadi: aholi jon boshiga iste'mol, o'rtacha umr ko'rish darajasi, alkogolli psixozlar soni, o'z joniga qasd qilish darajasi, homila ichkilikbozligi sindromi, jigar sirrozi tarqalishi,

somatik kasalliklarni spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish oqibatida davolanish xarajatlari, kishi boshiga yiliga alkogolizatsiya natijasida yo'qotilgan ish vaqti.

Mamlakatda yoki ma'lum bir mintaqada alkogol holatining umumiy qabul qilingan ob'ektiv ko'rsatkichi quyidagilardan iborat: a) yiliga aholi jon boshiga 100% spirtli ichimliklarni litrda iste'mol qilish; b) ro'yxatdan o'tgan alkogol ichimliklar va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilganlar soni; v) yiliga kasalxonalariga yotqizilgan alkogolli psixoz bilan kasallanganlar soni; d) spirtli ichimliklar zaharlanishidan o'lim va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan bog'liq boshqa sabablar. Ro'yxatdagi ko'rsatkichlarni tahlil qilish va taqqoslash dinamikada amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, ko'plab mutaxassislar jon boshiga spirtli ichimliklar iste'molini aniq aniqlashning imkoni yo'q, deb hisoblashadi, chunki alkogol ichimliklar maxfiy ravishda qancha odamlar tomonidan va davlat distillash zavodlarida ishlab chiqarilganligi, qancha spirt o'g'irlanganligi, qanchasi noqonuniy ravishda yetkazilganligi, qancha spirtli ichimliklar ichilganligi aniqlanmaydi.

Kasallik geografik va ijtimoiy-madaniy sharoitga qarab keskin o'zgarib turadi. Rossiya, Frantsiya, Skandinaviya, AQSh, Irlandiya, Koreyada spirtli ichimliklarni iste'mol qilish yuqori deb hisoblanadi. Xitoyda, Islom dunyosi mamlakatlari va O'rta yer dengizi havzasida bu past. Alkogolizmning har qanday populyatsiyada tarqalishi ma'lum bir jamiyatda spirtli ichimliklar mavjud bo'lgan vaqtga teskari mutanosibdir degan fikr mavjud.

Alkogolizmga chalingan bemorlar orasida yoshi (18-40 yosh) ustunligi, ajrashgan yoki yolg'iz bo'lganlar, ma'lumot darajasi pastroq va o'spirinlik davrida ijtimoiy tendentsiyalarga ega ekanligi aniqlandi. Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish 25% o'z joniga qasd qilish holatlari keltirib chiqaradi.



Alkogol ichimliklar o'z joniga qasd qilish xavfi ruhiy tushkunlikka tushgan bemorlar singari - ularning 15% hayotini shu tarzda tugatadi. Spirtli

ichimliklarga qaramlikdan aziyat chekadigan odamlarning o'rtacha umr ko'rish darajasi sog'lom odamlarga nisbatan 15-18 yilga kam bo'ladi.

Alkogolizmning birinchi (dastlabki) bosqichi

Alkogolizmning birinchi bosqichi tashxisining murakkabligi, maishiy ichkilikbozligi bilan differentsial diagnostika qilishning qiyinligi, laboratoriya diagnostikasi usullarining yo'qligi, bemorlarning alkogolizm darajasini anozognoziya bilan birgalikda har tomonlama baholash ushbu bo'limni batafsilroq o'rganishni talab qiladi.

Spirтли ichimliklarni birinchi marta qabul qilish ko'pincha 15-17 yoshlarda oiladagi (tug'ilgan kun va boshqalar) yoki ijtimoiy hayotdagi har qanday voqealar (maktabni tugatish, mustaqil ishning boshlanishi va boshqalar) bilan bog'liq. Ushbu birinchi intoksikatsiyaning tabiati ko'pincha keyingisini oldindan belgilab beradi: bu yerda birinchi marta alkogolli ichimliklarga individual reaksiya va alkogolning individual bag'rikengligi aniqlandi. Agar mastlikning emotsional holati noxush bo'lib chiqsa yoki alkogolning toksik ta'siri tez yoki og'ir bo'lsa yoki mastlik yoqimsiz vaziyatda yuzaga kelib, noxush oqibatlarga olib kelgan bo'lsa (ijtimoiy), spirтли ichimliklar bilan birinchi marta qabul qilish odatda ijobiy ta'sirga ega bo'lmaydi. Ko'pincha bunday holatlarda yuzaga keladigan salbiy mustahkamlash spirтли ichimliklar bilan ko'proq muloqotni kechiktiradi. Agar ushbu muloqot 25 yildan keyin yangilansa, alkogolizmga chalinish ehtimoli kamayadi. Biroq, ko'pincha ba'zi bir yoqissmli hodisalarga bag'ishlangan birinchi mastlik ham yoqimli hissiy holatni keltirib chiqaradi.

Alkogolning birinchi dozasi odatda kichik bo'lib, 100-200 ml 40% spirtni tashkil qiladi. Ko'proq miqdorda odatda ko'ngil aynish, qusish, bosh og'rig'i va alkogoldan nafratlanish paydo bo'lib, bir necha kun yoki haftalar davom etadi. Intoksikatsiyani o'rtacha mastlik darajasidan chuqurroq bo'lmagan spirтли ichimliklar miqdori dastlabki bardoshlilikni aniqlaydi. Ushbu doz hozirgi vaqtda shaxs uchun chegara hisoblanadi. Spirтли ichimliklarga nisbatan individual tolerantlik ko'pchilik odamlarda alkogol bilan haddan tashqari to'yinganlik hissi, mastlikning og'ir klinik ko'rinishlari, shu jumladan uyquchanlik bilan cheklangan. Shaxsiy

tolerantlik ko'plab omillarga qarab farq qilishi mumkin. Bu ichuvchining psixofizik holati (to'yinganlik, taranglik, charchoq, kasallik davri yoki tuzalish davri va boshqalar) va iste'mol qilingan ichimlikning kuchi, oshqozonni oziq-ovqat bilan to'ldirish darajasi, spirtli ichimliklarni so'rilishini qiyinlashtiradi. Shuni esda tutish kerakki, tolerantlik yoshga qarab ham o'zgaradi: u odatda maksimal hayot faoliyati davomida dastlabki darajadan 2-3 baravar oshadi va qarish bilan kamayadi.

Alkogolizmga chalingan bemorlarda tolerantlik kasallik uchun tabiiy bo'lgan dinamikani ko'rsatadi, u butun kasallik davomida rivojlanish uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Kelajakda spirtli ichimliklarni takroran iste'mol qilish an'analar va kompaniyalar ta'siri ostida sodir bo'ladi. Ayni paytda alkogolizmning sabablari noaniq. Ichkilik ichuvchilar har doim alkogol eyforiya, mamnun kayfiyatini keltirib chiqarishi va boshqalar bilan aloqani osonlashtirishini tushuntiradilar. Ichkilikbozlikda ko'ngilxushlik va



xotirjamlik spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning o'z-o'zidan ravshan oqibati hisoblanadi va ichuvchilar tomonidan alkogolizmning sabablaridan biri sifatida qayd etilmaydi.

Dastlabki tolerantlik odatda epizodik spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bosqichi sifatida 4-5 yil davom etadi, so'ngra ba'zi hollarda tez-tez ichish davri keladi. Bu alkogolizmga aylanib ketadigan maishiy spirtli ichimliklarni iste'mol qilish hollaridir.

Ichkilikbozning alkogolizmga aylanishiga yoki aylanmasligiga bir necha omillar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Avvalo, bu shaxsning iste'molga bo'lgan munosabati, u yoki bu darajadagi mastlikning chastotasi to'g'risida fikr. Shaxsiy qadriyatlar tizimi ham rol o'ynaydi. Qisqa muddatli zavq olishni istaganlar, mastlik hukm qilinganligini bilsalar ham, o'zlarini rad eta olmaydilar. Bu alkogolizm rivojlanishida spirtning eyforik ta'siri. Ammo alkogolizm rivojlanishining eng keng tarqalgan sharti, odatda, mikromuhitning - oilada, ishda zo'ravonlik bilan ogohlantiruvchi ta'siri

hisoblanadi.



Alkogolizmning ko'payishi alkogolga bo'lgan intilish paydo bo'lishi fonida sodir bo'ladi. Qoida tariqasida, bu jozibadorlik uzoq vaqt davomida ichuvchi tomonidan tan olinmaydi, u obsesif xarakterga ega va alkogol haqidagi obsesif fikrlarda, mastlikning jozibadorligida, ichimlikni kutishda kayfiyatni ko'tarishi va alkogolizatsiyani somatik kasallik yoki shaxslararo nizolar bilan oqlash. Obsesif

qaramlik, bu ko'pincha ruhiy qaramlik deb ataladi, bemorning fikrlash tarzini, munosabatlar tizimini, motivlar tizimini o'zgartiradi. Uni bemorni dinamikada diqqat bilan kuzatib borish bilan aniqlash mumkin. Spirtli ichimliklarga bo'lgan ishtiyoq bilan bir qatorda, spirtli ichimliklarni ko'rishdan va hididan nafratlanish kabi alomat alkogolning kuchli mastligidan keyin ertasi kuni asta-sekin yo'qoladi, bu esa sog'lom odamlarda kuzatilmaydi.

Ushbu bosqichda paydo bo'layotgan alkogolizmning dastlabki alomatlari yetarlicha aniq emas: sog'lom odamlarda doimiy iste'mol qilish, tolerantlik va alkogolga ruhiy qiziqish ortishi, ruhiy qaramlik hayot davomida yuz berishi mumkin.

Shu bilan birga, yuqoridagi belgilar quyidagilarni anglatadi: massiv doimiy zaharlanish ehtimoli va uning maqsadga muvofiqligi. Aslida, bu bosqichda mastlik allaqachon ushbu intoksikatsiya ruxsat etilgan fiziologik me'yordan oshib ketadi, uning belgisi katta intoksikatsiya holatida qusish bo'lib, tolerantlikning yanada ko'tarilishini cheklaydi. Ammo asta-sekin himoya mexanizmlari yo'q bo'lib keta boshlaydi: katta miqdordagi intoksikatsiya holatida qusish va ertalab spirtli ichimliklardan nafratlanish yo'qolib boradi.

Spirtli ichimliklarga qaramlikning yanada aniq belgilari dastlabki dozadan uch barobar ko'proq bardoshlilik kuchayganidan keyin paydo bo'ladi. Qaramlik shakllanishining ushbu bosqichida alkogolning birinchi qismidan keyin alkogolli ichimliklarni keyingi singdirish istagi kuchayadi,

alkogol bilan to'yinganlik hissi yo'qoladi, bu esa tobora og'ir intoksikatsiyaga olib keladi. Ushbu vaqt oralig'ida boshqalar ichkilikbozlikning o'zgariganini sezishi mumkin: ichkilikka intilish "hammadan oldin ichib qo'yish" alkogolga bo'lgan ochko'zlik ko'pincha hayratga soladi. Odatda, oilaviy mojarolar ichkilikbozlik tufayli boshlanadi.

Oila ko'pincha ichkilikbozlarning xatti-harakatlaridagi o'zgarishlarga javoban juda nozik barometrdir. Atrofingizdagi odamlar nafaqat tez-tez ichkilikbozlik, pul yetishmasligi, uydan tashqarida vaqt o'tkazish, balki ichkilikbozlik tufayli farovonligi yomonlashayotganini ham payqashadi. Alkogol



maxsulotlari qabul qilgandan keyingi kun ishtahasi yo'q, zaiflik hissi, diqqatning yetishmasligi kuzatiladi. Ertalab spirtli ichimliklarni iste'mol qilishda hali ham ob'ektiv ehtiyoj yo'q, ammo oz miqdordagi spirtli ichimliklar ishtahani kuchaytiradi va "quvnoqlik" keltirib chiqaradi. Bu bemorni alkogolning "foydali" ta'siriga ishontiradi va ko'pincha iste'mol shaklining o'zgarishiga olib keladi - sistematik ko'p kunlik ichkilikbozlik boshlanadi, bu esa tezda tolerantlikning oshishiga olib keladi. Ushbu bosqichda yangi patologik alomatlar paydo bo'ladi. Alkogolizatsiyadan keyingi kun ssbemorlar o'tgan oqshomdagi voqealarni aniq eslay olmaydilar, sodir bo'lgan voqealarning mayda-chuydalarini eslay olmaydilar, ba'zi voqealar xuddi tumanga o'xshab esga oladi. Ushbu xotiraning buzilishi palimpsestlar deb ataladi. Mastlik palimpsestlari paydo bo'lishi bilan xatti-harakatlardagi o'zgarishlar mastlik holatida kuzatiladi. Premorbid holatida xavotirli va shubhali xarakterga ega bo'lgan odam karikatura qilingan ehtiyotkorlik xususiyatlarini ochib bera boshlaydi; bir qator hollarda, xotiniga hasad hissi kuchayadi, ko'pincha rasm chizish, o'z qadr-qimmatini yuqori baholash, yarim fantastik voqealarni aytib berish istagi paydo bo'ladi. Bularning barchasi kelajakdagi xarakterologik barqaror siljishlar, shaxsning patologik rivojlanishining konturidir.

Mast xatti-harakatlaridagi o'zgarishlar va dastlabki tolerantlikning

besh baravar ko'payishi organizmning alkogolga nisbatan reaktivligini yanada o'zgarishini ko'rsatadi.

Spirтли ichimliklarga bo'lgan ehtiyoj tobora kuchayib boradi va tobora ko'proq bemorning hayotiy faoliyatini belgilaydi. Spirтли ichimliklarga bo'lgan obsesiflik tobora ko'proq bemorning kayfiyatini va xulq-atvorini belgilaydi. Bunday holatda, ko'pchilik alkogolizmning maqsadga muvofiqligiga o'zlarini ishontirishga ("yurak og'rig'ini" yengillashtirishga, "qiyin" hayotlarini yengillashtirishga) intilib, ichkilikbozlik uchun individual "ob'ektiv" asoslarni qidiradilar. Shu bilan birga, bemorlar ichkilikbozlikning zararli ekanligini aniq tushunadilar va uning boshqalarda namoyon bo'lishini qoralaydilar.

Spirтли ichimliklar atrof-muhitga munosabat o'loviga, hayot muammolarini hal qilish vositasiga aylanadi. Spirтли ichimliklar xulq-atvorning ma'nosini keltirib chiqaradigan motivga aylanadi. Shaxsning butun "koordinata tizimi" o'zgarib boradi, shu asosda munosabatlar, voqealar, o'z va boshqa odamlarning harakatlari baholanadi. Bu eski motivlarni yo'q qilish va yangisini shakllantirishdir, bu ruhiy alkogolga bog'liqlikning keyingi kuchini asosan tushuntiradi.

Semptomlarning keyingi rivojlanishi mastlik va uyqusizlik holatida anoreksiya ko'rinishini o'z ichiga oladi. Uxlab qolish (odatda mast holatda) hali qiyin emas, ammo erta uyg'onish bemor uchun odatiy holga aylanadi. Uyqu chuqur, uyg'onishda dam olish hissi yo'q. Ertalab chanqoqlik, "oshqozon qo'zg'alishi", har qanday jismoniy stress ko'p terlash bilan birga keladi. Ushbu ko'rinishlarni kamaytirish uchun ko'pchilik dush qabul qilishadi, choy yoki qahva ichishadi. Bemorning maxsus mikrososyal muhitidagi alkogolizmning bu alomatlari ba'zida oddiy "ichish qobiliyatlari" deb qaraladi, bu boshqalar uchun ham, bemor uchun ham dahshatli kasallik boshlanishining niqoblanishidir. Kundalik hayotda katta miqdordagi spirтли ichimliklarga toqat qilish qobiliyati "erkaklik", "yetuklik belgisi", "erkaklar yetukligi" deb hisoblashadi.

Nevrologik tekshiruv periferik asab tizimining diffuz buzilish xususiyati, refleksogen zonalarning kengayishi, vegetativ labillik belgilarini aniqlaydi: qo'llar va oyoqlarning gipergidrozi, aniq dermografizm, ba'zida akrotsianoz. Ko'pgina bemorlarda qo'llarning nozik harakatlarida noaniqlik

mavjud va muvofiqlashtirish testlari yomon bajaradi. Deyarli har bir kishida ishtahani buzadi, til odatda qalin sarg'ish-jigarrang shakllar bilan qoplanadi. Jigar va ichakni paypaslashda og'riq tez-tez kuzatiladi. Ertalab, oshqozon yonishi, zarda qaynashi, og'izda yoqimsiz ta'm bo'lishi mumkin. Alkogolizmning birinchi bosqichidagi ayrim bemorlarda giperatsidli gastrit aniqlanadi, ammo ovqat hazm qilish tizimining funksiyalari har doim ham patologiyaning har qanday shakliga mos kelmaydi. Yurak-qon tomir sistemasida turli xil buzilishlar. Odatda yurak sohasida noxushlik, yurakdagi sanchishi, nafas qisilishi va mashqlar paytida yurak tez urishi. Shuningdek, jismoniy kuch bilan terlash, ko'z oldi qorong'ulashishi, titroq paydo bo'ladi. EKGda miokardiodistrofik o'zgarishlar, mushaklarning gipertrofiyasi namoyon bo'ladi.

Astenik simptomlar majmuasi klinik ko'rinishda 1,5-2 oylik muntazam ichkilikbozlikdan keyin kuzatiladi va birinchi yil ichkilikbozlikning oxiriga kelib, astenik simptomlar majmuasi shunday klinik yorqinlik bilan ifodalanadiki, yordam so'rab davolanish terapevt va nevropatologga murojat qilishadi.

Alkogolli astenik simptomlar majmuasi tuzilishida ruhiy soha tomonidan charchoqning kuchayishi, befarqlik, umumiy zaiflik va atrof-muhitga qiziqishning yo'qligi bilan namoyon bo'ladi. Barcha vazifalar bemorlar tomonidan kuch bilan amalga oshiriladi, kayfiyat ko'pincha past bo'ladi, atrofdagi hamma narsa xira qabul qilinadi. Alkogolli asteniyaning o'ziga xos xususiyati - bu dozaning davomiyligi davomida barcha yoqimsiz hissiyotlarni olib tashlash uchun oz miqdordagi spirtli ichimliklarni qabul qilish qobiliyatidir. Alkogolizmni to'xtatgandan so'ng astenik simptomlar majmuasining davomiyligi 2-3 haftadan 2-3 oygacha yoki undan ko'proqni tashkil qiladi.

Shunday qilib, alkogolizmning birinchi bosqichining belgilari quyidagicha tavsiflanishi mumkin:

O'zgargan reaktivlik sindromi: 1) himoya mexanizmlarining yo'q bo'lib ketishi (mastlikdan keyin ertasi kuni spirtli ichimliklarni ko'rish va hididan nafratlanishning yo'qolishi); 2) spirtli ichimliklarni iste'mol qilish shaklini o'zgartirish (muntazam); 3) tolerantlikning dastlabki bardoshlik bilan taqqoslaganda 4-5 baravar ko'payishi; 4) mastlik shaklidagi o'zgarish

(palimpsestlar va mastlikda xarakterli xususiyatlarni keskinlashtirish);

Ruhiy qaramlik sindromi: 1) mastlik uchun obsesif harakat (alkogolizatsiya motivlarini o'zgartirish, shaxslararo munosabatlarning o'zgarishi); 2) mastlik bilan bog'liq ruhiy tasalliga bo'lgan ehtiyoj (mastlik o'zini o'zi ta'minlaydigan qiymatga aylanadi, bemor ijobiy his-tuyg'ularni boshdan kechirishi mumkin bo'lgan yagona qulay holat).

Bundan tashqari, alkogolizmning birinchi bosqichida massiv doimiy intoksikatsiya natijasida astenik sindrom, vegetativ disfunktsiyalar, somatonevrologik disregulyatsiya belgilari paydo bo'ladi.

Birinchi bosqich shakllanishining davomiyligi odatda 1-5 yilni tashkil qiladi, ammo qaramlik shakllanishini 6-10 yilgacha sekinlashtirish mumkin.

Alkogolizmning ikkinchi (o'rta) bosqichi

Ikkinchi bosqichga o'tish ko'rsatkichi alkogolga bo'lgan majburiy intilishning paydo bo'lishi va alkogolga jismoniy qaramlik bilan namoyon bo'ladi.

Alkogolizmning ikkinchi bosqichi to'liq ifodalangan narkomanik sindrom bilan ifodalanadi:

O'zgargan reaktivlik sindromi:

1) ortiqcha dozaga javoban himoya mexanizmlari faoligi yo'qolishi (qusish refleksi to'qoladi, kollaps to'satdan sodir bo'ladi);

2) yuqori dozalarda bardoshlik ortadi va birinchisidan 8-10 baravar oshadi;

3) iste'mol shakllari o'zgaradi (muntazam ravishda ichkilikbozlik paydo bo'ladi);

4) intoksikatsiya shakllari o'zgaradi (intoksikatsion amneziyalari muntazam bo'lib boradi, alkogolning fiziologik ta'siri buziladi, sedativ ta'sir faqat yuqori dozalarda namoyon bo'ladi);

Ruhiy qaramlik sindromi:

1) obsesif harakat ongda hukmronlik qiladi;

2) intoksikatsiya ruhiy holatga turli xil ta'sir eta boshlaydi. (o'rtacha intoksikatsiyada aqliy funktsiyalar normallasadi, intoksikatsiya alkogolizmga chalingan bemor uchun ruhiy qulaylik bo'lishi mumkin bo'lgan yagona holatga aylanadi);

Jismoniy qaramlik sindromi:

1) patofiziologik ehtiyojni, zaruriyatni aks ettiruvchi intoksikatsiya, (abstinatsiya davrida, mastlikning ma'lum darajasida namoyon bo'ladi - miqdoriy nazoratni yo'qotish, iste'mol qilingan alkogol miqdorini tartibga solishga iloji yo'qligi); Ushbu bosqichda olib tashlash alomatlari ustunligi ifodalanadi.



Jismoniy qaramlikning mohiyati shundan iboratki, spirtli ichimliklarni muntazam ravishda qabul qilish o'zgargan gomeostazni saqlash uchun zaruriy shart - ichki muhitning barqarorligi bo'ladi. Uzoq muddatli doimiy ichish biokimyoviy jarayonlarning qayta tuzilishiga olib keladi: katalaza faolligi oshadi (ikkinchi bosqichda u spirtning 50% gacha faolsizlanadi, sog'lom odamlarda esa atigi 10%). biologik faol moddalar (katexolaminlar va boshqalar), ular spirtli ichimliklarni katta dozalarini doimiy qabul qilishiga biokimyoviy moslashishga mo'ljallangan bo'ladi.

Jismoniy qaramlikni ochlik va chanqoqlik bilan taqqoslash mumkin. Spirtli ichimliklar tanaga favqulodda ehtiyoj bo'lib qoladi, uning yo'qligi og'riqli buzilishlarni keltirib chiqaradi.

Abstinentsiya (alkogolini olib tashlash) sindromi - bu alkogolning odatdagi dozasini to'xtatish tufayli ikkinchi bosqichda yuzaga keladigan og'riqli holat. Bunda ruhiy va somatovegetativ buzilishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar bosh og'rig'i, yurak urishi, dispeptik buzilishlar, ishtahani pasayishi va kuchli terlashdan shikoyat qiladilar.



Qon bosimi ko'pincha ko'tariladi, mushaklarning titrashi xarakterlidir. Asteniya, asabiylashish, asossiz tashvish uyqusizlik yoki bezovta uyqu, erta uyg'onish bilan namoyon bo'ladi.

Ushbu holatda shaxs aksentuatsiya turiga qarab, rashk, ta'qiblar, munosabatlar vasvasalari, o'z joniga qasd qilish harakatlari bilan isterik hatti-harakatlar yoki haqiqiy o'z joniga qasd qilish niyatlari bilan tushkunlik kuzatilishi mumkin.

Spirтли ichimliklarni olib tashlash alomatlari oxirgi ichishdan 12-24 soat o'tgach paydo bo'ladi, uning davomiyligi og'irligiga bog'liq - 1-2 kundan 1-2 haftagacha.

Og'ir holatlarda alkogolli deliriy ("deliriyum tremens") va alkogolli epilepsiya rivojlanishi mumkin.

Ikkinchi bosqichning davomiyligi 5-15 yil.

Alkogolizmning uchinchi (yakuniy) bosqichi



Bu bosqich klinik jihatdan uchta sindrom bilan ifodalanadi.

O'zgargan reaktivlik sindromi mumkin bo'lgan muntazam ichkilikbozlik, ichkilikbozlik paytida alkogolga chidamlilik har kuni pasayadi va mastlik kuchli jismoniy zaiflik, ichkilikni davom ettira olmaslik holatida tugaydi; alkogol stimulyator ta'sirini to'xtatadi, tolerantlik tobora

pasayib boradi.

Ruhiy va jismoniy qaramlik sindromlari mastlik paytida ruhiy va jismoniy qaramlik bilan ifodalanadi. Uchinchi bosqichdagi bemor odatda nogiron bo'lib qoladi. Kasallikda dastab obsesif qo'zg'alish bilan bog'liq bo'lgan shaxsiy, motivatsion qiymatni o'zgartirishlar, asosan, shaxsiyatning psixopatizatsiyasi, dementsiyaning boshlanishi, alkogolli ensefalopatiyani aks ettiradi.

Ruhiy buzilishlar, dementsiyadan tashqari, affektiv patologiya - disforiya, depressiya bilan ifodalanadi. Kasallikning uchinchi bosqichida

abstinentsiya - bu mastlik natijasida kollaps, yurak to'xtashi, jigar va oshqozon osti bezi komasi bilan tahdid qiluvchi holatlar namoyon bo'ladi.

Spirтли ichimliklarni degradatsiyasi o'zini shaxsiyatning o'zgarishi bilan namoyon qiladi. Hissiy qo'shilishlar yo'qoladi, bemorlar yaqinlariga befarq bo'lib qoladilar, axloqiy tamoyillarni e'tiborsiz qoldiradilar va jamiyatning boshlang'ich qoidalariga rioya qilmaydilar.



Tanqidiy qobiliyatlar yo'qoladi. Passivlik, letargiya, eyforiya davrlari bilan bir qatorda qo'pol hazillar "alkogolli hazil" bilan birgalikda qayd etiladi.

Uchinchi bosqichdagi bemorlarni ham somatik, ham nevrologik bemor sifatida tan olinishi mumkin.

Alkogolizmdagi remissiya

Remissiya - bu alkogolizmga xos bo'lgan barcha klinik belgilarning yo'qolishi bilan kamida olti oy davomida bemorning alkogol ichimlikdan butunlay voz kechishi. Kasallik belgilarining vaqtincha pasayishi noto'liq remissiya yoki yo'qolishidir to'liq remissiya deyiladi. Remissiya davrida bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, ichkilikbozlikning barcha belgilari yo'qoladi. Ko'pincha, abstentsiyaning boshida asabiylashish, ta'sirchan kayfiyat o'zgarishi, o'ziga nisbatan norozilik qayd etiladi, vaqti-vaqti bilan alkogolga obsesif tortishish kuzatiladi. Alkogolizmda remissiyaning asosiy belgisi ichkilik ichish tuxtatilishi va kasallikning barcha belgilari (patologik moyillik, chidamlilik o'zgarishi, abstinent sindromi va b.) asta-sekin latent holatlarga o'tib ketishidir. Eng barqaror remissiya 3-5 yillik abstansiyadan so'nggina shakllanadi. Remissiyaning xususiyatlari alkogolizm bosqichiga bog'liq.



Alkogol remissiyalari kelib chikishiga ko'ra spontan va terapevtik turlariga ajratiladi.

Spontan remissiyalar davolash usullariga bog'liq bo'lmay, tashqi ta'sirotlar yoki alkogolizm asoratlari natijasida paydo bo'ladi va 10-42% bemorlarda uchraydi. Spontan remissiyalar qarilik yoshida, alkogolizmning II-III bosqichida kuzatilayotgan alkogol patologik moyillik pasayishida, alkogolizm og'ir somatik asoratlarida (oshqozon yarasi, jigar sirrozi, pankreatit, qandli diabet va boshqa) va simptomatik alkogolizmida tez uchraydi. Spontan remissiya hayotdagi og'ir vaziyatlar ta'siri natijasida (ish va oila yo'qolishi) paydo bo'lishi mumkin.

Ba'zi mualliflar fikricha, spontan remissilar ko'pincha alkogolizmning I bosqichida rivojlanadi, lekin amalda spontan remissiyalar kasallikning I va III bosqichlarida juda kam uchraydi.

Terapevtik remissiyalar terapevtik tadbirlarning sifati, kasallikning og'irligi va bemorning shaxsiyati bilan bog'liq. 6-12 oy davomida davolanishdan keyin spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik terapevtik remissiya deb hisoblanadi, 1-5 yil ichida yaxshi, 5 yildan ortiq vaqt davomida esa juda yaxshi natija hisoblanadi. Ammo bu holatlarda ham, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni har qanday qayta tiklash odatda nazoratni yo'qotishiga va alkogolga qaramlikning barcha ko'rinishini tiklashga olib keladi. Ammo bu remissiya davrida tasodifan qisqa muddatli "buzilishlar" paydo bo'lishi ehtimolini istisno etmaydi, agar darhol tibbiy choralar ko'rilsa, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishga olib kelmaydi.

Adabiyotga ko'ra, spontan remissiyalarning chastotasi 10 dan 40% gacha. Ko'pincha spontan remissiyalar simptomatik alkogolizmida yuzaga keladi va asosiy kasallikning kechishi bilan bog'liq bo'lib, uzoq davom etgan keksa odamlarda alkogolga chidamliligi pasayishi va ijtimoiy sabablar bilan bog'liq.

Umuman olganda, bir yilgacha davom etadigan remissiyalar, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 30-70% dan ko'p bo'lmagan hollarda, 1-2 yildan ortiq - 7-20% da, 5 yildan ortiq - 4-5% da kuzatiladi. Eng yuqori natijalarga davolanishni erta boshlash holatlarida (kasallikdan oldin va I-bosqichda) uzoq muddatli va kompleks qo'llab-quvvatlovchi davolanish (psixoterapiya, psixotrop va simptomatik dorilar) qo'llanadi.

Alkogol remissiyasining klinik ko'rinishida alkogol bilan surunkali zaharlanishga to'g'ridan-to'g'ri bog'liq bo'lmagan belgilar, birinchi navbatda alkogolga birlamchi patologik moyillik («ruhiy tobelik») saqlanib qoladi.

Ko'pchilik bemorlarda ichkilik iste'moli to'xtatilgandan keyin birlamchi patologik moyillik keng tarqalgan shaklida namoyon bo'ladi. Patologik moyillik bemor ongini qamrab oladi, ya'ni bemorning fikrlari, qiziqishlari, tasavvurlari, intilishlari, gaplari va tush ko'rishlari alkogolga bog'liq bo'ladi. Bemor alkogolni iste'mol qilishni himoya qiladi, o'z kasalligini anglamaydi, ichkilikbozlik xaqida gapirilganda ularning jaxllari tez chiqadi. Shifoxonada ular janjal qiladilar, qoidalarga bo'y so'nmaydilar, jamoat ishlarida qatnashmaydilar, davolanishni xoxlamaydilar, kasalxonadan chiqishni talab qiladilar. Shifoxonadan chiqqandan so'ng yana ichkilik iste'mol qiladilar (ayniqsa teturam bilan davolanishdan keyin).

Ko'pincha remissiya holatida alkogolga birlamchi patologik moyillik partsial turda uchraydi, ya'ni patologik moyillik bemor ongini butunlay qamrab olmaydi. Bu turdagi patologik moyillikning asosiy belgilari sababsiz kayfiyat pasayishi, qiziqishlarning yo'qolishi, tez charchash, holsizlik, alkogol haqida tush ko'rishlar, bezovtalik, jaxldorlik, zerikishlar hisoblanadi. Ba'zi bemorlar patologik moyillikni anglab unga qarshi kurashadilar.



Ular o'z kuchlariga ishonmaslik, yo'ldan adashish, o'zlariga nazoratni yo'qotishdan qo'rqishlardan vahimaga tushib vrachlarga murojat qiladilar, yaqinlaridan o'zlarini xonaga berkitib qo'yishni so'raydilar.

Boshqa bemorlar esa alkogolga birlamchi patologik moyillikni anglamaydilar, affektiv buzilishlar patologik moyillikka bog'liqligini tushunmaydilar. Bu holda patologik moyillik ichkilikka qiziqish (masalan, ichkilikka «salbiy» baho berish, doimo alkogolni iste'moliga yo'l qo'yib

bo'lmasligi haqida gapirish, «xushyor» kunlarini sanash), alkogolni oz miqdorda iste'moli orqali organizmning reaktsiyasini tekshirishga intilish bilan ifodalanadi. Ular faqat patologik moyillikning yo'qolishidan keyingina buni kasallik holati ekanligini anglay boshlaydilar.

Bu belgilar remissiyaning turg'unsizlikni ko'rsatadi, turgun remissiyalarda esa alkogolga patologik moyillik kuzatilmaydi.

Alkogolga patologik moyillikning xurujsimon turi kam uchraydi va dientsefal paroksizmlarga o'xshab ketadi. Bu holatda patologik moyillik bemorda birdaniga paydo bo'lib, qorinda, ko'krakda o'tkir og'riqlar, bosh aylanishi, terlash, yurak tez urishi, hushdan ketishdan qo'rqish bilan kuzatiladi. Bemorlar ichkillik ichish uchun dukonga yugurib ketadi. Ba'zi hollarda gallyutsinator buzilishlar paydo bo'ladi: bemor aroq xidini va ta'mini seza boshlaydi.

Alkogolizm da somatik va asab kasalliklari

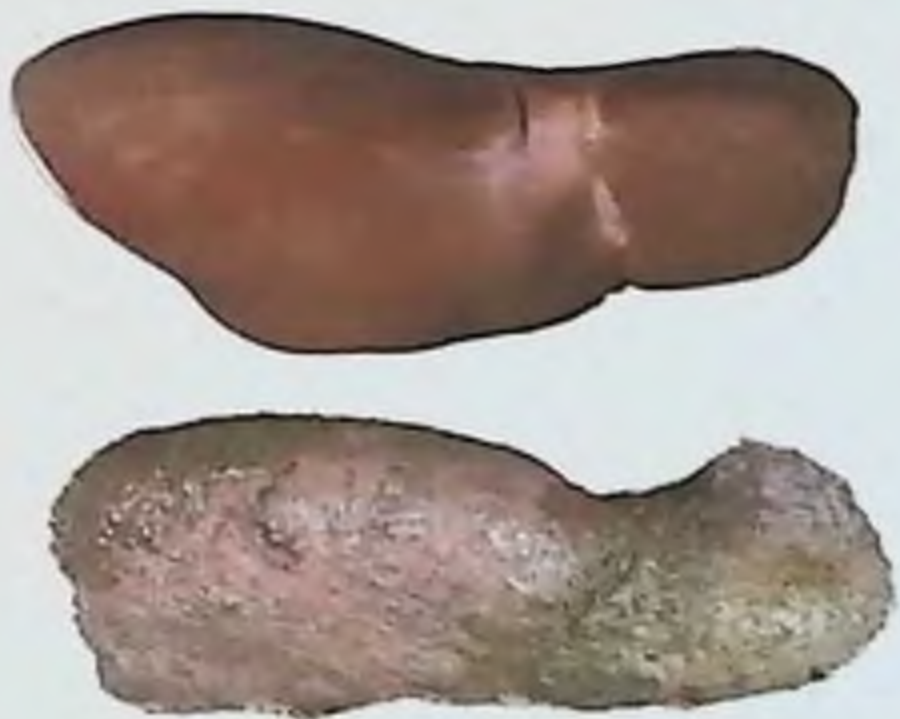
Alkogolizmning somatik va nevrologik belgilari kasallikning turli bosqichlarida uchraydi. Alkogolizmning eng xarakterli xususiyati - bu jigaming yog'li degeneratsiyasi va polinevropatiya, patogenezida spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish yetakchi rol o'ynaydi. Ammo, ko'p hollarda, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish nafaqat kasallikning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi, balki organizmning yuqumli kasalliklarga chidamliligini pasaytiradi, bemorni o'rab turgan mikrosotsial muhitda stressli vaziyatlar yaratadi. Spirtli ichimliklarni haddan tashqari ko'p va doimiy iste'mol qilish natijasida tananing barcha a'zolari zararlanadi. Epidemiologik usullar yordamida ichki organlarning kasalliklari har to'rtinchi spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchida uchraydi va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilganlarning umumiy kasalligi, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilmaganlarga qaraganda ikki baravar yuqori ekanligi aniqlandi.

Alkogolning jigar hujayralariga toksik ta'siri, lipidlar almashinuvining buzilishi, oqsillar etishmovchiligi, lipotropik va B vitaminlari yog'li degeneratsiya, gepatit va jigar sirrozi rivojlanishiga olib keladi. Alkogolizm klinikasi og'irlashganda, bu uchta jigar shikastlanishi bir-biriga o'tadi. Yog' degeneratsiyasi bilan jigar kattalashgan, zichligi zich, qirrası yumaloq,



palpatsiyada seziladi. Alkogolli gepatit ikki shaklda namoyon bo'ladi doimiy (eng keng tarqalgan) va progressiv. Bemorlar vaqti-vaqti bilan meteorizm, oshqozon sanchig'i belgilari namoyon bo'ladi. Jigar yog'li degeneratsiyaga qaraganda kattalashgan va zichroq. Progressiv shaklda qusish, diareya, anoreksiya, leykotsitoz, gipertermiya, sariqlik paydo bo'ladi. Jigar keskin kattalashgan va palpatsiya paytida og'riqli bo'ladi. Ushbu holatning natijasi ko'pincha jigar sirrozi (kompensatsiyalangan va dekompansatsiyali) bo'lib, unda yuqorida tavsiflangan buzilishlar kuchayadi va charchoq, kayfiyatning pasayishi, soch to'kilishi va jinsiy zaiflashish belgilari namoyon bo'ladi.

Alkogolning me'da shilliq qavatiga toksik ta'siri alkogolli gastritni keltirib chiqaradi, bu ishtahasizlik, ko'ngil aynish, og'izda yoqimsiz ta'm, epigastral sohada og'riq kabi belgilar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha ingichka ichakning yuqori qismlarida yallig'lanishli o'zgarishlar yuzaga kaladi - alkogolli enterokolit. Spirtli ichimliklarni ko'p miqdorda va doimiy



suiiste'mol qilish oshqozon yarasining rivojlanishiga yordam beradi.

Alkogolizm bilan oshqozon osti bezi kasalliklari o'tkir va surunkali pankreatit shaklida namoyon bo'ladi, ular bemorlarning 25 foizida uchraydi. Eng xarakterli surunkali pankreatit bo'lib, alkogolning haddan tashqari ko'payishidan keyin kuchayadi. Bemorlar chap qovurg'a osti sohasida og'riqlar, ishtahani yo'qotish, ko'ngil aynish, ich qotishidan shikoyat qiladilar. Jarayonning kuchayishi bilan belbog'simon og'riq, takroriy qusish, ich qotishi, past darajadagi isitma paydo bo'ladi.

Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilishning yurak-qon tomir tizimiga salbiy ta'siri juda xilma-xildir. Alkogolli miokard distrofiyasi alkogolizmga xos bo'lgan yurak patologiyasining bir shakli hisoblanadi. Bu alkogolning yurak mushagiga bevosita toksik ta'siri natijasida yuzaga keladi va miyokardning kontraktil funksiyasi buzilgan holda yurak etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi.



Sog'lom yurak Alkogolli kardiomyopatiya



Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilish gipertoniya va yurak tomirlari kasalligining rivojlanishi va rivojlanishida hamda ularning og'ir asoratlarida o'ta muhim rol o'ynaydi, ammo bu kasalliklarni alkogolizmning bevosita oqibatlariga kiritish mumkin emas. Spirтли ichimliklarni abstinentsiya tarkibida kuzatilgan yurak-qon tomir faoliyatining turli vaqtinchalik buzilishlari juda xilma-xildir.

Alkogollizmga chalingan bemorlarda koronar tomirlarning aterosklerozi spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilmaydigan o'sha yoshdagi odamlarga qaraganda tez-tez uchraydi degan dalillar mavjud.

Spirтли ichimliklar qisman o'zgarmagan holda, o'pka, bronxlar, traxeya orqali chiqarilib, yuqori nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklari, o'pka atelektazi, bronxoektazalar paydo bo'ladi. Alkogolizm bilan og'rikan bemorlar ko'pincha organizmning immunitet xususiyatlarining keskin pasayishi tufayli krupoz pnevmoniyadan vafot etishadi.



Alkogolli polinevropatiyalar alkogolizm bilan og'rikan bemorlarning 20-30 foizida rivojlanadi. Alkogolning toksik ta'siri periferik asab tolalarining halokatli o'zgarishiga olib keladi. Ular shuningdek, tiamin va boshqa B vitaminlari, shuningdek nikotink kislota yetishmasligiga katta ahamiyat kasb etadi. Jigar shikastlanishiga alohida ahamiyat beriladi, chunki periferik asab tizimiga toksik ta'sirini kuchaytiradi.

Klinik jihatdan polinevropatiya o'zini turli xil noxush tuyg'ularda namoyon qiladi. Axilles reflekslari polinevropatiya holatlarining 80-90 foizida, tizzaning yarmida yo'qoladi. Ushbu o'zgarishlar ba'zida ataksiyaga qadar yurishning buzilishini keltirib chiqaradi.

Jinsiy buzilishlar kasallikning ikkinchi va uchinchi bosqichida tez-tez uchraydi. Odatda, bemorlar erta bo'shashish, libido, zaif ereksiya tufayli jinsiy aloqaning buzilishini qayd etadilar. Ko'pincha, bemorlar katta miqdordagi spirтли ichimliklar bilan jinsiy faoliyatni rag'batlantirishga murojaat qilishadi. Ko'pincha, spirтли ichimliklardan voz kechish davrida kuzatilgan jinsiy buzilishlar ichishni qayta boshlashga sabab bo'ladi.

Alkogolizm da yosh va jins xususiyatlari

O'smirlarda alkogolizm. O'smirlar 15 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan shaxslar deb hisoblanadi. O'spirin va o'spirin davridagi alkogolizm, alkogol ichimliklarni suiiste'mol qilish deb tushuniladi, bu mastlik va tushkunlik alomatlari uchun patologik harakatni shakllantirish bilan birga



keladi. Spirtli ichimliklarga qaramlik belgilarisiz vaqti-vaqti bilan va hatto muntazam ravishda iste'mol qilish odatda erta alkogolizatsiya deb ataladi. Ko'pgina hollarda, alkogolizm alomatlari 2-3 yil ichishdan keyin paydo bo'ladi. O'smirlik va o'smirlik davrida alkogolizmning tarqalishi to'g'risida aniq ma'lumotlar

yo'q. Kasalxonalarining ma'lumotlariga ko'ra, abstinentsiya alomatlari borligi mastlik sababli kasalxonaga yotqizilgan o'spirinlarning uchdan birida aniqlanadi.

Alkogolizmning paydo bo'lishi va rivojlanishida yosh omili muhim ahamiyatga ega. Alkogolizm qanchalik erta paydo bo'lsa (o'spirinlik, yoshlik), shunchalik yomon xulqli bo'ladi degan fikr bor: bosqichlarning o'zgarishi va og'irlashishi tezroq ro'y beradi va alkogolizmning namoyon bo'lishi yanada aniqroq namoyon bo'ladi.

Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan o'spirinlar orasida ko'pchilik psixopatiya yoki aksentuatsiya belgilariga ega. Xarakterli aksentuatsiya turiga qarab mastlik motivlari turlicha: beqaror (tashqi ta'sirga moyil) mastlikni quvnoq kayfiyatni boshdan kechirish istagi, gipertimik ichimlik "hech narsa qilmasdan", epileptoid - ruhiy holat buzilishi, disforiya paydo bo'lishi bilan izohlaydi; shizoid - uyatchanlikni, uyatchanlikni engish, aloqalarni o'rnatish va osonlashtirish bilan ta'riflaydi.

Ushbu yoshda alkogolizmning I bosqichi bilan tez-tez uchraydi, II bosqich kamdan-kam uchraydi va III bosqich odatda umuman uchramaydi. Shuning uchun, agar boshqa psixoaktiv dorilar bilan birlashtirilmasa, bu yoshdagi alkogolli psixoz ham kam uchraydi.

O'smir alkogolizmi dastlab alkogolga nisbatan yuqori tolerantlik yoki

uning juda tez o'sishi, spirtli ichimliklarni haddan tashqari oshirib yuborish uchun qusish refleksining yo'qligi yoki bu refleksning tezda yo'q bo'lib ketishi, mast bo'lishga intilishning o'ta intensivligi bilan tavsiflanadi. Juda tez o'spirinlar o'qishni to'xtatadilar, ishlamaydilar,



deviant yoki huquqbuzar xatti-harakatlar ko'pincha qayd etiladi. Shaxsiyat o'zgarishi odatda beparvolik, dabdababozlik, g'azablanish, jirkanchlik, manfaatlarning keskin pasayishi bilan ifodalanadi. Alkogolli degradatsiya, hissiy tetiklik o'spirin alkogolizmiga xos emas.

Ayollarda alkogolizm. Ayollar orasida mast bo'lish erkaklarnikiga qaraganda kamroq uchraydi. Ichkilikning asosiy motivi - bu modda, boshqalarga taqlid qilish, ichish an'analariga rioya qilish, birovga qaram bo'lmaslik yoki bo'yin egmaslik istagi. Ayollarni spirtli ichimliklarni muntazam iste'mol qilish tarbiyaning nuqsonlari katta ahamiyatga ega. Hayotda jiddiy qiziqishlar, maqsadlar, sevimli mashg'ulotlarning yo'qligi spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan bema'ni o'yin-kulgi bilan osonlikcha to'ldiriladi.

Ayollarda alkogolizmning rivojlanishiga ko'pincha shakllangan madaniy qiziqishlarning yetishmasligi, past darajadagi bilim, bo'sh vaqtning ko'pligi olib keladi.

Bunday ayollarning 70 foizi 18 yoshdan oldin spirtli ichimliklar ichishni boshlaydilar. Ayollarda spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishning o'rtacha yoshi taxminan 30 yoshni tashkil qiladi (erkaklarda - 22 yosh), ayollarda alkogolizmning ikkinchi bosqichi taxminan 35 yoshda (erkaklarda - 28-29 yoshda), alkogolizmning uchinchi bosqichida - 41 yoshda (erkaklarda) - 36-37 yoshgacha) to'g'ri keladi. Kasallikning birinchi bosqichi belgilari paydo bo'lgan paytdan boshlab, ayollarda alkogolizm erkaklarnikiga qaraganda tezroq rivojlanadi.

Ayollarda alkogolli psixoz erkaklarnikiga qaraganda 6 yildan keyin sodir bo'ladi; psixozlar orasida gallyutsinoz ustunlik qiladi, deliriyemas (erkaklarda bo'lgani kabi).



Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilgan ayollarda bolalar tug'ma kasalliklardan 2 barobar ko'proq azob chekishadi, homiladorlik va tug'ish patologiyasi sezilarli darajada keng tarqalgan. Bolalar aqliy va jismoniy rivojlanishda sustkashlik,

aqliy zaiflik, shaxsiyat buzilishlari namoyon bo'ladi. Rivojlanish nuqsoni bo'lgan bolalar ko'pincha tug'iladi. Tug'ma jismoniy va nevrologik anormalliklarning, jismoniy va aqliy rivojlanish buzilishlarining kombinatsiyasi homilalik spirтли ichimliklar sindromi deb ataladi.



Ayollarda alkogolizm remissiyasi erkaklar bilan bir xil chastotada sodir bo'ladi. Aksariyat ayollar ambulatoriya sharoitida davolanishni afzal ko'rishadi, ular kasalxonaga kamdan kam hollarda yotib davolanishadi. Shuning uchun kasalxonalarda odatda psixozga uchragan va alkogolizmning og'ir kechish kuzatilgan ayollar davolanishadi.

Simptomatik alkogolizm

Simptomatik alkogolizm - bu ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlarda spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilishning turli shakllari uchun umumlashtirilgan atama. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, alkogolizm va boshqa ruhiy kasalliklarning komorbidlik ko'rsatkichi 70% dan ortiqni

tashkil qiladi. Ushbu alkogolizm ko'pincha shizofreniya, psixopatiya, epilepsiya, miya shikastlanishining oqibatlari va maniakal-depressiv psixoz bilan birlashtiriladi. Ruhiy kasalliklar simptomatik alkogolizmning turli ko'rinishlariga ta'sir qiladi: sindromlarning og'irligi va ularning rivojlanish darajasi: alkogolli psixozlarning klinik xususiyatlari: bemorlarning xarakterologik xususiyatlari. O'z navbatida, alkogolizm ular bilan bog'liq bo'lgan ruhiy kasalliklarga ta'sir qiladi, ularning namoyon bo'lishini o'zgartiradi, kuchaytiradi yoki yashiradi. Ikkala kasallikning qaysi biri asosiy ekanligi juda muhimdir (ba'zi hollarda ruhiy kasallik alkogolizm rivojlanishidan oldin, boshqalarda, aksincha). Bularning barchasi to'g'ri tashxis qo'yish va terapevtik taktikani tanlash qiyinligiga olib keladi.

Alkogolizmning shizofreniya bilan kombinatsiyasi psixonevrologik dispanserida ro'yxatdan o'tgan bemorlarning 10-12 foizida, erkaklarda ayollarga qaraganda 8 baravar ko'p kuzatiladi. Ko'pgina hollarda, shizofreniya alkogolizm rivojlanishidan oldin, kamroq alkogolizm boshlanishidan keyin sodir bo'ladi. Agar ichkilikbozlik shizofreniyaga qo'shilsa, u holda ko'pincha bu jarayon boshlangandan 2-3 yil o'tgach, 20 yoshdan 25 yoshgacha boshlanadi. Agar alkogolizm shizofreniyadan oldin bo'lsa, unda u asosan mehnat faoliyati boshlangan davrda o'spirinlik davrida boshlanadi. Uning paydo bo'lishida atrof-muhit omillari asosiy ahamiyatga ega. Shu bilan birga, alkogolizatsiya boshlanishi tashqi holatlar bilan aniq aloqasi bo'lmaganida ko'plab klinik kuzatuvlar mavjud. Ushbu holat g'ayritabiiy va yakka ichkilikbozlik endogen jarayonning muhim belgisidir.

Spirтли ichimliklarni abstinentsiya, birinchi navbatda, alkogolizm shizofreniya boshlanishidan oldin namoyon bo'lganda namoyon bo'ladi. U tezroq hosil bo'ladi, alkogolizatsiya avvalroq boshlanadi.

Alkogolizm va shizofreniya kombinatsiyasiga oid bahsli fikrlarga qaramay, aksariyat mutaxassislar shizofreniya jarayoni, bir tomondan, spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilishga hissa qo'shadi, boshqa tomondan, alkogolizmning to'liq klinikasini shakllantirishga to'sqinlik qiladi degan xulosaga kelishga moyil. Alkogolizm bilan murakkablashgan shizofreniya shaxsiyatining o'zgarishi ba'zan asoratlanmagan holatlarda rivojlanib borishdan farq qilmaydi. Bu shizofreniyaning doimiy progressiv va sust

turlari bilan kuzatiladi, boshqa holatlarda, xususan, shizofreniya paydo bo'lishidan oldin alkogolizm rivojlanib borganida, uzoq bosqichlarda shaxsning protsessual o'zgarishi bir qator xususiyatlarga ega: o'ziga xos sintonizm mavjud bo'lganda autizm yo'qligi, tezkorlik qobiliyati harakat qilish va yangi hayot sharoitlariga moslashish.

Alkogolizm va bosh miya jarohati kombinatsiyasi juda keng tarqalgan. Alkogolizm bilan kasallangan har to'rtinchi bemorning anamnezida ko'pincha alkogolizm boshlanishidan oldin kranioserebral travma ko'rsatkichi mavjud. Alkogolizmning ko'pincha uzoq muddatli oqibatlarini yengil va o'rtacha kranioserebral shikastlanishlardan so'ng rivojlanadi. Kuchli ensefalopatik buzilishlar bilan og'ir shikast yetkazadigan bosh miya shikastlanishi alkogolizmning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi va agar u allaqachon shakllangan bo'lsa, bu spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'liq to'xtatishga olib kelishi mumkin.

Alkogolizm bosh miya jarohatining oqibatlariga qo'shilsa, uning bir qator asosiy alomatlarini o'zgaradi: intoksikatsiya quyi dozalardan kelib chiqadi, mastlikning o'zgargan shakllari tez-tez uchraydi, ba'zida munosabat, rashk vasvasalari va gallyutsinatsiyalar namoyon bo'ladi.

O'tkir metalkogolli psixozlar tezroq namoyon bo'lib, uzoq davom etadigan atipik yoki aralash ruhiy kasalliklar bilan birga keladi.

Odatda alkogolizm bosh miya jarohati shaxs o'zgarishi tez-tez kuzatilib, ikkita jarayonning o'zaro ta'siri va ularning bir vaqtning o'zida tortilishi mavjud.

Premorbid alkogolizmida psixopatiyalarning chastotasi populyatsiyada psixopatiyalarning tarqalishidan yigirma baravar yuqori.

Psixopatlaridagi alkogolizm muntazam ravishda ichkilikbozlikning erta boshlanishi, ijtimoiy funktsiyalarning aniq buzilishi, tez-tez qayt qilish va o'z joniga qasd qilishga urinishlar, mast holatda tajovuzkor xatti-harakatlar bilan tavsiflanadi.

Alkogolizm va maniakal-depressiv psixozning kombinatsiyasi juda kam uchraydi. Yuqori maniakal holatlari bo'lgan bemorlar tezda kasalxonaga yotqiziladi va odatdagi endogen depressiyalar bilan bemorlar kamdan-kam spirtli ichimliklarga murojaat qilishadi, chunki bu ularning holatini yengillashtirmaydi. Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish odatda

siklotimiyada ham gipomaniakal, ham subdepressiv bosqichda kuzatiladi.

Alkogolizmni davolash

Kasallikning polietiologik xususiyatini hisobga olgan holda, alkogolizmni davolashning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat: ixtiyoriylik, maksimal individualizatsiya, murakkablik va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdan bosh tortish.

Agar ixtiyoriylik printsipli hurmat qilinmasa, unda davolanish haqida gapirish mumkin emas. Asosiy shart - davolanishga rozilik berish. Agar printsipga rioya qilinsa, u holda shifokor va bemor o'rtasidagi hamkorlik boshlanadi. Amalda, bemor davolanishga keladi, qoida tariqasida, abstinentsiya holatida, uning davolanishga roziligi beqaror. Aynan shu davrda anosognoziyani bartaraf etish va davolanishga bo'lgan munosabatni shakllantirishga qaratilgan bemorga psixoterapevtik yondashuvni eng samarali qo'llash muhimdir.

Ikkinchi tamoyil - bu kasallikning ichki manzarasining barcha tarkibiy qismlarini o'rganish va ma'lum bir bemorda kasallikning klinik xususiyatlarini malakali baholash asosida davolashni maksimal darajada individualizatsiyasi. Shu bilan birga, kasallikning klinik ko'rinishidagi ijtimoiy, psixologik va biologik omillarning nisbati baholanadi. Ushbu omillarni o'rganish asosida ma'lum bir bemorni davolashning individual rejasi tuziladi, terapevtik ta'sirning maqsadlari, usullari va vositalari aniqlanadi.

Davolashda murakkablik printsipli kasallikning klinik ko'rinishida ba'zi etiologik omillarning ustun bo'lishiga qaramay, integral terapevtik ta'sirni nazarda tutadi. Barcha holatlarda u dori-darmonlarni, psixoterapevtik va ijtimoiy ta'sirni o'z ichiga olishi kerak. Ba'zi bemorlar uchun davolanishning dastlabki bosqichlarida alkogol moddalarning ta'siri minimal bo'ladi. Psixoterapiya va ijtimoiy dasturni amalga oshirish. Bemorlarning boshqa toifasi uchun dori-darmon qismi butun dasturni belgilaydi, bu asosiy va yetakchi hisoblanadi. Faqat ma'lum bir vaqtdan so'ng, dasturning psixoterapevtik va ijtimoiy qismlari, asosan, dorilar qismiga yopishib olinadi.

Alkogolizmni davolashda to'rtinchi printsipga rioya qilish - psixoaktiv

moddalardan voz kechish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni to'liq rad etishni nazarda tutadi. Biroq, ushbu printsipni amalda amalga oshirish har doim ham muvaffaqiyatga olib kelmaydi. Gap shundaki, davolanishga "ixtiyoriy ravishda" murojaat qilganlarning mutlaq ko'pchiligi "davolanishga", faqat rasmiy rozilik berishadi. Ongsiz ravishda ular davolanishni rad etish uchun uzr izlaydilar. Shifokor birinchi marta tashrif buyurganida bunday bemorga umrining oxirigacha alkogol ichishni to'xtatish kerakligini aytganda, bemor chayqaladi. U bunga tayyor emas, hatto savol shu tarzda qo'yilishini tasavvur ham qilmagan. Ushbu printsipga rioya qilish uchun tibbiy taktika yanada moslashuvchan bo'lishi kerak. Dastlabki suhbatlarda bemorlar o'zlarining kasalliklari to'g'risida xabardor bo'lishlari kerak, shunda bemor davolanishga ehtiyoj borligi haqidagi fikrga odatlanib qoladi.

Davolash.

- 1) Dezintoksikatsion terapiya
- 2) Vitaminoterapiya
- 3) Antipsixotik terapiya
- 4) Degidratatsion terapiya
- 5) Desensibilizatsion terapiya
- 6) Simptomatil yurak-kon tomirlar tizimi faoliyatini kuchaytirish.

Alkogolizmni oldini olish.

Alkogolizmning oldini olish qonunchilik, ma'muriy va tibbiy-gigiena tadbirlarini kompleksini talab qiladi.

JSST tavsiyasiga ko'ra profilaktikaning 3 bosqichi mavjud. Alkogolizmning oldini olish borasida birlamchi profilaktika - mastlik va alkogolizm paydo bo'lishining oldini olish ajratilgan; ikkilamchi - keyingi asbtinentsiyaga qarshi terapiya kurslari bilan kompleks davolash; va uchinchi darajali - bemorlarni ijtimoiy reabilitatsiya qilish va qayta tiklash.

Alkogolizmning birlamchi profilaktikasining eng muhim va samarali chorasi yosh avlodni ijobiy pozitsiyadan tarbiyalashdir. Demak, bu yerda asosiy narsa bolaga iloji boricha yuqori ma'naviy qadriyatlarini, hayotni tasdiqlovchi ehtiyojlar va ko'nikmalarni singdirish, ijtimoiy farovonlikka

erishish, sport, ijodkorlik va mehnatdan zavq olish qobiliyatini rivojlantirishdir. Boshqacha qilib aytganda, jamiyatda sog'lom turmush tarzi, oilaning qadr-qimmati, ma'lumoti, sportga bo'lgan ishtiyoqini shakllantirish zarur.

Ikkilamchi profilaktika kompleksida alkogolizmning qaytalanishini oldini olishdan iborat individual profilaktika alohida ahamiyatga ega. Shu bilan birga, psixoterapiya ishlari nafaqat bemorlar, balki uning oila a'zolari, unga yaqin bo'lgan boshqa odamlar bilan ham olib boriladi.

Uchinchi darajali profilaktika alkogolizmga qo'pol, qaytarib bo'lmaydigan kasalliklar rivojlanishining oldini olishni o'z ichiga oladi. Alkogolizmning ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikasi asosan narkologik xizmat tomonidan amalga oshiriladigan tibbiy tadbirlar majmuasi bilan belgilanadi.

Mastlik holati ekspertizasi

Mehnat ekspertizasi. Mastlik holati kasallik ta'tilini berish uchun asos emas. Faqat konvulsiv tutqanoqlar, o'z joniga qasd qilish tendentsiyalari yoki alkogolli psixoz bilan to'la bo'lgan ichkilikbozlik va og'ir abstentsiyani to'xtatish zarur bo'lgan hollarda, bemorlar ambulatoriya yoki statsionar sharoitida davolanadi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi. Alkogolizmdan aziyat chekayotgan shaxslar, o'z xatti-harakatlari to'g'risida hisobot berish va ularni boshqarish qobiliyatini saqlab qolgan holda, noqonuniy xatti-harakatlar sodir etilgan taqdirda, aqli raso deb topiladi va qonun oldida to'liq javobgarlikni o'z zimmlariga oladilar. Qolaversa, mast holda jinoyat sodir etish og'irlashtiradigan holat hisoblanadi.

Ushbu qoidadan istisno kasallikning so'nggi bosqichida aniq alkogol dementsiyasi holatlari, psixotik holatdagi noqonuniy xatti-harakatni sodir etishda o'tkir va uzoq muddatli alkogol psixozlari bo'lgan bemorlar va mastlikning patologik shakllari bo'lgan shaxslardir. Odatda sud ularni aqldan ozgan deb topadi va ular jinoiy javobgarlikni o'z zimmlariga olmaydi, ular ruhiy kasalxonada majburiy davolanishga yuboriladi. Korsakov psixози va alkogolli psevdoparalich bilan og'rikan bemorlar passivligi va hatto ojizligi tufayli eng kam sud-psixiatriya qiymatiga ega.

Bu borada eng katta ahamiyat alkogolli vasvasali psixozlarga chalingan bemorlardir, chunki ularning xotini va xayoliy sevishganlarni qasddan va uzoq muddat tayyorlagan qotilliklarga moyilligi bor.

Alkogolli psixozlar

Ushbu psixozlar alkogolning surunkali intoksikatsiyasining bevosita natijasi sifatida emas, balki ichki organlarning shikastlanishi va alkogol oqibatida metabolizm buzilishi sababli endogen intoksikatsiya natijasida paydo bo'ladi. Spirtli psixozlarning paydo bo'lishida spirtli ichimliklarni muntazam ravishda suiiste'mol qilish davomiyligi va massivligi alohida o'rin tutadi. Aholi tomonidan jon boshiga spirtli ichimliklar iste'molining ko'payishi bilan alkogolli psixozning chastotasi oshadi. Alkogolli psixozlar alkogolizm bilan og'rikan bemorlarda kasallikning ikkinchi va uchinchi bosqichlarida, erkaklarda ayollarga qaraganda tez-tez uchraydigan o'tkir, uzoq muddatli va surunkali psixik buzilishlardir. Qo'shimcha xavf-xatarlar, ayniqsa, o'tkir alkogolli psixozlar holatida ham muhim ahamiyatga ega. Har qanday kasalliklar (pnevmoniya, travma), ichkilikni to'satdan kesib tashlash, spirtli ichimliklarni abstinentsiyaning kuchayishiga va o'tkir alkogolli psixozlarning paydo bo'lishiga hissa qo'shadi. Alkogolli psixoz alkogolizmning asoratlari emas, balki uning tabiiy ko'rinishidir. JSST ma'lumotlariga ko'ra, alkogolli psixozlar alkogolizmga chalingan bemorlarning 10 - 15 foizgacha uchraydi.

O'tkir alkogolli psixozlarning patogenezdagi asosiy ahamiyat buzilgan neyromediatorlarga, birinchi navbatda buzilgan dopamin neyromediatorlarga qaraladi. Opiat va serotonin tizimlarining buzilishi ham qayd etilgan. Bundan tashqari, jigar patologiyasi, uning antitoksik funksiyasini buzish muhim ahamiyatga ega. Alkogolli ensefalopatiyalarning patogenezdida B vitaminlari, birinchi navbatda tiamin yetishmasligi alohida o'rin tutadi. Qo'shimcha omillar miyaning organik shikastlanishining oqibatlari, ayniqsa uzoq muddatli va surunkali alkogolli psixozlarda muhim rol o'ynaydi.

Narkologiyada alkogolli psixozlarning 4 guruhi an'anaviy ravishda kurs turi va sindromik xususiyatlari bilan ajralib turadi:

1. aniq chalkashliklarga olib boradigan psixoz (alkogolli deliriy):

2. eshitish aldashinging ustunligi bilan yuzaga keladigan psixozlar (alkogolli gallyutsinoz);

3. vasvasa gallyutsinatsiya bo'lmagan psixozlar (alkogolli paranoid, rashkning alkogolli deliriy);

4. psixotik namoyon bo'lgan ensefalopatiya, intellektual-mnestik buzilishlar (Korsakov psixoz, Gay-Vernik ensefalopatiyasi, alkogolli psevdoparalich).

Ba'zida alkogolli psixozlarga alkogolli epilepsiya, dipsomaniya va alkogolli depressiya kiradi.

Alkogolli epilepsiya: Tutqanoqlar uzoq vaqt ichkilikbozlikdan keyin yoki olib tashlashning birinchi kunlarida sodir bo'ladi. Ular Gay-Vernika deliriy yoki ensefalopatiya boshlanganda ham paydo bo'lishi mumkin. Bular umumiy tutishlar yoki abortli tutqanoqlardir. Bunday holatda boshqa psixotik namoyishlar kuzatilmaydi. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik bilan, epilepsiya odatda yo'qoladi.

Alkogolli dipsomaniya kayfiyati buzilishi bilan boshlanib, odatda ichkilikdan oldin tashvishli-depressiv kayfiyat, uyquning buzilishi, anoreksiya, bosh og'rig'i keladi. Ichkilikning davomiyligi bir necha kundan bir haftagacha. Uning oxiri to'satdan, alkogolga bo'lgan ehtiyoj yo'qolganda va hatto undan nafratlanish paydo bo'lganda paydo bo'ladi. Dipsomaniya mustaqil nozologik birlik emas, balki faqat turli xil ruhiy buzilishning tashqi ko'rinishidir, deb ishoniladi.

Alkogolli depressiya alkogolizm, o'tkir va surunkali alkogolli psixozlarda rivojlanadi. Depressiya deliriy yoki gallyutsinozdan keyin paydo bo'ladi. Past kayfiyat odatda disforiya, ko'z yoshlari yoki xavotir va ipoxondriya bilan birga keladi. Depressiya davomiyligi 1-2 haftadan 1-2 oygacha. Alkogolli depressiya ayollarda tez-tez uchraydi va ko'pincha o'z



joniga qasd qilishning sababi hisoblanadi. Boshqalar depressiyani kasallikka psixologik reaksiya deb bilishadi, bemorlarning o'zlari odatda yomon kayfiyat shikoyatlari bilan shifokorlarga murojaat qilishmaydi, shuning uchun bu holat ko'pincha retrospektiv ravishda aniqlanadi.

Alkogolli deliriy

Alkogolli deliriyum (deliriyum tremens) eng keng tarqalgan alkogolli psixoz. Ko'p sonli holatlarda deliriy spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni to'xtatgandan keyingi dastlabki uch kun ichida sodir bo'ladi, kamroq 4-6 kun ichida. Deliriy alkogolizmning ikkinchi va uchinchi bosqichlarida rivojlanadi, bemorlarning o'rtacha yoshi taxminan 40 yoshni tashkil qiladi. Kundalik spirtli ichimliklarni iste'mol qilish davomiyligi odatda bir haftadan oshadi, kuniga 500 ml dan ortiq aroq iste'mol qilinadi. Hayotda birinchi deliriy boshlanishidan oldin, tez-tez ichkilikbozlikning uzayishi, kuchli spirtli ichimliklardan foydalanishga o'tish yoki alkogolning kunlik dozalari ko'payishi kuzatiladi. Taxminan har uchinchi deliriydan oldin turli xil somatik kasalliklar kelib chiqadi, bu esa alkogolli ichimliklarni qabul qilishni keskin to'xtatishga majbur qiladi.

Prodromal bosqichni alkogoldan voz kechish sindromi deb hisoblash kerak, bu deliriy paydo bo'lishidan oldin og'irroq (uyquning qo'pol buzilishi va boshqa nevrologik alomatlar) kechadi. Kun davomida astenik alomatlar odatda tashvish va xavotir bilan kuzatiladi. Alkogolli deliriyning klassik varianti bir qator ketma-ket bosqichlar bilan tavsiflanadi.

Birinchi bosqichda, kechqurun va ayniqsa tunda bemorlar umumiy xavotirni kuchaytiradilar, ular hushyor, suhbatdosh, notinch xatti-harakatlar, giperekspressiv mimika va imo-ishoralar paydo bo'ladi. Keyin gipnagogik gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi, odatda qo'rquv ta'siriga qo'shiladi. Ko'z olmosi bosib ko'rilganda gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Ko'zlar ochilganda, ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari yo'qoladi. Keyin ochiq ko'zlar bilan idrokning illuziyalari yuzaga keladi. Uyqu keskin yomonlashadi, tez-tez uyg'onishi bilan bemorlar tushni haqiqatdan ajrata olmaydilar. Vaqtinchalik disorientatsiya uyqu bilan bog'liq bo'lmagan muhitda rivojlanadi. Bemorlar nihoyatda yoqimli bo'lib qolishadi, ular taklif bilan osongina gallyutsinatsiyalarni keltirib chiqarishi mumkin: bo'sh varaqdan matnni "o'qishni" so'rang, o'chirilgan telefonda "gaplashish": devorga ishora qilib, unda mavjud bo'lmagan hayvonlar va hasharotlarni "ko'rish" mumkin. Ko'pincha, Lipman simptomini aniqlashingiz mumkin.

Uyqusizlik fonida bemorlar o'z joylarida, vaqtlarida va atrofidagi odamlarning yo'nalishini adashtiradilar. Haqiqiy ko'rish gallyutsinatsiyalar ustunlik qiladi, ammo eshitish, hid bilish, taktil va tam bilish gallyutsinatsiyalari bo'lishi mumkin. Fikrlash yuzaki,



yo'naltirilmagan, uyushmalar tasodifiy bo'lib qoladi. Diqqat doimo beqaror bo'lib qoladi, bemorlar har qanday ogohlantirish bilan osonlikcha chalg'itadilar. Xotira juda yomonlashadi, bir necha daqiqadan so'ng bemorlar shifokorga nima deyishlarini eslamaydilar. Bemorlar vaziyatni baholash uchun to'plangan hayotiy tajriba va olingan bilimlardan foydalana olmaydilar. Bu ko'plab javoblarning o'ta bema'niligini va ularning ahvoliga nisbatan tanqidning to'liq yo'qligini tushuntiradi. Bemorlarning nutqi keskin, grammatik jihatdan to'g'ri, ammo soddalashtirilgan, tez-tez shoshilib va juda aniq emas. Xiralashgan xatti-harakatlar xarakterlidir, gallyutsinatsiyalar, impulsiv harakatlar mazmuniga mos keladi. Bemorlar mayda hayvonlarni, o'rgimchaklarni silkitib, u erda to'shak ostida yashiringan odamlarni qidiradilar, ba'zi xayoliy suhbatdoshlarga buyruq berishga g'azablanadilar. Tana tuzilishining buzilishi tez-tez uchraydi, uning fazodagi holati o'zgaradi. Bemorlar ta'qib qilishning o'ziga xos va sistematik bo'lmagan xayoliy g'oyalarini bildirishlari mumkin. Xayoliy bayonotlar mavzusi, shuningdek, hissiy holat gallyutsinatsiyalar mazmuniga mos keladi.

Alkogolli deliriy nevrologik va somatik alomatlar bilan birga keladi: ataksiya, qo'llarning titrashi, bosh, giperrefleksiya, mushaklarning gipotenziyasi, gipergidroz, terining giperemiyasi, taxikardiya, subfebril holat, nafas qisilishi, qon bosimining o'zgarishi, skleraning sarg'ayishi, qonda leykotsitoz, ECHT kuchaygan.

Zamonaviy davolash usullari bilan odatdagi deliriyning davomiyligi kamdan-kam hollarda 3-4 kundan oshadi. Psixoz davri amneziasida selektivlik bilan ajralib turadi: bemorlar odatda gallyutsinatsion tajribalarning mazmunini yaxshi ko'paytiradilar, yomon yoki umuman real voqealar va ularning xatti-harakatlarini kechiradilar. O'tkir davrdan keyin

bir necha kun davomida astenik holat kuzatiladi.

Og'ir holatlarda tana harorati 40 °C va undan yuqori darajaga yetadi. Asosiy vaqtini to'shakda o'tkazadi. Tremor kuchayadi, stereotipik qo'l harakatlari paydo bo'ladi: silkitish, tanadagi biron bir narsani tekislash, barmoqlar bilan yotoqni tortish. Nutq noaniq guldirashdan iborat (abartiv deliriy). Patologik reflekslar paydo bo'ladi. Suvsizlanish kuchayadi. O'lim odatda yiqilish yoki u bilan bog'liq bo'lgan pnevmoniyadan kelib chiqadi.

Kasbiy deliriyum, shuningdek, bemor o'zining kasbiy faoliyatiga taqlid qilganda ham noqulay hisoblanadi. Ushbu deliriyum ko'pincha Korsakov sindromi yoki psevdoparaliz bilan almashtiriladi. Tiklanish holatida to'liq amneziya kuzatiladi.

Alkogolli gallyutsinoz

Alkogolli gallyutsinoz - alkogolizmga chalingan bemorda tez-tez uchraydigan ikkinchi psixoz. Alkogolizmning ikkinchi bosqichining hayot davomiyligi hayotda birinchi gallyutsinoz boshlangunga qadar 90% hollarda 5 yildan oshadi, bemorlarning yoshi 25 yoshdan 40 yoshgacha. Psixoz spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'xtatgandan keyingi dastlabki kunlarda odatda kamida 3-4 kunlar sodir bo'ladi. Ko'pgina bemorlarda qo'shimcha patologiya mavjud: miyaning organik shikastlanishining qoldiq ta'siri, turli xil somatik kasalliklar.

Alkogolli gallyutsinozning prodromal bosqichi bu bemor uchun odatdagidan og'irroq bo'lgan spirtli ichimliklarni abstinentsiyadir. Bu hayotdagi birinchi gallyutsinoz boshlanishidan oldin ichkilikning davomiyligi oshishi yoki spirtning kunlik dozasi oshishi bilan bog'liq.

Psixozning klinik ko'rinishida haqiqiy eshituv gallyutsinatsiyalar hukmronlik qiladi; bemorning ongi qorong'i emas. Gallyutsinatsiyalar



haqiqiy, odatda ular bemor uchun yoqimsiz: tahdidlar, haqoratlar, tahqirlashlar. Bemorni "ichkilikboz, ichkilikboz" deb atashadi, ular zo'ravonlik bilan tahdid qilishadi. Gallyutsinat-siyalarni tanqid qilish yo'q, bemorning ongi qo'pol ravishda buzil-maydi, avto va allo-psixik yo'nalish saqlanib qoladi. Bemorlarning xulq-atvori odatda gallyutsinatsiya-larning mazmuni bilan belgilanadi. Imperativ gallyutsinatsiyalar boshqalar va bemorning o'zi uchun ayniqsa xavflidir. Kayfiyatning foni gallyutsinatsiyalar mavzusiga to'g'ri keladi, ko'pincha bemor hushyor, tashvishli, ba'zida tushkunlikka tushadi.

Alkogolli gallyutsinoz bilan kasallanganlarni davolash psixiatriya kasalxonasida amalga oshiriladi. Asosiy davolash samarali psixotik simptomlarni yo'q qilishdir. Shu maqsadda psixotrop dorilar buyuriladi: galoperidol, tizersin, etaperazin. Kompleks davolashning tarkibiy qismlari detoksifikatsiya, vitaminli terapiya (ayniqsa B guruhi), nootropiklardir.

Alkogol paranoyasi (rashk vasvasasi)

Alkogol paranoyasi (alkogolli rashk vasvasasi) - bu faqat alkogolli psixozning surunkali shakli bo'lib, faqat erkaklarda uchraydigan birlamchi paranoyal vasvasalar ustun bo'lib, kasallikning boshlanishining o'rtacha yoshi taxminan 50 yoshni tashkil qiladi. Alkogol paranoyasi birinchi navbatda psixopatik xarakter xususiyatlariga ega bo'lgan odamlarda uchraydi. s

Odatda deliriy monotematik bo'lib, asta-sekin va sezilmasdan rivojlanadi. Dastlab, ba'zi bir yolg'on gaplar faqat mastlik davrida kuzatiladi va hushidan kelgandan so'ng, bemorlar ayblovlarni rad etishadi, asossiz da'volarni ular mast bo'lganliklari bilan izohlashadi. Keyin rashk qo'rquvi uyqusirab ifoda etila boshlaydi. Bora-bora rashkning doimiy tizimli deliriy shakllanadi. Bemorlar o'zlarining xotini yoki ma'shuqasining xatti-harakatlarini aldanib talqin qiladilar, tanani sinchkovlik bilan tekshiradilar, ayollarning ichki kiyimlarini sinchkovlik bilan tekshiradilar, ularning fikrlarining tasdig'ini topishga harakat qiladilar. Ko'pincha, xayoliy va ta'sirchan illuziyalar paydo bo'lishi mumkin: yostiqdagi burmalar sevgilining boshidan qolgan iz, yotoqxonadagi erdagi dog'lar sperma izlari deb talqin etadilar. Odatda oilaviy munosabatlarda aldanishni



rivojlantirishning ushbu bosqichida ziddiyat kelib chiqadi, bu esa yaqinlikni rad etishga olib keladi. Bu bemorning xotini xiyonatiga bo'lgan ishonchini yanada kuchaytiradi. Hayotda uchraydigan munosabatlar va nizolarning xususiyatlarini aks ettiruvchi

xayoliy tajribalarning mazmuni ma'lum bir ishonchni saqlab qoladi. Shu munosabat bilan, bemorning atrofidagi odamlar uning holatini uzoq vaqt og'riqli deb hisoblamaydilar.

Ko'pincha, o'zlarining aybsizligini isbotlash uchun bemorlar o'z xotinlarini xiyonat qilishni tan olishga majbur qilishadi. Agar ayol so'rovlarga, tahdidlarga, kaltaklashga va go'yo zino qilganligini tan olishga qarshi turmasa, bu bemorni aybsizligida kuchaytiradi.

Bemor uning rafiqasi uni nafaqat hozir aldayotganligini ta'kidlay boshlaydi, lekin u buni avval ham, turmushning birinchi yillarida ham amalga oshirgan, bundan tashqari u undan bolalarni tug'dirgan deb aytadilar. So'zlarini qo'llab-quvvatlash uchun bemor ko'plab haqiqiy dalillarni keltirib chiqaradi, ularni xayoliy deb talqin qilishadi. Bolalarga nisbatan xulq-atvor deliriusga aylanadi. Ba'zida monotematik sindromning o'zgarishi zaharlanish, jodugarlik yoki zarar yetkazish to'g'risidagi xayoliy g'oyalar bilan murakkablashadi. Ko'pincha bunday holatlarda zararli ta'sir va davomli ichkilikbozlik xotinlarga nisbatan shafqatsiz tajovuzkor harakatlar bilan vasvasali xatti-harakatlarga olib kelishi mumkin. Bunday bemorlarda xayoliy xatti-harakatlarning yetarlicha keng tarqalgan shakli bu odatda sodir etiladigan turmush o'rtog'ini o'ldirishdir.

Bemorlar, odatda, xulq-atvori boshqalarga xavfliligi sababli, majburiy kasalxonaga yotqiziladi. Hasad g'oyalariga tanqid odatda antipsikotik terapiya jarayonida paydo bo'lmaydi, ammo bemorlar boshqalarning harakatlarini xayolparast xatti-harakatlariga qarab baholashni to'xtatadilar.

xatti-harakatlar yaqinlari uchun zararsiz bo'lib qoladi.

Alkogolli paranoid

Alkogolli paranoid - bu alkogolli psixoz bo'lib, uning klinik tarkibida odatiy, aniq tarkibdagi xayollar va aniq ong fonida ifoda etilmagan eshituv gallyutsinatsiyalar bilan gallyutsinator-paranoid sindromi asosiy hisoblanadi. Alkogolli psixozning mustaqil shakli doirasida alkogolli paranoidni ajratish va tavsifi I.V. Strelchukga tegishli (1949). Bu alkogolizmning ikkinchi bosqichida, odatda spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni to'xtatishdan keyingi dastlabki 3 kun ichida sodir bo'ladi. Bemorlar o'zlarining mol-mulki, pullari, yashash joylariga egalik qilish uchun ularni o'ldirmoqchi ekanliklari haqida o'ylashadi. Boshqalarning harakatlari, ularning yuz ifodalari, imo-ishoralari va gaplari xayolparast deb talqin etiladi. Eshitish va ko'rish illyuziyalar paydo bo'lishi mumkin: Gaplashayotgan odamlarning nutqida ular ularga nisbatan tahdidlarni "eshitadilar", kimningdir qo'lidagi yaltiroq buyum pichoq bilan yanglishadi. Bemorlar qochishadi, politsiyadan, do'stlaridan himoya qilish uchun yordam so'rashadi. Psixoz paytida kasallik haqida hech qachon xabardorlik paydo bo'lmaydi. Psixozning teskari rivojlanishi kayfiyatning normallasishi, qo'rquv ta'sirining yo'qolishi bilan boshlanadi, keyin xatti-harakatlar normallasadi, deliriy kamayadi. Tegishli davolanish bilan o'tkir alkogolli paranoidning davomiyligi 10-15 kundan oshmaydi.

Alkogolli paranoidni davolash psixiatriya kasalxonasida amalga oshiriladi. Bu keng qamrovli bo'lishi kerak. Davolashning majburiy komponenti detoksikatsiya, vitaminli terapiya (ayniqsa B guruhi). Psixotik buzilishlarni bartaraf etish uchun neyroleptiklar qo'llaniladi (galoperidol, triflazin, tizersin).

Alkogolli ensefalopatik psixozlar

Ular alkogolizmning II-III bosqichida uchraydi. Ko'pgina hollarda, alkogolli ensefalopatik psixoz paydo bo'lishidan oldin uzoq vaqt davomida massiv spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, ko'pincha darhol deliriy oldinda bo'ladi. Ushbu psixozlar og'ir somatik, nevrologik va intellektual-mnestik kasalliklar bilan birga keladi.



Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya

Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya - asosan 30 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan erkaklar ta'sir qiladi.

Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya rivojlanishining sababi tiamin yetishmasligi (B1 vitamini), ko'pincha u alkogolning intoksikatsiyasi bilan yuzaga keladi. Spirtli ichimliklar ta'siri, asosan, tarkibida tiamin bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini dietada almashtirish bilan, shuningdek, organizmning alkogol bilan ta'minlangan uglevodlar almashinuvi uchun zarur bo'lgan B vitaminlariga bo'lgan ehtiyojining oshishi, shuningdek oshqozon-ichak traktida vitaminlarning singishi buzilishi bilan bog'liq.

Psixozning boshlanishida og'ir deliriy alomatlari paydo bo'ladi. 2-4 kundan keyin ongning buzilishi og'ir holatlarda komaga qadar chuqurlashadi. Nevrologik va somatik sohalarda qo'pol buzilishlar - okulomotor buzilishlar, og'iz avtomatizmi reflekslari, giperkinez, mushak tonusining buzilishi, vegetativ buzilishlar, piramidal yetishmovchilik belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlar yoshidan kattaroq ko'rinadi, juda ozib ketgan, suvsizlangan, harorati 37-38, 40-41 °C gacha ko'tarilishi mumkin.

Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya odatda polinevropatiya, yuqumli asoratlari (ko'pincha pnevmoniya) bilan kechadi.

Tiamin yetishmovchiligi yurak-qon tomir tizimining disfunktsiyasiga olib kelganligi sababli, Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya bilan og'rikan bemorlar taxikardiya, gipotenziya va zo'riqish paytida nafas qisilishi bilan ajralib turadi.

Shuni esda tutish kerakki, uzoq vaqt davomida spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan odamlarda vena ichiga yuborilgan glyukoza Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya rivojlanishini qo'zg'atishi mumkin. Shuning

uchun tiamin yetishmovchiligiga shubha qilingan barcha bemorlarga vena ichiga glyukoza yuborilishidan oldin tiamin berilishi kerak.

Gay-Vernika o'tkir alkogolli ensefalopatiya rivojlanishi bemorni ixtisoslashtirilgan bo'linga yotqizish ko'rsatma hisoblanadi.

Korsakov psixoz

Korsakovning psixoz uchun simptomlarning uchligi xarakterlidir: fiksatsiya amnezias, psevdoreminisentsiyalar va konfabulyatsiyalar, amnestik disorientatsiya. Psixoz ko'pincha sezgi va motor buzilishlarning namoyon bo'lishi bilan polinevropatiyaning shakllanishi bilan birga keladi. Kasallikda qisman ong, mavjud bo'lgan xotira buzilishlarini niqoblashi bo'lishi mumkin. Umuman olganda, tanqidlar kamayadi, deyarli barcha bemorlar o'zlarining professional vazifalarini bajara olishlariga ishonadilar.

Psixoz surunkali - ko'p oylar va hatto yillar davom etadi. To'g'ri davolanishda yaxshilanish asta-sekin yuzaga keladi, ammo aksariyat hollarda to'liq tiklanish kuzatilmaydi.

Shuni yodda tutish kerakki, xuddi shunday simptomlar majmuasi klinik o'linga duchor bo'lgan va qayta jonlanganlarda, osilganidan keyin, uglerod oksididan zaharlanish natijasida rivojlanishi mumkin.

Terapevtik tadbirlarning xususiyati B vitaminlari va nootropiklarning katta dozalarini erta tayinlashdir.

Alkogolli psevdoparalich

Bu Korsakovning psixoziga qaraganda ancha kam uchraydi, deyarli har doim ko'p yillik alkogolli tajribaga ega bo'lgan yetuk va kech yoshdagi erkaklarda kuzatiladi. Odatda u og'ir deliriy va Gay-Vernika ensefalopatiyasidan keyin rivojlanadi. Ruhiy va asab kasalliklari progressiv falajga o'xshaydi, aksariyat hollarda dementsiya rivojlanadi. Bemorlar tanqidiy, passiv, harakatsiz, ba'zida kayfiyatning o'zgarishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda asabiylashish, norozilik yoki ipoxondriya ustunlik qiladi.



GIYOHVANDLIK (Narkomaniya)

Ushbu mavzu bo'yicha o'quv dasturining mazmuni:

Giyohvand moddalarni suiiste'mol qilishning umumiy xususiyatlari, eng keng tarqalgan giyohvand moddalar (gipnoz, siklodol, trankvilizatorlar, analjeziklar, psixostimulyatorlar, antigistaminlar) va kimyoviy moddalardan foydalanish bilan bog'liq (aseton, efir, benzin va boshqalar) Siklodol deliriyum, aromatik moddalarni nafas olayotganda deliriyum, "Giyohvand moddalar" tushunchasi, mezonlari (tibbiy, ijtimoiy, huquqiy). Giyohvandlik, tushuncha ta'rifi. Morfinizm, kannabizm, kokainizm, barbituromaniya klinikasi. Efedronga qaramlik, kurs xususiyatlari, nevrologik kasalliklar. Giyohvandlikning turli xil turlari, psixozning eng keng tarqalgan shakllarida olib tashlanish belgilarining xususiyatlari. Ichki kasalliklar klinikasida giyohvandlik, giyohvandlik prognozini davolash va oldini olish. Giyohvandlik bilan sariqlik, OTS xavfi. Tamaki chekish giyohvand moddalarni suiiste'mol qilishning bir turi sifatida.

Afyunga (Opiy) qaramlik

Afyun ko'knori (Opiy) sharbatida mavjud bo'lgan moddadir. Opiydan



20 ga yaqin alkaloid olinadi, ularning eng mashhurlari morfindir. Opiyning tabiiy ravishda afyun (geroin, kodein, gidromorfin) tarkibidagi yarim sintetik alkaloidlar, shuningdek butunlay sintetik (meperidin, metadon, propoksifen, fentanil) bo'lgan shakllari mavjud.

Afyunlardan foydalanishni dastlab arab adabiyotida X asrda tasvirlangan. 19-asrda ushbu guruhga xos uchta voqea sodir bo'lgan: 1) morfinning ajralib chiqishi, 2) gipodermik shprints ixtirosi va 3) 1874 yilda diatsetilmorfin (geroin) sintezi - giyohvand moddalarni og'riqsizlantirish uchun keng qo'llash uchun asos bo'lib, suiiste'mol qilish ehtimolini oshirdi. Qonda morfin yoki geroinning yuqori konsentratsiyasiga chekish yoki

chaynashga qaraganda ukol qilish orqali tezroq erishish mumkin edi.

Opiatni suiiste'mol qilish ehtimoli va ularni og'riqni kamaytirish va diareyani davolash uchun tibbiy usulda qo'llash giyohvandlik va qaramlikni ajratib ko'rsatishni muhimlashtiradi. Opiat bilan o'tkir va surunkali intoksikatsiyaning klinik kursi alohida o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lsa-da, asosiy xususiyatlarida (kodein bundan mustasno) u juda o'xshash, deyarli bir xil. Qo'llash usuli preparatga bog'liq: afyun dudlanadi, heroin odatda vena ichiga yuboriladi, inhalatsiyalanadi (hidlanadi) yoki tomir ichiga yuborish uchun stimulyatorlar bilan qo'shiladi.

Ayni paytda heroin eng ko'p ishlatiladigan narkotik modda hisoblanadi. Aksariyat hollarda bemorlarning shaxsiyati o'ziga ishonmaslik, o'ziga past baho berish, ijtimoiy moyillik, dominant disforik affekt, past umidsizlik bilan ajralib turadi. Ularning qariyb 90 foizida premorbid, aksariyat hollarda depressiya, so'ngra alkogolizm, turli xil psixopatiyalarda ruhiy buzulqik borligi haqida dalillar mavjud.

Preparatni parenteral yuborish analgeziya, og'riqqa befarqlik, uyquchanlik, issiqlik hissi, oyoq-qo'llarda og'irlik va og'izning qurishini keltirib chiqaradi. Qoidaga ko'ra, vena ichiga yuborilgandan ko'p o'tmay yuz beradigan va 10-30 minut davom etadigan eyforiya mavjud bo'lib, keyin sedativ ta'sir ustunlik qiladi. Dastlabki qabul qilganda ta'siri disforiya, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga bo'lishi mumkin.

Dozani oshirib yuborish nafas olishning sekinlashishi, bradikardiya, tashqi ta'sirga javobning pasayishi, harorat va qon bosimining pasayishi bilan birga keladi. Opioidlar bosh miyadagi nafas olish markazining funksiyasini susaytiradi (bu ta'sir fenotiyazinlar va MAO ingibitorlari tomonidan kuchaytiriladi). Dozani oshirib yuborishda o'lim odatda nafasni to'xtatish bilan bog'liq. Dozani oshirib yuborish odatda tasodifan ro'y beradi va shoshilinch tibbiy aralashuvni talab qilishi mumkin, Buning sabablari orasida dozani oshirishda xato yoki preparatni tartibsiz ishlatilishi bo'lishi mumkin. Ko'pincha dozani oshirib



yuborish geroinni markaziy asab tizimini susaytiradigan boshqa dorilar bilan, masalan, spirtli ichimliklar bilan birikishi natijasida yuzaga keladi. Klinik alomatlar shiddatli mioz, nafas qisilishi va markaziy asab tizimiga bog'liq tushkunligini o'z ichiga oladi. Davolash intensiv terapiya bo'limiga shoshilinch kasalxonaga yotqizishni, hayotiy funktsiyalarni qo'llab-quvvatlash uchun simptomatik terapiyani va opiat antagonisti naloksonni (nalorfin) tezda o'z ichiga oladi. Darhol 0.8 mg IV AOK qilinadi, agar 15 daqiqadan so'ng hech qanday ta'sir bo'lmasa, 1.6 mg AOK qilinadi va 15 daqiqadan so'ng ta'sir baholanadi. Agar ta'sir bo'lmasa, 3.2 mg ham yuboriladi, kerakli natijaga erishilganda har soatda 0.4 mg naloksonni yuborish kerak.

Opiatlarni muntazam ravishda iste'mol qilish bilan kuchli ruhiy va jismoniy qaramlik tezda giyohvand moddalarni iste'mol qilish paytida og'ir alomatlar bilan (rivojlanib ketish alomatlari) va yuqori tolerantlik bilan rivojlanadi.

Afyun va morfinga o'xshash moddalarni qo'llashda o'ziga qaramlikning o'ziga xos xususiyati shundaki, u hatto ba'zida terapevtik maqsadlarda ishlatiladigan kichik dozalarda ham qo'llanilganda.

Abstidentsiyani fenomenlari keyingi dozani belgilangan sxema bo'yicha olish kerak bo'lgan davrda oxirgi dozani olganidan keyin bir necha soat ichida rivojlana boshlaydi va 2-3 kunida (36-72 soatdan keyin) eng yuqori darajasiga etadi, keyingi 7-10 kun ichida kamayadi, garchi individual namoyishlar (uyqusizlik, bradikardiya) bir necha oygacha davom etishi mumkin. Naqsh mavjud: afyun qanchalik faol bo'lsa, tezroq, qisqaroq va kuchli sindrom sindromi. Yengil holatlarda klinik ko'rinish grippga juda o'xshash. 1-jadvalda oxirgi marta dori qabul qilingandan keyingi davrga qarab opiatni abstidentsiyaning ob'ektiv va sub'ektiv belgilari keltirilgan.

Opiatni abstinentsiyaning ob'ektiv va sub'ektiv belgilari

Davr	Obektiv belgilar	Subyektiv belgilar
Oxirgi giyohvand moddadan 3-4 soat o'tgach	Yo'q	Chekishdan qo'rqish. Xavotir hissi. Preparatni qabul qilishni orzu qilish. Giyohvand moddalarni qidirish.
Abstinentsiyaning dastlabki namoyishlari (Preparatning oxirgi dozasiidan 8-10 soat o'tgach)	Terlash Esnash Rinoreya Lakrimatsiya	Sabrsizlik va xavotir Giyohvand moddalarni faol qidirish. Preparatni qabul qilishga xoxish
Rivijlangan abstinentsiya (Preparatning oxirgi dozasiidan 1-2 kun o'tgach)	Tremor Diareya Isitma Mushaklarning spazmlari Gipertenziya Taxikardiya	Kuchli xavotir hissi Mushak og'rig'i Impulsiv xatti-harakatlar Sovuq qotish Bosh og'rig'i Jahldorlik
Uzoq muddatli olib tashlash alomatlari (6 oygacha davom etishi mumkin)	Gipotenziya Bradikardiya	Uyqusizlik. Affektiv buzilishlar Passivlik Ishtahaning pasayishi Giyohvand moddalarni iste'mol qilishni rag'batlantirish.

Opiatlarni uzoq vaqt suiiste'mol qilish bilan astenik buzilishlar bilan ajralib turadigan juda jiddiy oqibatlar kuzatiladi. Tashqi tomondan, bemorlar yoshidan ancha kattaroq ko'rinishga ega, charchoq seziladi (tana vaznining kamligi 8-15 kg ga yetadi), yuzidagi ko'p sonli ajinlar, terisi oqargan bo'ladi. Tishlarning to'kilishi xarakterli xususiyatdir, ko'pincha

erta soch to'kilishi kuzatiladi: sochlarda jilovlanish yo'qotadi, xuddi mixlar singari mo'rt bo'lib qoladi. Tomirlarda ineksiya izlari sohasida chandiq va yaralar namoyon bo'ladi. Bu differentsial diagnostika xususiyati bo'lib xizmat qiladi.

Ichki organlar tomonidan ko'pincha gepatit B, OITS, sirroz, endokardit, o'pka emboliya, septikemiya, xo'ppozlar, sepsis, pnevmoniya, flebit, limfangit, miya shishi, ensefalopatiya, polinevrit, glomerulonefrit kuzatiladi.

Ruhiyatdagi o'zgarishlar: bemorning qiziqish doirasi toraygan (faqat giyohvand moddalar haqida o'ylaydi), avvalgi faoliyatga qiziqish yo'qoladi. Umumiy hissiy qo'pollik, hiyla-nayranglarga moyillik va axloqiy pasayish kuzatiladi. Aql-idrokning sezilarli darajada pasayishi kuzatiladi.

Giyohvandlik paydo bo'lganidan keyin heroin giyohvandligi bilan bemor o'rtacha 4.5-5 yil yashashi haqida ko'plab ma'lumotlar mavjud. O'lim odatda dozani oshirib yuborish bilan sodir bo'ladi, kamdan-kam hollarda yurak faoliyatining pasayishi tufayli sodir bo'ladi.

Nasha (gashish) giyohvandligi

Ushbu turdagi giyohvand moddalar Osiyo, Afrika, Janubiy Amerikada o'sadi. Bu umumiy giyohvandlik bilan kasallanishning 20% dan 30% gacha bo'lgan qismini tashkil etadi. Alkogolizmdan keyin gashishizm dunyodagi eng keng tarqalgan giyohvandlik turi hisoblanadi.



Nasha preparatlariga ega bo'lgan deyarli barcha psixoaktiv xususiyatlar ma'lum bir o'simlik tarkibidagi kannabinoidlarning tarkibiga qarab belgilanadi. Nasha

ta'sirining aksariyati delta-9-tetragidrokannabiol tarkibiga bog'liq bo'lib, ularning ulushi bozorda giyohvand moddalar sifatini belgilaydi. Kannabiolning eng yuqori konsentratsiyasi hind kenevirida (*Cannabis indica*) uchraydi.

Ushbu guruhdagi narkotik moddalarning tarkibidagi psixoaktiv

moddalarning tarkibi ko'p jihatdan o'simlikning asosiy xususiyatlariga, uning o'sish joyi va sharoitlariga, preparatning tabiatiga va uni saqlash sharoitlariga bog'liq.

Marixuana ("begona o't") nasha barglari, urug'lari, poyalari va gul boshlarining turli xil aralashmasi mavjud. Faoliyat darajasiga ko'ra, undan tayyorlangan giyohvand moddalar hind nomlari bilan belgilangan 3 toifaga bo'linadi:



Bhang - eng kam faol mahsulot, ishlov berilmagan o'simliklar boshlaridan tayyorlanadi;

Ganja (ganya) - ehtiyotkorlik bilan tanlab olingan madaniy o'simliklarning gul boshlari va barglaridan olinadigan;

Charas (haras) eng faol mahsulot bo'lib, u yetuk gul boshlardan olingan haqiqiy qatron; u gashish deb aytiladi.

Nasha iste'mol qilishning eng keng tarqalgan usuli bu chekishdir, ammo nasha tayyorlanadigan preparatlarni ovqat yoki ichimlik tarkibida ham ishlatilishi mumkin.

Preparat yuqori darajada yog'da eriydi va yog' to'qimalarida to'planadi. Kannabinoidlar jigar va o'pkada metabollanadi. Uning yarim chiqish davri 19-57 soatni tashkil qiladi. Preparatning izlarini qonda 2-4 hafta ichida topish mumkin. Kannabinoidlarning ta'sir qilish mexanizmi atsetilxolinning sintezini, ajralib chiqishini va yo'q qilinishini to'xtatishdan iborat.

Preparatning ta'siri nafaqat dori dozasi va turiga, balki atrof-muhitga va shaxsiy xususiyatlariga ham bog'liq.

Marixuana giyohvandlar dunyosiga kirish eshigi deb nomlanadi. O'smirlarda u bilan birinchi tajribalar ko'pincha boshqa psixoaktiv moddalar uchun xavfli bo'lgan xavfli oqibatlariga olib kelmaydi, bu ularga o'tish qo'rquvini kamaytiradi. Kashandalik odatda o'rta maktabdan boshlanadi. Xavf omillari - bu pedagogik e'tiborsizlik, depressiv buzilishlar va past tolerantlik.

Ushbu narkotik vosita bilan ifodalanmagan intoksikatsiya bilan tashqi

belgilar kam: AOK qilingan kon'yunktiva bilan ko'zning yallig'lanishi, mushaklarning kuchini pasayishi, taxikardiya va uyquchanlik paydo bo'lishi mumkin.

Keyinchalik aniq intoksikatsiya holatida somatik va xulq-atvor buzilishi aniq kuzatiladi: ongning namoshonsimon buzilishi; giperaktivlik kuzatiladi, yetarlicha cheklanmagan kulgi bilan bema'ni xatti-harakatlar, eyforiya, bo'shashish, yuzning xayolparast ifodasi, atrofni idrok qilish (fazoviy, vaqtinchalik) buzilgan, tashqi ta'sirga, shovqin va quloqlarga qo'ng'iroqlarga nisbatan sezgirlik kuchayishi mumkin, xotira va e'tibor zaiflashadi, fikrlash jarayonlari buziladi. Ba'zi hollarda tajovuzkor va beparvo harakatlarga moyillik bo'lishi mumkin yoki tashvish, asabiylik, obsesif fikrlar paydo bo'ladi. Tashqi somatik belgilar ham sezilarli bo'lib, og'iz qurishi, yurak urish tezligi 100 va undan ko'p marta bo'lishi, ortostatik gipotenziya, ko'zning yaltirashi va ularning nurga bo'lgan reaksiyasi



susayadi, ochlik (ehtimol gipoglikemiya paydo bo'lishi bilan bog'liq) va chanqoq paydo bo'ladi. Barmoqlarning titrashi, ba'zida butun tananing titrashidi, rinit, faringit, kuzatiladi.

Abstinentsiya kamdan-kam hollarda kuzatiladi, faqat bir necha soatdan so'ng va u asabiylashish, xavotir, xavotir, ishtahaning pasayishi, uyqusizlik, terlash, ko'ngil aynish, qusish, diareya va yengil titroq bilan ajralib turadi. Davolash uchun asosan trankvilizatorlar va antidepressantlar qo'llaniladi.

Katta miqdordagi nasha preparatlaridan foydalanganda, vahima reaksiyalari, vasvasa buzilishlari, depersonalizatsiya, xavotir, qo'zg'alish,

ko'rish va ba'zida eshitish gallyutsinatsiyalari bilan o'tkir intoksikatsiya holati yuzaga keladi, shuning uchun nasha ba'zan gallyutsinogenlar deb ataladi. Ataksiya odatda yengil, ammo ba'zi muvofiqlashtirish buzilishlari qayd etiladi. Ushbu holat o'tkir psixotik epizodga o'xshash bo'lishi mumkin. Ba'zida toksik psixozlar deliriy sifatida disorientatsiya bilan namoyon bo'lishi mumkin, ko'plab tush ko'rilgan gallyutsinatsiyalar - deliriyli-oneyroid holatlar va ongning jiddiy buzilishi kuzatiladi. O'tkir organik miya sindromi rivojlanishi mumkin. Bunday o'tkir psixotik epizodlar odatda 3 kun ichida tugaydi, bazan 7 kungacha davom etishi mumkin.

Nasha narkotik vositalaridan surunkali foydalanish ko'pincha psixomotor va kognitiv funktsiyalarni buzilishiga olib keladi, asosan befarqlik, hamma narsadan uzoqlashish, noto'g'ri fikr yuritish, tashabbusning yetishmasligi, "amotivatsion sindrom" deb nomlanadi (2-jadvalga qarang).

Umuman olganda, nasha preparatlaridan foydalanishda giyohvandlik quyidagicha tavsiflanadi.

1. Kuchli yoki o'rtacha darajada ifodalangan ruhiy qaramlik.
2. Nasha yuqori dozalarini qo'llashda yengil jismoniy qaramlik (olib tashlash alomatlari barbituratlar va opiatlarga qaraganda ancha zaif)
3. Tolerantlikni oshirish (unchalik yuqori emas).

Surunkali marixuanadan foydalanish oqibatlari

<i>Tana tizimi</i>	<i>Marixuanadan foydalanishning ta'siri</i>
Umumiy ta'sirlar	Surunkali charchoq va uyquchanlik Surunkali ko'ngil aynishlar Bosh og'rig'i, asabiylashish
Og'izdagi o'zgarish	Tilning rangi o'zgargan Uvulaning shishishi Quruq, samarasiz yo'tal Surunkali tomoq og'rig'i
Nafas olish	Burun bitishi Nafasni kuchayishi Yuqori nafas yo'llari kasalliklari tez-tez yuqishi Surunkali bronxit

O'quv qo'llanma

	Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi O'pka saratoni
Nerv sistemasi	Mushaklarning muvofiqlashtirilishi buzilgan Reaksiya vaqtining ko'payishi Ko'z reaktsiyalarining zaiflashishi, Ko'rish chuqurligi va rang idrokining buzilishi
Reproduktiv	Bepushtlik Dismenoreya Xomilaning rivojlanishining buzilishi Jinsiy ojizlik Libidoning pasayishi va jinsiy qoniqish hissi
Ruhiy funktsiyalar	Kayfiyatning buzilishi (depressiya, xavotir) Kayfiyatning tez-tez o'zgarishi Vahima Shaxsiy o'zgarishlar O'z joniga qasd qilishga urinishlar
Kognitiv fuksiya	Qisqa muddatli xotiraning buzilishi Abstrakt fikrlashni buzish Dementsiya
Ijtimoiy ta'sir	Ijtimoiy o'zini o'zi izolyatsiya qilish Ular jamiyatdagi roli to'g'risidagi qarashlar o'zgarishi Sport va boshqa tadbirlarni tugatish

Narkogenlik (giyohvandlikni keltirib chiqarish qobiliyati) ko'pgina omillarga bog'liq: giyohvandlikning turi, qabul qilish usuli, dozasi, giyohvandlik alomatlari paydo bo'lish tezligi va boshqalar.

Opiat va stimulyatorlarda juda yuqori narkogenlik xususiyatiga ega bo'lsa ham, u marixuana nisbatan past bo'ladi. Stimulyatorlar orasida fenamin eng yuqori giyohvandlikka ega. Stimulyatorlar odatda og'iz orqali, kamdan-kam hollarda tomir ichiga yoki pernazal ravishda qabul qilinadi.

Giyohvandlikning boshqa giyohvandliklaridan farqli o'laroq, markaziy asab tizimining stimulyatorlari bilan giyohvandlik muntazam ravishda giyohvandlik davrlarini keyinchalik iste'mol qilishning iloji yo'qligi sababli ichishni to'xtatish davrlari bilan almashtirilganda giyohvandlikning davriy shakli bilan tavsiflanadi.

Xavf darajasi yuqori guruhlar - semirish bilan davolashni boshdan kechirayotgan bemorlar (ishtahani sezilarli darajada pasaytiradigan

stimulyatorlardan foydalaniladi), professional sportchilar, uzoq masofalarga uchadigan haydovchilar.

Psixostimulyatorlarning ta'sir qilish mexanizmi katekolaminlarning miyada qayta tiklanishining oldini olish bilan bog'liq. Shunday qilib, katekolaminlar, xususan, dopamin darajasi oshadi. Asosiy harakat simpatik asab tizimining faoliyatini kuchaytirishga qaratilgan bo'ladi.

Markaziy asab tizimining eng mashhur stimulyatorlari amfetaminlar: amfetamin sulfat (fenamin), dekstroamfetamin (deksedrin), metamfetamin (metedrin), metilfenidat (Ritalin). So'nggi yillarda kokainni suiiste'mol qilish ko'paygan.

Psixostimulyatorlar bilan o'tkir intoksikatsiya belgilariga quyidagilar kiradi: xulq-atvor o'zgarishlari, xushchaqchaqlik, jonlanish va vaqtinchalik hissiyotlari mavjudligi. Qonda miqdori oshgani sayin qo'zg'alish va giperaktivlik kuchayadi. Jahldorlik, xavotir, tajovuzkor xatti-harakatlar, doimo harakatda bo'lishni istash, faollik oshishi, takrorlanadigan stereotipik xatti-harakatlar, vahima reaktsiyalari, o'ziga bo'lgan ishonch, o'z kuchlari va imkoniyatlarini yuqori baholash, uyqusizlik kuzatilishi mumkin. Somatik belgilar va buzilishlar giperrefleksiya, terlashning ko'payishi, qon bosimining ko'tarilishi, titroq, nafas olish tezlashishi, isitma, bosh aylanishi, yurak ritmining buzilishi, ishtahani pasayishi bilan tavsiflanadi. Juda yuqori dozalarda, konvulsiyalar, koma, yurak-qon tomir kollapsi, nafas olish buzilishi va o'lim. Katta yoshdagi odamlarda amfetaminlarning o'ldiradigan dozasi 25 mg / kg ni tashkil qiladi. Yuqori va o'ta yuqori dozalarni qabul qilishda o'tkir intoksikatsiya psixozlari paydo bo'lishi mumkin: ongning buzilishi, ko'rish va taktil gallyutsinatsiyalari, qo'rquv, qo'zg'alish, ba'zida ta'qib qiluvchi vasvasa g'oyalar.

Ruhiy qaramlik juda kuchli bo'lishi mumkin va tezda paydo bo'ladi. Kichkina jismoniy qaramlik ushbu turdagi giyohvandlik bilan rivojlansada, amfetaminlarning katta dozalarini olib tashlash asimptom tez rivojlanadi. To'satdan tushish bilan kuchli charchoq, uyquchanlik, ishtahani kuchayishi, somatovegetativ buzilishlar, tashvish, darmonsizlik, aybdorlik, depressiya paydo bo'ladi.

Shuni esda tutish kerakki, stimulyatorlarni olib tashlashda kuzatiladigan holat, zo'ravonlik darajasi bilan, afyun yoki barbituratlarning

olib tashlash alomatlari bilan taqqoslanmaydi. O'z-o'zidan, bu hayot va tananing somatik funksiyalari uchun xavfli emas, ammo o'tkir depressiv reaksiyaning rivojlanishi o'z joniga qasd qilishga urinishlarni keltirib chiqarishi mumkin.



Kokain - koka o'simlikining hosilasi, hindular uzoq vaqt davomida kayfiyatni ko'taruvchi ta'sirga erishish va ochlikni kamaytirish maqsadida chaynash uchun ishlatib kelgan. Kokain Coca-Cola ichimligining asl formulasining bir qismi bo'lgan va u hanuzgacha tibbiy maqsadlarda mahalliy og'riqsizlantirish

vositasi sifatida ishlatilgan.

Odatda kokain nafas yo'llari orqali qabul qilinadi, ammo u chekish va ukol qilish uchun ham ishlatiladi. Krak - bu ammiak, soda va efir yordamida barglardan olinadigan kokain alkaloid kukuni. Buni chekish mumkin, chunki u qizdirilganda buzilmaydi (oddiy kokain qizdirilganda parchalanadi). Krak toza yoki marixuana bilan chekiladi.

Kokainning asosiy farmakodinamik ta'siri dopamin, serotonin va epinefrin retseptorlari blokadasidir. Mezokortikal dopaminergik tuzilmalarning o'ziga xos faollashuvining tabiati aniq emas.

Kokain alkaloidlarini tomir ichiga yuborish tez ta'sir qiladi. Zotan "tomir ichiga" yuborilganda kuchli eyforiya, ruhiy tasalli hissi, shuningdek, "odamlarga muhabbat" paydo bo'ladi. Burun orqali qabul qilinganda 5-10 daqiqada samarasini beradi.

O'tgan asrning 70-yillarida jismoniy qaramlikning yo'qligi to'g'risida noto'g'ri tushuncha mavjud edi. Kattalarda jismoniy qaramlikni shakllantirish davri taxminan 4 yil, o'spirinlarda 1,5 yil ekanligi aniqlandi. Psixologik qaramlik juda aniq va bir dozadan keyin ham rivojlanadi

Ushbu narkotik vositani har bir keyingi doza borgan sari eyforik ta'sir ko'rsatishidan keyin letargiya, ochlik va uzoq vaqt uxlash davri, so'ngra keyingi giyohvandlik davri keladi. Agar afyun ta'sirini kuchaytirish uchun kokain ishlatilsa, o'lim ehtimoli kata bo'ladi.

Olib tashlashning eng ko'zga ko'ringan alomati bu kokainni doimiy

izlashdir. Boshqa ko'rinishlar orasida charchoq, sustlik, bezovtalik, darmonsizlik, aybdorlik hissi, umidsizlik va o'z qadrsizligi hislari namoyon bo'ladi. Kokainni uzoq muddat iste'mol qilish antidepressant davolashni talab qiladigan depressiyaga olib kelishi mumkin.

Umumiy amaliyot shifokorlari, oftalmologlar, otorinolaringologlar, stomatologlar uchun kokainni suiiste'mol qilishning tashqi belgilari qiziq bo'lishi mumkin (jadvalga qarang).

Kokain suiiste'mol qilishning tashqi belgilari

<i>Jismoniy belgi</i>	<i>Klinik ko'rinishlari</i>
1. Burun teshigi teshilganligi	<i>Semptom birinchi marta 20-asrning boshlarida, kokain ingalatsiyasi ommalashganida tasvirlangan. Vazokonstriktor agentlarini o'z ichiga olgan tomchilarni burun tomizish ham shunga o'xshash natijalarga olib kelishi mumkin.</i>
2. Kokain "izlari"	<i>Oxirgi in'ektsiya joyida to'q sariq-pushti ko'karishlar paydo bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan bu jarohatlar sarg'ish va ko'k rangga aylanadi, ba'zida chandiqsiz davolanadi.</i>
3. Keratitning yorilishi	<i>Kokainini chekish chekuvchilar ichidagi shox pardani kuchsiz qiladi. Kamaytirilgan sezuvchanlik, ishqalanish paytida ko'zlarga juda kuchli bosimni keltirib chiqarishi mumkin, bu esa shox parda shikastlanishiga yoki yuqumli keratitga olib keladi.</i>
4. "Yoriq qo'llar"	<i>Xurmo ichki tomonidagi qoraygan, giperkeratoz va kuyish jarohatlari issiq bilan doimiy ishlash natijasida yuzaga keladi.</i>
5. Tish eroziyasi	<i>Kokainni og'iz orqali yoki intranazal usulda qo'llash tish emaliga zarar yetkazadigan tishlarga kislota hujumini keltirib chiqaradi.</i>

O'tkir kokain zaharlanish holatida o'pkaga suniy kislorod vintlyatsiyasi buyuriladi. Tutqanoq xurujlari bilan o'tayotgan bo'lsa tomir ichiga diazepam (5-10 mg) yuboriladi. Diazepam, shuningdek, gipertenziya va taxikardiya bilan bezovtalik mavjud bo'lganda ham buyuriladi. Bundan tashqari, kokainning simpatomimetik ta'sirining antagonistini (propranololni) yuborish mumkin, ammo bu o'linga olib keladigan dozalardan himoya emas yoki haddan tashqari dozani davolash uchun davolash vositasi emas. Psixotik alomatlarda antipsikotik choralarni tayinlash talab qiladi

Kofeinni olib tashlashning odatiy alomati - doimiy bosh og'rig'i, oxirgi dozadan keyin 15-18 soat o'tgach rivojlanadi. Surunkali intoksikatsiya umumiy charchoq, tana vaznining sezilarli pasayishiga, vegetativ-qon tomir kasalliklariga va shaxsning patologik rivojlanishiga olib keladi.

Dozani oshirib yuborishda siydik oksidlanishi (ammoniy xlorid) preparatni tanadan chiqarilishini tezlashtiradi. Abstinentsiya bilan kasalxonaga yotqizish o'z joniga qasd qilish va ijtimoiy bo'lmagan xatti-harakatlarni nazorat qilish uchun zarur bo'lishi mumkin. Giyohvandlikka bog'liqlikning yuqori darajasi psixoterapiyadan foydalanishni talab qiladi.

Konsentrlangan choy ("chifir") qabul qilish asotsial muhitda (qamoqxonalar, axloq tuzatish muassasalari) giyohvand moddalarni almashtiruvchi vosita sifatida keng tarqalgan.

Xulosa qilib xulosa qilishimiz mumkinki, giyohvandlikning ushbu shakli ruhiy qaramlikning tez rivojlanishi, ba'zan juda kuchli, gallyutsinatsiyalar va vasvasa g'oyalar ko'rinishida katta dozada giyohvand moddalarni iste'mol qilishda aniq tolerantlik va psixotik buzilishlarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Toksikomaniyalar: Toksikomaniya narkotik moddalar guruhiga kirmaydigan tabiiy va sun'iy zaxarlovchi moddalarni iste'mol qilish natijasida yuz beradigan vaqtinchalik yoki surunkali zaxarlanish holati. Toksikomaniyani keltirib chikaruvchi moddalarning asosiysi psixotrop moddalardir. Trankvilizatorlar, antidepressantlar, ruhiy holatni tetiklashtiruvchi dorilar (sentedrin, kofein), korxonalarda va sanoatda ishlatiladigan kimyoviy moddalarni hidlash natijasida toksikomaniyani

o'tkir va surunkali zaxarlanish belgilari namoyon bo'ladi.

Toksikomaniyani o'tkir zaxarlanishda 4 ta bosqich farqlanadi:

- 1) eyforiya
- 2) ongning o'zgarishi
- 3) gallyutsinatsiya
- 4) holatdan chiqish bosqichlari.



Surunkali zaxarlanishda psixorganik sindrom belgilari namoyon bo'ladi.

Toksikomaniyalarda xam xuddi narkomaniyalardagi singari shu moddalarga moyillik va chidamlilikning oshishi, xumor holatining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Bu toksikomaniya juda achchiq choy anchadan beri ichib yurilganda vujudga keladi Kasallikka olib keladigan modda choydagi kofein alkaloidlaridir.

Siklodolni suiste'mol qilish natijasidagi toksikomaniya

Parkinsonizmga qarshi ishlatiladigan dori-darmonlar (siklodol, artan, romparkin, parkopan) oz-ozdan emas, 2-4 marta ko'prok dozada qabul qilinganda eyforiya mastlik yoki gallyutsinatsiyalarga sabab bo'lishi kabi holatlar yuzaga keladi. Bu moddalar iste'moli miqdori oshib ketganda kurish gallyutsinatsiyalari (o'rgimchaklar, mayda hayvonlar) bilan kechadigan deliriylar yoki ovoz eshitish gallyutsinatsiyalari kuzatiladi. Bundan tashqari, ta'qib, munosabat, ta'sir etish vasvasalari qo'zg'aluvchanlik bilan o'tadigan psixozlar kelib chikishi mumkin. Chidamlilik 30-40 tabletkagacha yetadi. Xumor holati qo'l va tana titrashi, mushaklarda og'riq, tortishish, bo'g'imlarda va umurtka pog'onasida og'riq paydo bo'lishi, yurak urishining buzilishi, xavfsirash, qo'rqish kuzatiladi.

Kasallikning kechki davrida ruhiy va jismoniy moyillik og'irlashib, organik turdagi aqliy zaiflik kuzatiladi.

Korxonalarda va turmushda ishlatiladigan kimyoviy moddalarni hidlash tufayli kelib chiqadigan toksikomaniya.

Bu turkumdagi moddalar benzin, bo'yoq va lak erituvchilari, kimyoviy yelimlar hisoblanadi. Ular asosan og'izdan, burun orqali hidlash yo'li bilan nafasga olinadi. O'tkir zaharlanishda eyforiya holati paydo bo'lib, sahnasimon, fantastik mazmunli gallyutsinatsiyalar bilan ifodalanadi. Bemorlarda shaxs xususiyatlarining o'zgarishi, noto'g'ri hatti-harakatlar paydo bo'la boshlaydi.

Ular bu moddalarni 2-3 kun iste'mol etmasalar, yurak urishi, qon bosimi o'zgaradi, qo'l titrashi, qovoq uchishi, tana shishuvi paydo bo'ladi, bezovtalik, tashvishlanish, 5-7 kunga borib depressiya, apatiya, bo'shashish, asteniya uchraydi. Kasallik rivojlanganda bemorlarda shaxs o'zgarishlari ko'rina boshlaydi. Ular affektiv o'zgaruvchanlik, disforiyalar, g'azablanish, hujumkorlik, aql-idrokning chuqur o'zgarishlari kuzatiladi. Bemorlar tez orada ishga yaroqsiz bo'lib qoladilar.

Sedativ va uyqu chaqiruvchi vositalar tufayli ruhiy va xulq-atvor buzilishi (F13)

Sedativlar, uyqu chaqiruvchilar va anksiyolitiklar ko'pincha bemorlarga buyuriladigan psixoaktiv dorilar. Ushbu giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish yoki ularga qaramlikning tarqalishi aholining 1 foizidan sal ko'proq. Qoida tariqasida, qaramlik ushbu dorilarni bir necha oylik kunlik foydalanishdan keyin paydo bo'ladi, ammo bu yerda individual farqlar mavjud. Ushbu dorilarning aksariyati tibbiy maqsadlarda ishlatilganligi sababli ular odatda suiiste'mol qilinadi. Uyqusizlik yoki xavotir uchun benzodiazepinlarni qabul qilishni boshlagan ko'plab o'rta yoshli bemorlar ularga qaram bo'lib, keyinchalik bir nechta shifokorlarga murojaat qilish uchun bir vaqtning o'zida murojaat qilishadi. Boshqa dorilarning ta'sirini kuchaytirish uchun tinchlantiruvchi vositalar noqonuniy ravishda qo'llaniladi,

Benzodiazepinlar bilan barbituratlarni ikki sababga ko'ra almashtirdilar:

1) benzodiazepinlar yuqori terapevtik ko'rsatkichga ega;

2) benzodiazepinlarga qaraganda barbituratlar jigarning mikrosomal fermentlariga ta'sir qilib, fiziologik bardoshlikni keltirib chiqaradi.



Eng ko'p ishlatiladigan dorilar:

1. Benzodiazepinlar (diazepam, xlodiazepoksid, fenazepam, tazepam, oksazepam, va boshqalar);

2. Barbituratlar (pentobarbital natriy etamin, amobarbital barbamil, siklobarbital);

3. Shunga o'xshash ta'sirga ega preparatlar (meprobumat, metakualon, xloralgidrat va boshqalar).

Yengil intoksikatsiya o'z-o'zidan xavfli tasirga ega emasligiga qaramasdan (agar bemor mashinani boshqarmasa), dozalash har doim ham ko'rib chiqilishi kerak. Uyqu chaqiruvchi, sedativ va anksiyolitik dorilar bilan zaharlanish alkogol intoksikatsiyasining namoyon bo'lishiga o'xshaydi, faqat xarakterli xususiyatlar bilan bog'liq bo'lgan agressiv reaksiyalar bundan mustasno. Ushbu dorilar ko'pincha spirtli ichimliklar va markaziy asab tizimini susaytiradigan boshqa dorilar bilan birgalikda qo'llaniladi.

Sedativ, uyqu chaqiruvchi dorilar bilan zaharlanishning asosiy asoratlari - bu markaziy asab tizimining buzilishlari va nafas olishining tezlashishi. Ushbu qaramlik shaklidagi asoratlar juda ko'p va umuman olganda, opioidga qaramlikka qaraganda ancha og'irroq kechadi. Dozani oshirib yuborish xavfi bilan o'lim, o'z joniga qasd qilish hodisalari, shuningdek to'xtatish qiyin bo'lgan tutqanoq va psixozning yuqori chastotasi (barbituromaniya, trankvilizatorlarni suiiste'mol qilish sababli giyohvand moddalar) bilan bir qatorda, ensefalopatiya va psixorganik sindromning tez rivojlanishi xarakterlidir.

Zaharlanishning klinik ko'rinishida xiralashgan nutq, koordinatsiya

buzilishi, beqaror yurish, diqqat va xotiraning buzilishi kuzatiladi.

Abstinentiya - bu hayotga tahdid soladigan holat, ko'pincha kasalxonaga yotqizishni talab qiladi, klinik jihatdan quyidagi alomatlar bilan namoyon bo'ladi: ko'ngil aynishi yoki qayt qilish; taxikardiya, ortostatik gipotenziya, bosh og'rig'i, uyqusizlik, psixomotor bezovtalik, katta tutqanoqlar, vaqtinchalik ko'rish, taktil yoki eshitish gallyutsinatsiyalar.

Abstinentiya alomatlarini davolashda moddaning dozasini bosqichma-bosqich kamaytirish tavsiya etiladi (kuniga kamida 10%). Shuni yodda tutish kerakki, qisqa muddatli barbituratlarni uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan dorilar (fenobarbital) bilan almashtirish maqsadga muvofiqdir. Barbituratlarni benzodiazepinlar bilan almashtirish bir giyohvandlikni boshqasiga almashtirish xavfi tufayli amaliy emas.

Gallyutsinogenlardan foydalanish sababli ruhiy va xulq-atvor buzilishi

Gallyutsinogenlar 100 dan ortiq tabiiy va sintetik giyohvand moddalarning birlashtirilgan guruhi. Gallyutsinogenlarning umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas. Eng mashhur tabiiylari - qo'ziqorinlardan olinadigan psilotsibin va ma'lum bir kaktus turidan ishlab chiqarilgan meskalin; sintetik bo'lganlar - lysergik kislota dietilamid (LSD), dipropiltriptamin (DPT) va 3,4-metilenedioksimetamfetamin (MDMA, shuningdek Extasy deb ham ataladi).

Gallyutsinogenlar katexolaminlar, dofamin, atsetilxolin, serotonin va GABA almashinuviga xalaqit berib, miyaning oksipital mintaqalari va limbik tuzilmalar faoliyatining disingibatsiyasini keltirib chiqaradi.

Gallyutsinogenlar odatda iste'mol qilinadi yoki chekiladi. Eng kichik dozada xarakterli ta'sir o'quvchilarning kengayishi (mydriasis) fotofobi bilan, bundan tashqari anizokoriya (qorachiqlarning tartibsizligi); qorachiqlarning ritmik kengayishi va qisqarishi, giperrefleksiya, jag'ning mushaklari spazmi. Ko'pincha qizib ketish va tana haroratining oshishi, terlash, ko'z yoshlanishi; o'rtacha taxikardiya, qon bosimining oshishi, ko'ngil aynish bilan birga ochlik namoyon bo'ladi.

Ruhiyat tomonidan vizual idrokning juda kuchli buzilishlari mavjud.

Eng xarakterli xususiyat - bu yorug'likning yorqinligini o'zgartirish hissi. Yuqori yorqinlik, kamalak yoki turli rangdagi harakatlanuvchi oqim shaklidagi ko'rish gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Dozalarning yanada ko'payishi bilan, ko'pincha qo'rqinchli xarakterga ega bo'lgan o'ziga xos haqiqiy vizual gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Tez-tez paresteziyalar, teginish sezgirligi, psixosensor buzilishlar, shuningdek, "tana sxemasi" buzilishi, depersonalizatsiya, derealizatsiya namoyon bo'ladi.

Preparatga jismoniy qaramlik paydo bo'lmaydi. Ruhiy qaramlik odatda o'rtacha darajada ifodalanadi, ba'zi hollarda bu juda kuchli bo'lishi mumkin. Gallyutsinogenlardan foydalanadigan giyohvandlar uchun intoksikatsiya davriga xos bo'lgan (giyohvand moddalarni iste'mol qilmasdan) takrorlanadigan hissiyot davrlarining paydo bo'lishi xarakterlidir, ular odatda yengil va vaqt tuyg'usining buzilishi va gipnagogik gallyutsinatsiyalar bilan namoyon bo'ladi.

Ba'zi hollarda gallyutsinogenlar endogen psixozlarni qo'zg'atadi. Gallyutsinogenlar bilan o'tkir intoksikatsiya holatida bo'lgan giyohvandlar qattiq hayajon, tezlashgan fikrlar, gallyutsinatsiyalar, deliriy va ba'zida xavotir qo'rquvi tufayli turli xil noo'rin harakatlar va jiddiy huquqbuzarliklar sodir etishlari mumkin.

KXT-10-da giyohvandlik muammolari

Psixiatriya va narkologiyada ruhiy kasalliklarning yangi xalqaro tasnifiga (KXT-10) o'tishi mahalliy mutaxassislar tomonidan alkogolizm, giyohvandlik va toksikomaniya kabi keng tanilgan kasalliklarni saralashda muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. KXT-10 da ushbu tushunchalar yo'q. Ushbu holat yangi yondashuvlarni hisobga olgan holda materialni taqdim etishni talab qiladi.

KXT-10-da narkologiya bo'limi turli xil kasalliklarni o'z ichiga oladi, ularning zo'ravonligi turlicha (asoratlanmagan intoksikatsiya va zararli oqibatlar bilan foydalanishdan og'ir psixotik buzilishlar va dementsiya), ammo ularning barchasi bir yoki bir nechta psixoaktiv moddalarni qo'llash bilan izohlanishi mumkin shifokor tomonidan tayinlanishi yoki tayinlanmasligi.

Ushbu modda 2-chi va 3-chi belgilar bilan ko'rsatilgan (F

harfidan keyingi dastlabki ikki raqam).

F10 - Alkogol suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F11 - Opiy (afyun) moddalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F12 - Kannabinoid moddalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F13 - Tinchlantiruvchi (sedativ) va uyqu chaqiruvchi moddalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F14 - Kokain suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F15 - Boshqa stimulyatorlardan, shu jumladan kofeindan foydalanish natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F16 - Gallyutsinogen moddalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F17 - Tamaki moddalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F18 – Bug'lanuvchi eritmalar suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

F19 - Giyohvand moddalarni birgalikda ishlatish va boshqa psixoaktiv moddalardan suiiste'moli natijasida kelib chiquvchi ruhiy va fe'l-atvor buzilishlari.

Klinik holatni aniqlashtirish uchun 4-chi va 5-chi belgilar qo'llaniladi:

F1x.0 O'tkir intoksikatsiya

a) bir yoki bir nechta psixo faol moddalarini zaharlanish uchun yetarli bo'lgan dozada qabul qilish to'g'risidagi aniq ma'lumotlar;

b) ma'lum bir moddaning o'ziga xos alomatlari mavjudligi bilan birga ong, kognitiv funksiyalar, idrok, ta'sir yoki xatti-harakatlarning jiddiy buzilishi;

c) mavjud bo'lgan alomatlarni, ishlatilgan moddadan qat'i nazar, somatik patologiya yoki boshqa ruhiy kasallik bilan izohlash mumkin emas.

O'tkir intoksikatsiya asoratlari mavjudligini ko'rsatish uchun quyidagi sarlavhalardan foydalanish mumkin:

F1x.00 - murakkab bo'lmagan

F1x.01 - shikastlanish yoki boshqa tan jarohati bilan

F1x.02 - boshqa tibbiy asoratlar bilan

F1x.03 - deliriy bilan

F1x.04 - idrok yetishmovchiligi bilan

F1x.05 - koma bilan

F1x.06 - epilepsiyalar bilan

F1x.07 - patologik intoksikatsiya (faqat iste'mol qilish uchun qo'llaniladi)

F1x.1 Zararli ta'sirlar bilan foydalanish (psixo faol moddalarga bog'liqlikning dastlabki bosqichi)

a) sog'liqqa zarar yetkazadigan psixo faol moddalarini ishlatish modeli aniq belgilangan bo'lishi;

b) zarar jismoniy bo'lishi mumkin (natijada gepatit paydo bo'lishi) AOK qiluvchi dorilarni o'z-o'zini boshqarish) yoki aqliy (mastlikdan keyin ikkinchi darajali depressiya);

v) psixoaktiv moddalarni qabul qilish stereotipi kamida bir oy davom etadi yoki yil davomida takrorlangan.

d) holat boshqa ruhiy buzilish mezonlariga javob bermasa, ushbu moddadan kelib chiqqan (o'tkir intoksikatsiya bundan mustasno).

F1x.2 Narkomaniya sindromi (psixo faol moddalarga qaramlikning o'rta bosqichi)

Kamida bir oy davomida (yoki agar bir oydan kam bo'lsa, keyin yana bir yil ichida) quyidagi uchta yoki undan ortiq mezon birgalikda klinik ko'rinishda ko'rsatilishi kerak:

a) psixo faol moddalarini qabul qilishning majburiy ehtiyoji;

b) psixo faol moddalarini iste'mol qilishni nazorat qilishning pasayishi (boshlanishi, oxiri, dozasi), umumiy dozaning ko'payishi yoki qabul qilish davomiyligi va iste'molni kamaytirishga muvaffaqiyatsiz urinishlar bilan tavsiflanadi;

v) dozani kamaytirganda yoki qabul qilishni to'xtatganda, qabul qilish qayta tiklanganda yumshatilishida abstinentsiyaning somatik namoyon bo'lishi;

d) tolerantlikning oshishi, avvalgi dozalarni qabul qilishda ta'sirning

pasayishi, shu bilan bir xil samaraga erishish uchun dozani ko'paytirish zarurligini keltirib chiqaradi;

e) sog'lom ijtimoiy faoliyat va individual manfaatlarning torayishi bilan birga oqibatlarni olish, olish va o'tkazish uchun sarflanadigan vaqtning ko'payishi;

f) zararli oqibatlarga va bemorning ushbu zararni bilishiga qaramay, qabulni davom ettirish.

Narkomaniya sindromining tashxisini kodning beshinchi belgisi bilan aniqlash mumkin:

F1x.20 - hozirda betaraflilik;

F1x.21 - hozirda istisno qilinadigan sharoitlarda o'zini tutish foydalanish;

F1x.22 - hozirda parvarishlash bo'yicha klinik nazorat ostida yoki almashtirish terapiyasi (boshqariladigan qaramlik);

F1x.23 - hozirda o'zini tutmaslik, ammo defiant bilan davolash dori-darmonlardan nafratlanish yoki blokirovka qilish;

F1x.24 - hozirda psixo faol moddalar ishlatiladi (faol giyohvandlik);

F1x.25 - vaqti-vaqti bilan foydalanish.

KXT-10 psixoaktiv moddalarga bog'liqlik va ularni suiiste'mol qilish o'rtasidagi farqni yo'q, bu boshqa xalqaro tasniflarda mavjud (DSM-IV). Giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish mezonlarini bilish tavsiflangan kasalliklarning dastlabki shakllarini klinik baholash uchun foydali bo'lishi mumkin va profilaktika maqsadlariga xizmat qiladi:

1. Oxirgi yil davomida kuzatilgan bir yoki bir nechta xatti-harakatlarning buzilishiga olib keladigan moddani noto'g'ri ishlatilgan stereotip:

a) moddani qayta-qayta qabul qilish ijtimoiy faoliyatning muhim sohalarida moslashuvning pasayishiga olib keladi (ishdan bo'shash va mehnat unumdorligi o'qish ko'rsatkichlarining pasayishi, bolalarni tarbiyalash va uy ishlarini e'tiborsiz qoldirish);

b) hayot uchun jismoniy xavf tug'diradigan holatlarda takroriy foydalanish (transport vositasini boshqarish, mastlik holatida dastgoh asboblari);

v) psixoaktiv moddalarni qo'llash natijasida kelib chiqadigan xulq-

atvorning og'ishi va qonunga xilof harakatlar bilan bog'liq ravishda qonun bilan takroran to'qnashuvlar;

d) shaxslararo doimiy muammolarga qaramasdan, undan kelib chiqadigan yoki kuchayganiga qaramay, foydalanishni davom ettirish (mastlik oqibatlari to'g'risida turmush o'rtog'i bilan ziddiyatlar va boshqalar);

F1x.3 Abstidentsiya. Ushbu moddaning takroriy, odatda uzoq muddatli yoki yuqori dozalarini olganidan keyin psixoaktiv moddalarni to'liq yoki qisman to'xtatish bilan namoyon bo'ladigan turli xil kombinatsiyalar va zo'ravonlik darajasidagi alomatlar guruhi. Abstidentsiyaning boshlanishi va davomiyligi vaqt bilan chegaralanadi va abstidentsiyadan oldin darhol modda va dozaga to'g'ri keladi.

Abstidentsiya, giyohvandlik sindromining namoyon bo'lishidir. agar u tibbiy yordamga murojaat qilish uchun darhol sabab bo'lsa, uni asosiy deb aniqlash kerak. Jismoniy qaramlik ishlatilgan moddaga qarab farq qilishi mumkin. Ruhiiy buzilishlar (tashvish, qo'rquv, uyquning buzilishi, tushkun kayfiyat) ham sindromga xosdir. Odatda, bemor moddani iste'mol qilish bilan olib tashlashni yengillashishini ko'rsatadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, olib tashlash yoki olib tashlash alomatlari holati psixoaktiv moddalarga qaramlikning o'rta va oxirgi bosqichlarida kuzatiladi.

Abstidentsiya sindromi tashxisini beshinchi alomat bilan aniqlashtirish mumkin:

F1x.30 - asoratsiz boradigan abstidentsiya holati.

F1x.31 - tutqanoq bilan boradigan abstidentsiya holati.

F1x.39 - qo'shimcha aniqlik kiritilmagan abstidentsiya holati.

F1x.4 Deliriy bilan abstidentsiya. Deliriy bilan murakkablashgan abstidentsiya. "Deliriyum tremens" - alkogol ta'sirida qisqa muddatli, ammo ba'zida hayotga xavf soladigan, chalg'itadigan jismoniy buzilishlar holati. Odatda bu spirtli ichimliklarni uzoq vaqtdan beri iste'mol qiladigan juda qaram bo'lgan odamlarda spirtli ichimliklarni to'liq yoki qisman to'xtatish natijasida yuzaga keladi.

Prodromal simptomlarga odatda uyqusizlik, titroq, xavotir, qo'rquv kiradi. Tutqanoqlar boshlanishidan oldin paydo bo'lishi mumkin. Klassik

alomatlar uchligiga ong buzilishi, haqiqiy gallyutsinatsiyalar va xayollar, shuningdek kuchli titroq kiradi.

Deliriyum bilan abstinentsiyaning tashxisi beshinchi belgi bilan aniqlanishi mumkin:

F1x.40 - «klassik» deliriy.

F1x.41 - tutqanoq bilan boradigan deliriy.

F1x.42 - mussitirlangan deliriy.

F1x.43 - «kasbga oid» deliriy.

F1x.44 - gallyutsinatsiyasiz kechuvchi deliriy.

F1x.46 - abortiv deliriy

F1x.48 - boshqa deliriy holatlari.

F1x.49 - aniqlanmagan deliriy.

F1x.5 Psixotik buzilish. *Psixotik buzilish odatda giyohvandlikning o'rtta va oxirgi bosqichlarida sodir bo'ladi.*

a) psixotik simptomlarning davomiyligi 48 soatdan oshadi;

b) psixotik alomatlar psixoaktiv moddalarni qo'llash bilan yoki uni qabul qilganidan keyin ikki hafta ichida rivojlanadi;

c) buzilishning umumiy davomiyligi 6 oydan oshmaydi.

Psixotik buzilish tashxisini beshinchi belgi bilan quyidagicha aniqlash mumkin:

F1x.50 - shizofreniyaga o'xshash.

F1x.51 - vasvasa g'oyalar ustunlik qiluvchi.

F1x.52 - asosan gallyutsinatsiyalar ustunlik qiluvchi.

F1x.53 - asosan polimorf o'zgarishlar bilan boruvchi.

F1x.54 - asosan depressiv simptomlar ustunligi bilan boruvchi.

F1x.55 - asosan maniakal simptomlar ustunligi bilan boruvchi.

F1x.56 - aralash simptomlar ustunligi bilan boruvchi.

F1x.58 - boshqa psixotik o'zgarishlar

F1x.6 Amnestik sindrom. So'nggi hodisalar uchun xotiraning surunkali aniq buzilishi bilan bog'liq sindrom: o'tmishdagi voqealar xotira kamdan-kam hollarda buziladi. Odatda vaqtni va hodisalar tartibini, shuningdek, yangi materialni o'zlashtirish qobiliyatini buzish mavjud. Boshqa kognitiv funksiyalar odatda nisbatan saqlanib qoladi va xotira nuqsonlari boshqa kasalliklarga nisbatan nomutanosib ravishda rivojlanadi.

Ushbu sarlavha odatda Korsakov psixozisi yoki alkogol va boshqa psixoaktiv moddalar oqibatida kelib chiqqan amnestik sindromni o'z ichiga oladi.

Shu bilan birga, dementsiya alomatlari, shuningdek miya patologiyasi (alkogolli ensefalopatiya bundan mustasno) bo'yicha ob'ektiv ma'lumotlar bo'lmasligi kerak.

F1x.7 Qoldiq psixotik buzilish (Rezidual affektiv buzilishlar) va psixotik kech boshlangan buzilish. Spirtli ichimliklar yoki giyohvand moddalar oqibatida buzilishlar, bu moddaning bevosita ta'sir qilish davridan tashqarida davom etadigan kognitiv funktsiyalar, shaxsiyat yoki fe'l-atvor o'zgarishi bilan tavsiflanadi.

F1x.71 - Shaxs va fe'l-atvor buzilishlari (ijtimoiy dezadaptatsiya bilan kuzatiladigan shaxs degradatsiyasi).

F1x.72 - Qoldiq (Rezidual) affektiv buzilish.

F1x.73 - Dementsiya.

F1x.74 - boshqa doimiy kognitiv buzilishlar.

F1x.75 - kechikib paydo bo'lgan psixozlar (alkogol soxta falaji, surunkali alkogol gallyutsinoz, alkogol rashk vasvasasining rivojlangan davri).

F1x.8 Boshqa ruhiy va xulq-atvor buzilishlari. Amaldagi psixoaktiv moddalarni aniqlash bemorning o'z bayonoti, siydikni, qonni yoki boshqa ma'lumotlarni ob'ektiv tahlil qilish asosida amalga oshirilishi mumkin (bemorda giyohvand moddalar, klinik belgilar va simptomlar mavjud, ma'lumot berilgan uchinchi manbalardan olingan hisobotlar). Bunday ma'lumotlarni bir nechta manbalardan olish har doim ham maqsadga muvofiqdir.

Ob'ektiv (laborator) tahlillar psixo faol moddalarining hozirgi yoki yaqinda ishlatilishining eng aniq dalillarini keltiradi, garchi bu usul ilgari ishlatilgan yoki amaldagi foydalanish darajasiga nisbatan cheklangan.

Ko'pgina bemorlar bir nechta turdagi moddalardan foydalanadilar, ammo buzilish diagnostikasi, agar iloji bo'lsa, ishlatiladigan eng muhim moddaga (yoki moddaning sinfiga) qarab belgilanishi kerak. Shubha tug'ilsa, buzilish eng ko'p suiiste'mol qilingan modda yoki modda turi uchun kodlanadi, ayniqsa doimiy yoki kundalik foydalanish holatlarida.

KASALLIK TARIXINING TUZILISHI

Kasallik tarixi - davlat yoki nodavlat tibbiy muasasalarda, statsionar yoki amblator sharoitda, bemorlarda kasallikning rivojlanishi, davolash tartibi va uning natijalari, davolash profilaktika va rehabilitatsiya tadbirlarini o'z ichiga oladigan tibbiy va huquqiy hujjat xisoblanadi.

Kasallik tarixini yozish paytida ichki organlarga, nerv sistemasi va eng asosiysi ruhiy xolatga chuqurroq e'tibor qaratish kerak.

Psixofaol moddalar qabul qiluvchi bemorlar kasallik tarixidagi ma'lumotlar ob'ektiv, sub'ektiv, oila a'zolari yoki birga kelgan xodim so'zlariga qarab, klinik, psixik, instrumental va labarator ma'lumotlar asosida to'ldiriladi.

Bu ma'lumotlar nafaqat kasallik tarixi to'ldirish balki bemorlarni statsionar-ambluator yoki majburiy davolashni aniqlash uchun xam muhim ahamiyatga ega.

Kasallik tarixini yozish davomida ruhiy holatni baxolashda psixiatriyaga oid yoki narkologiyaga oid terminlarni qo'llash tavsiya qilinmaydi, chunki kasallik tarixi uzoq vaqt saqlanadigan obektiv hujjat bo'lib, bu terminlar ma'lum vaqtdan keyin ishlatilmasligi mumkin.

Kasallik tarixini takomillashtirish uchun umumiy tavsiyalar

Statsionar shakldagi kasallik tarixini yaratish uchun 003/u raqami ishlatiladi. Barcha yozuvlar o'zbek tilida olib boriladi, tibbiy muasasada o'zbek va lotin yozuvida retsept yozish mumkin. So'zlar to'liq yozilishi kerak, qisqartmalardan (t.f.n. dots.) ishlatish mumkin.

Yozuvlar chiroyli, o'qishga qulay va oson bo'lishi kerak, tuzatish va bo'yashlar bo'lmasligi lozim. Ayniqsa, bu tashhis qo'yish va dori-darmon tayinlash bilan bog'liq. SHuni esda tutish keraki tibbiy retseptdagi tushunmovchilik tufayli xamshira xato kilishi mumkin.

Barcha yozuvlardagi yil, oy, kun anik ko'rsatilishi, agar bir kunda bir necha marotaba yozilsa soat va daqiqalar qo'shimcha ravishda ko'rsatilishi kerak.

Barcha tashxislar to'liq yoziladi, qiskartmalarga yo'l qo'yilmaydi. Barcha yozuvlar (ko'rik, kansultatsiya) huquqga ega bo'lishi,

shifokorlarning lavozimi, mutaxassisligi va ism-sharifi to'liq ko'rsatilgan bo'lishi lozim. Kasallik tarixidagi yozuvga har bir shifokor o'z imzosini qo'yadi. Yozuvlar yozma yoki printrdan chiqarilgan shaklda bo'lishi mumkin, biroq har bir yozuv ostida imzosi bo'lishi zarur. Bo'sh qolgan joylarga maxsus kosmik belgi ko'yish zarur. Kasallik tarixidagi yozuvlar ma'lum bir maqsadga erishishga yordam beradigan ma'lumotlarni o'z ichiga olishi kerak: bemorning shaxsiy xususiyatlarini ochish, davolash samaradorligini aniqlash, umumiy tibbiy statistikaning aniqlashtirish. Kasallik tarixidagi yozuvlar kelgusi avlod uchun asos bo'lib xizmat qilishi kerak.

Hujjatning birinchi sahifasini to'ldirish

Barcha ma'lumotlar 003 / u shakldagi mavjud manbalarga asosan to'ldiriladi. Kasallik tarixiga raqam qo'yiladi, bu raqam bemorni shu muassasaga qabul qilingan tartib raqamiga mos kelishi zarur. Raqamlar har kalendar yilda yana yangidan boshlanadi. Ushbu raqamlar kasallik tarixini arxiv ma'lumotlaridan topish maqsadida xizmat qiladi.

Bemorlarni qabul qilish va javob berish vaqtida kasallik tarixiga sana va vaqt aniq ko'rsatilgan bo'lishi zarur.

Kasallik tarixini birinchi sahifasida dori vositalarning nojuyaya ta'siri haqida ma'lumot bo'lib, bu shoshilich holatlar uchun qo'l keladi.

Keyingi qismda pasport ma'lumotlari, familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, tug'ilgan yili, oyi va kuni, bemorning jinsi, ma'lumoti, oilaviy xolati, kasbi va ish joyi, ro'yxatga olish va yashash manzili, yaqin qarindoshlari yashash manzili va telefon raqamlari yoziladi. Nogironligi bo'lsa, nogironligi va uning sabablari yoziladi. Bemor davolanishga o'z ixtiyori yoki majburiy (sud qarori) ekanligi, kim tomonidan yuborilganligi, yo'llanmadagi tashxis, taxminiy klinik tashxis, yakuniy klinik tashxis yoziladi.

Klinik tashxis

1. Yo'llanma bergan tibbiy muassasa (agar bemor o'zi kelgan bo'lsa to'ldirilmaydi).
2. Qabul qilingan shifoxonadagi dastlabki taxminiy tashxis.
3. Shifoxonaga qabul qilingan kundan boshlab 3 kun ichida asosiy

klirik tashhis qo'yilishi kerak, albatta tagida davolovchi shifokor imzosi.

Boshka shifoxonadan ko'chirilgan va OIV bilan kasallanganligi xaqidagi ma'lumotlar birinchi saxifada kodlangan belgi ko'rinishida yoziladi.

Hujjatning ikkinchi saxifasini to'ldirish

Bu saxifada bemorda o'tkazilgan barcha tekshiruvlar asosida asosiy klinik tashhis va kasallik asoratlari yoziladi. Agar bemor bundan oldin shifoxonada davolangan bo'lsa, davolanish vaqti va o'tkazilgan davo muolajalari qayd qilinadi.

Agar bemorda nogironlik guvoxnomasi berilgan bo'lsa, uning rakami ko'rsatiladi.

Kasallik tarixining ikkinchi saxifasi to'liq yozilgandan keyin davolovchi shifokor va bo'lim boshlig'i imzosi bulishi kerak.

Hujjatning uchinchi saxifasini to'ldirish

Ko'shimcha kilinadigan yozuv va hujjatlar A-4 kog'ozi ko'rinishida amalga oshiriladi. Uchinchi saxifa davolovchi shifokor tomonidan to'ldirilishi kerak.

Bu bo'limda o'tkazilgan tekshiruvlar, shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatma va yotqizilgan bo'lim xaqida ma'lumot beriladi. Bu band qisqa va aniq bo'lishi kerak. Asosan bu sahifaga bemorning shikoyatlari xaqida yetarlicha batafsil ma'lumot berilishi, psixo-nevrologik holati haqida batafsil ma'lumotlar o'z aksini topishi kerak.

Agar shifokor bemorda boshqa kasalliklar borligini aniqlasa boshqa mutaxassislar bilan ko'rik o'tkazib, ularning yozuvlarini ro'yxatga olib qo'yadi. yozuvning oxirida kasalxonaga yotqizish haqida xulosa tayyorlanadi va imzo qo'yadi.

PSIXOFAOL MODDALAR QABUL QILUVCHI BEMORLAR KASALLIK TARIXINING ASOSIY QISMI

Bemorning shikoyati. Bunda bemor shifokorga murojat qilishga sabab bo'lgan asosiy shikoyatlarga e'tibor qaratishi lozim. SHu bilan birgalikda asosiy shikoyatlar bemorning so'ziga mos qayd etish lozim. Bemor o'zini psixofaol moddalar yoki alkogol maxsulotlari suiste'mol qilishini tan oladimi va bemor o'zini kasallikka chalingan deb hisoblaydimi, buni ham e'tiborga olish kerak.

Agarda bemor muloqotga yaxshi kirisha olmasa unga takroran bir xil savollarni berish noto'g'ridir. Bemorlardan to'liq va qoniqarli javoblar olish uchun suhbatni qulay va samarali shaklini topish lozim. Buning imkoni bo'lmasa (aqli zaiflik yoki ruhiyatning chuqur buzilishlari bo'lganda), ma'lumotlar bemorning tashqi ko'rinishiga, ob'ektiv belgilarga, oldingi kasallik tarixlariga, bemor holati o'zgarishiga qarab yig'iladi.

Hozirgi kasallik tarixi (Anamnesis morbi). Hayot tarixida yozilgani kabi bu ham kimning so'zidan yozilyotganligi ko'rsatilishi kerak.

Psixofaol moddalarni (spirtli ichimliklar, giyohvand moddalar, toksik moddalar) muntazam suistemol qilishning ilk belgilari paydo bo'lishi.

Bemor birinchi marta spirtli ichimliklarni suistemol qilgan yoshi, psixofaol moddalar istemol qilish davrining davomiyligi (yil), qaramlik belgilari paydo bo'lishi.

Bemor dastlab psixofaol moddalar yoki giyohvandlikka olib kelishi mumkin bo'lgan boshqa moddalarni qabul qilgan yoshi, psixofaol moddalarning o'ziga qaramlik belgilarini shakllanishiga muntazam ravishda qabul qilish davomiyligi.

Psixofaol moddalar qabul qilganda kafiyat va xulq atvor buzilish shakllari, organizmning himoya reaksiyalari paydo bo'lishi, og'ir mastlik holatining tez-tez takrorlanishi va intosikatsiyadan keyingi holatning o'ziga xosligi.

Qarindoshlari tomonidan bemorning psixofaol moddalar maxsulotlari suistemol qilishiga bo'lgan munosabati: Faol qarshilik, befarklik, maqullash.

Surunkali alkagolizm: Spirtli maxsulotlarga bo'lgan ehtirozlarni

keltirib chiqaradigan shaxsiy omillar: tashvish, bezovtalik, tanadagi yoqimsiz sezgilar, uyqu va kayfiyat buzilishi. Oiladagi spirtli ichimliklar istemol qilishni kuchayishiga yordam beruvchi vaziyatlar.

Spirtli ichimliklar miqdoriy nazoratining yo'qolishi va atofdagi vaziyatni nazorat qilishni yo'qolishi.

Spirtli ichimliklarga chidamlilik: kun davomida istemol qilinadigan spirtning maksimal dozasi (300 ml aroq ichish).

Dinamikada tolerantlikning o'zgarishi: muntazam ravishda spirtli ichimliklarni istemol qilish. Kam spirtli ichimliklarga o'tish.

Alkogolli amneziya, ularning paydo bo'lgan vaqti, palimpsest tipdagi amneziya va umumiy amnezialar.

Abstinensiya sindromi klinik variatlari: vegetativ buzilishlar, somatik buzilishlar, nevrologik buzilishlar, psixik buzilishlar, tutqanoq komponentlari, psixorganik buzilishlar. Abstinensiya sindromi davomiyligi. Ichkilikka bo'lgan patologik moyillik va tajavuzkorlik (tez-tez, faqat ichganda, doimo ertalab).

Alkogol surragatlari qabul qilganligi, ijtimoiy, ma'naviy va intellektual degradatsiyasi, tinimsiz ichish (zapoy) va yolg'on ichkilikbozlik (psedozapoy).

Narkomaniya yoki toksikomaniya. Patologik moyillik (vaziyatga bog'liq, o'z-o'zidan) rivojlanishi. Psixofaol moddalar moddaning dastlabgi psixofizik tasiri qancha davom etgan. Tolerantlik ortishi: dozaning oshib borish shakli. Psixofaol moddalarni qaysi usulda qabul qilishi (o'z-o'ziga, hamrohi bilan bir-biriga). Psixofaol moddalar tasir davomiyligi: o'zgarishsiz, kamaygan. Bu vositalarni vaqt-vaqti bilan qabul qiladimi yoki doimiy. Bir xil vosita qabul qiladimi yoki bir necha (kombinatsiya) psixofaol moddalar. Abstinetsiya sindromi variantlari: somato-vegetativ, psixopatologik buzilishlar, psixotik va tutqanoq simptomlari bo'lishi. Abstinetsiya sindromi davomiyligi va uning kuchayib borishi. O'tkir zaxarlanish (yukori dozada) bo'lgan yoki bo'lmaganligi, agar bo'lgan bo'lsa og'irligi. Dori vositalari bilan bog'liq boshqa intoksikatsiya asoratlari.

Hayot tarixi (Anamnesis vitae). Hayot tarixi yozilayotganida, kimning so'zidan (bemorning o'z so'zidan yoki otasining so'zidan) ekanligini yozish kerak.

Bemor hayotining har bir davri: prenatal, emizikli, go'daklik, maktabgacha, maktab (pubertat), o'smirlik, balog'atga yetish, yetuklik, involyusion, qarilik davridagi asosiy hodisalar xronologik tartibda yoritiladi.

Bemor qarindoshlari haqidagi ma'lumotlar quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: qachon, qaerda, nechanchi farzand bo'lib tug'ilgan. Ota-onaning shu davrdagi sog'lig'i va yashash sharoitlari, qarindoshlar orasida ruhiy kasallikning (jumladan giyohvandlik bilan davolangan) mavjudligi.

Homiladorlik davri toksikozlari va tug'ruqning og'ir yoki yengil kechganligi. Homilaning xususiyatlari: yetilgan, bosh shikastlanishlari, asfiksiya, og'irligi va bo'yi. Oziqlanishi. Emiziklik davridagi kasalliklar. Nutq rivojlanishi, o'tirishi, yura boshlashi, xulqining xususiyatlari.

Bog'chaga borgan-bormaganligi. Ota-onalar tarbiyasining xususiyatlari. Bemor kim tomondan bolaligida tarbiyalanganligi, ota-onasiga nisbatan munosabati. (ortiqcha parvarish, befarqlik, yoqtirmaslik,) xaqida ma'lumotlar beriladi. Xulqi: muomilali, bo'ysunadigan, qaysar, tajang, negativ, arazguy va boshqalar. Nevrotik buzilishlar: tundagi qo'rquv, siydik ushlolmaslik, duduqlanish va boshqalar bo'lganligi.

Go'daklik va maktabgacha bo'lgan davrdagi kasalliklar va ularning asoratlari.

Qachon va necha yoshda maktabga borgan. Qanday o'qigan. Orqada qolish sabablari. Yoqtirgan narsalar, qiziqishlar, jamiyat xayotiga, tugaraklarga, do'stlar doirasiga qatnashishi, uyda va kollektivdagi xulqi. Xarakterining hususiyatlari.

Qiz bolalarda – qachon, necha yoshda xayz ko'ra boshlagan va uning xususiyatlari: regulyarligi, somatik xamda ruhiy holatga ta'siri.

Jinsiy yetilish davridagi xarakter o'zgarishlari, uning qay tarzda namoyon bo'lishi. Maktab davridagi kasalliklar. Maktabni qachon va qanday baholarga tugatgan.

Keyingi hayoti: o'qishi, mehnat faoliyatining boshlanishi, harbiy xizmatga borganligi. Bu davrdagi kiyinchiliklar va muvaffakiyatlar, yashash sharoiti, janjallar va ularning yechimi, boshdan kechirgan kasalliklar batafsil yoritiladi. Ish joyining va kasbining tez-tez o'zgarib turishi va buning sababi.

Oilaviy xayoti: qachon va necha yoshda oila qurgani, nikohning takrorlanishi va bunga sabablar. Farzandlar soni, ularning yoshi, jinsi, salomatligi. Oiladagi maishiy – moddiy sharoitlar, ruhiy atmosfera, urush-janjallarning bo'lganligi va sabablari, nikoh munosabatlaridan qoniqish kabilar.

Ayollarda – homiladorlik, tug'ruq va abortlar soni. Ularning kechishi xususiyatlari, ginekologik kasalliklar. Hayz siklining kechishi, klimaks va uning xususiyatlari.

Keksalik va qarilik yoshidagi xayotining xususiyatlari: oiladagi holati, qarindoshlarning vafoti, mehnat faoliyati, qarindoshlar bilan munosabati, yaqinlar tomonidan tayanch va g'amxurlik borligi, yolg'izlik hissi. Shu davrda bemor xarakteridagi o'zgarish kabilar batafsil yoziladi. Psixofaol moddalar (spirtli ichimliklar giyohvand moddalar, toksik moddalar) bilan bog'liq vegetativ va somatik kasalliklar.

Yuqumli kasalliklar, jumladan jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, OIV, virusli gepatit mavjudligini aniqlash uchun ma'lumatlar to'plash kerak

Katamnestic ma'lumotlar. Ushbu ma'lumotlar ilk gospitalizatsiya vaqtidan boshlab ruhiy va somatik salomatlik holati, ijtimoiy adaptatsiya, bemor hayotining o'zgargan sharoitlari kabi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Ushbu ma'lumotlar surunkali kasallikning xuruj berishiga olib keluvchi sabablarni aniqlash uchun muhim. Bemor qo'llab turuvchi davolash rejasini bo'lgan yoki bo'lmaganligiga, ruhiy travmalarga, yondosh somatik kasalliklarni qo'zatilishiga, alkagol iste'mol qilganiga, o'sha vaqtda atrof uchun xavfli xarakterli harakatlar qilgani, dispanserga qatnagan yoki qatnamaganligiga alohida e'tibor berish lozim.

Kasallik xuruji boshlanishining birinchi belgilarining qanday sharoitda paydo bo'lgani, ularning kuchayib borishi, o'zgarishi va nihoyat bemorni kasalxonaga tushishiga sabab bo'lgan sharoitlar batafsil yoritiladi.

Status preseps objectivus

Bemorning umumiy ahvoli.

- Bemorning umumiy ahvoli (qoniqarli, o'rta og'irlikda, og'ir, o'ta og'ir, agoniya oldi holati, agonal, klinik (biologik) o'lim holati)

- Es-xushi (aniq, noaniq, stupor, sopor, koma)
- Umumiy holati (faol, harakatsiz, majburiy)
- Yuz ko'rinishi (xotirjam, bezovtalangan, g'amgin, xafsalasiz, so'lg'in, alamli, xumraygan, ma'nosiz, loqayd)
 - Yuz rangi (qizargan, kukargan, sarg'aygan, yer rangida, oqargan, bug'doy rang)
 - Ko'zi (bo'rtgan, cho'kkan, katta ochilgan, yumilgan)
 - Ko'z qorachiq-lari (kengaygan, toraygan, bir xil, yorug'likka javobi: saqlangan, susaygan, yo'q.)
 - Ko'rik paytida o'zining tutishi (tinch, notinch, befarq, bezovtalangan)
 - Bemorning tuzilishi (astenik, normastenik, giperstenik)

Teri qoplamalari:

- Teri rangi (qizargan, oqargan, bug'doy rang, oftobda qoraygan).
Tug'ma dog'lar, pigmentatsiya, akrotsianoz.
 - tomirga qilingan ineksiya izlari va boshqalar
 - Terida yiringli yaralarning, furunkul, piodermiyalar
 - Toshmalar (eritema, rozeola, papula, vezikula, petixiya, kontalashlar).
 - Teri qoplamalari turgori va elastikligi, shishlar va ularning joylashishi va tarqalishi, qalinligi, bichilishlar.

Lablar va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, ko'zlar konyuktivasi.

- Rangi (oqimtir, qizil, sarg'ish, kukimtir).
- Ho'l va quruqligi, butunligi (eroziya, jaroxatlar, yoriqlar, yaralar)

Teri osti yog' qavati.

- Rivojlanish darajasi (yetarli, ortiqcha, kam miqdorda, atrofiyali, nihoyatda rivojlangan).

Limfatik tugunlar.

- Paypaslanishi, og'riqli-og'riqsizligi, kattalashishi.
- Ayrim sohalarda (bo'yinda, qo'ltiq ostida, chov va tizza)

chuqurchasi) tarqalishi

So'lak bezlari.

- Quloq oldi va jag osti so'lak bezlari holati (kattalashgan, o'zgarmagan, og'riqsiz, og'riqli).

Mushaklar tuzilishi.

- Rivojlanish darajasi (yetarli, o'rtacha, nimjon)
- Mushaklar tonus (pasaygan, oshgan, normal)
- Mushaklar kuchi (nimjon, o'rtacha, yetarli, zo'raygan) atrofiyaga uchragan.

Suyak va bo'g'imlar tizimi.

- Bosh va yuz suyaklarining tuzilishi, shakli, o'lchamlari.
- Ko'krak qafasining shakli (voronkasimon, silindirsimon), ikkala yarmini bir-biriga mos rivojlanganligi, deformatsiyasi
- Umurtka pog'onasi (lardoz, kifoz, skalioz)

Nafas olish tizimi.

- Ob'ektiv ko'rik burun orqali nafas olishi (erkin, qiyinlashgan).
 - nafas olish tipi (ko'krak bilan, qorin bilan, aralash)
 - bir minutda nafas soni
 - nafas ritmi (ritmik, aritmik, davriy)
 - nafas olish chuqurligi (yuzaki, chuqur)
 - sianoz (maxalliy, umumiy, burun-lab uchburchagida)
- Palpatsiya - kukrak qafasi elastikligi, og'riq sezishi, qovurgalararo mushaklari holati. Ovoz dirillashi (susaygan, kuchaygan, ikkala tomonda xam bir xil, o'zgarmagan).
- Perkussiya - perkutor tovush xarakteri (aniq o'pka tovushi, bo'g'iklashgan, timpanik, qutichasimon)

O'pkaning pastki chegaralari:

Chiziqlar	O'ng o'pka	Chap o'pka
To'sh yon chizig'i (lin.parasternalis) bo'yicha	VI qovurg'a qirrasasi	--
O'mrov o'rta chizig'i (lin.mediaclavicularis) bo'yicha	VI qovurg'a oralig'i	--
Oldingi qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaries anterior) bo'yicha	VII qovurg'a oralig'i	--
O'rta qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaries media) bo'yicha	VIII qovurg'a oralig'i	VIII qovurg'a oralig'i
Orka qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaries posterior) bo'yicha	IX qovurg'a oralig'i	IX qovurg'a oralig'i
Ko'rak chizig'i (lin.scapularis) bo'yicha	X qovurg'a oralig'i	X qovurg'a oralig'i
Umurtka yoni chizig'i (lin.paravertabralis) bo'yicha	XI qovurg'a oralig'i	XI qovurg'a oralig'i

Auskultatsiya - eshitib ko'rilganda nafas xarakteri (pueril, vezikulyar, vezikulyar tovushni susayishi yoki kuchayishi, qattiq, bronxial, bronxovezikulyar). Xirillashlar, ularning joyi, (tarkalgan yoki ma'lum bir joyda), xarakteri (quruq, xushtaksimon, nam, mayda, o'rta, yirik pufakchali). Krepitatsiya: Plevra ishqalanishi shovqini.

Yurak qon-tomirlar tizimi.

- Tashqi ko'zdan kechirish: bo'yin tomirlarini bo'rtib chiqishi. Arteriyalar pulsatsiyasi.

O'quv qo'llanma

- Puls xarakteri (tez, asta, ritmik, aritmik, ipsimon, kuchsiz, to'lishgan). Puls soni bir minutda.
- Yurak sohasi (o'zgargan, o'zgarmagan)
- Cho'qqi turtkisi (aniqlanadi, aniqlanmaydi), kuchi, maydoni, joylashgan joyi.
- Yurak sohasi palpatsiyasi (og'riqli, og'riqsiz).
- Perkusiya: yurakning o'ngdan, chapdan, yuqoridan nisbiy chegaralari.
- Auskultatsiya: birinchi va ikkinchi ton (kuchaygan, susaygan, o'zgarmagan). Yurak tomlari (ritmik, aritmik, anik, bug'iqlashgan, tezlashgan, sekinlashgan, ekstrosistoliya). Shovqinlar xarakteri (mayin, qo'pol, dag'al, mashina ovozi), ularning eng yaxshi eshutilish joyi, tarqalishi, yurak faoliyati fazalariga munosabati (sistolik, diastolik). Organik va funksional shovqinlar. Perikard qavatlarining ishqalanish ovozi.
- Kon bosimi ko'rsatgichi (maksimal, minimal, puls bosimi). Yurak va buyrak nuqsonlarida ikkala qo'lning qon bosimi farqi.

Ovqat hazm qilish a'zolari

- Lablar va og'iz shilliq qavati: rangi (och pushti, oqargan, ko'kargan), namligi (quruq, ho'l), yorilganligi, yaralar.
- Tili: namligi (quruq, ho'l), karash bilan qoplanganligi, so'rg'ichlari xolati, tish izlari, yorilganligi, yaralar
- Milklari (qontalash, shishgan, yaralar).
- Bodomcha bezlari (normal, kattalashgan) yiringli tikinlar (bor, yo'q).
- Tomoq: rangi (qizargan, o'zgarmagan), tozaligi (qontalashlar, yaralar).
- Qorni shakli (tortilgan, bochkasimon, damlagan, cho'kkan, yassi, "qurbaqa" qorniga o'xshash) simmetrikligi (simmetrik, asimmetrik). Qorin to'g'ri mushaklari diastazi, Churra shishlari, qorinning nafasda ishtirok etishi.
- Ichaklar va qorinning palpatsiyasi: qorinni yuzaki paypaslaganda holati (yumshoq, taranglashgan) og'riq sezishi (og'riqsiz, og'riqli), ichaklar

guldirashi, jigar va taloq yuzlari (g'adibudir, qattiq, elastik). Jigar pastki qirrasini (paypaslanmaydi, qovurga yoyidan chiqqan, o'tkir, tumtoq, yumshoq, qattiq).

- Qorin perkussiyasi (timpanik, tumtoq). Jigar chegaralari (yuqorigi, pastki: o'ng to'sh oldi, o'ng o'rta o'mrov, o'ng qo'litiq osti chiziqlar bo'ylab). Kurlov bo'yicha jigar o'lchamlari.

Siydik-tanosil tizimi

- Palpatsiyada - buyraklar sohasi (og'riqli, og'riqsiz, ko'lga bilinmaydi). Tik, o'tirgan va yotgan xolatda buyraklar palpatsiyasi (hajmi, shakli, yuzasi, konsistensiyasi, xarakatchanligi, og'riq sezishi), buyrak soxasidagi og'riq irradiatsiyasi.

Endokrin tizimi

Qalqonsimon bez holati (shakli, xajmi, konsistensiyasi, o'z o'midan siljishi). Endokrin buzilishlar (semirish, ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo'lishi va ular xarakteristikasi).

Nevrologik status.

Oliy nerv faoliyati (yozish, o'kish, hisoblash).

Bosh og'rig'i, joylashishi, davomiyligi. Bosh aylanishi, quloq shang'illashi, ko'ngil aynishi, qusish.

Meningial simptomlar.

Bemorning holati (poza).

Ensa mushaklarining tarangligi - bosh kukrak sohasiga yaqinlashtirilsa, qarshilik hissi seziladi.

Pay reflekslari, ikki va uch boshli mushaklar, yelka-ko'rak, tizza, axillov va qovurg'a-qorin refleksi.

Alkogolizm bilan kasallangan bemorlarni tekshirayotganda kuydagi belgilarga etibor berish kerak. Midriaz, mioz, ko'zni xarakatlantiruvchi mushak falaji, pitoz, anizokariya, ekzoftalm, dizartiriya. Yutinishning buzilishi, muvozanat buzilishi, bosh aylanishi, mushaklar atoniyasi yoki gipertoniya, mushaklar atrofiyasi, paresteziya, paralich, eshituv va yuz nervlari shikaslanishi.

Ruhiy holati.

1. Umumiy ta'rif. Bemorning tashqi ko'rinishi: qanday va nima kiygan, oyoq kiyimi, soch turmaklari, taqinchoq va bezaklar; yuz, ko'z ifodasi, tanasining holati; yurishi, o'tirish xususiyatlari; atrofdagilarga munosabati.

- **O'zini tutishi, xulqi** – bosiq, to'g'ri, xavotirli, shubxali, bezovta, ko'rko'v bilan, dovdiragan, sho'x, horg'in, befarq, kek saqlagan, noo'rin, gayritabiiy, bema'ni.

- **Bemorning shifokorga munosabati.** Samimiylik, masofa saklagan, dushmanlik, ishonchsizlik, befarqlik.

- **Nutq faoliyati.** Savollarga javob beradi, jim turadi. Nutq tezlashgan yoki sekinlashgan, baland ovozda yoki pichirlab, g'uldirab gapirishi mumkin.

2. Tashki muhitga, vaqtga, o'z shaxsiga nisbatan mo'ljal (orientirovka) xususiyatlari. Derealizatsiya. Depersonalizatsiya.

3. Sezgi buzilishlari - gipo-, giper-, para-, anesteziyalar, sinestopatiyalar mavjudligi; illyuziyalar – verbal, kuruv, taktil, ta'm, affektiv, pareydolik; Lipman, Rexard, Ashafenburg simptomlari. Gallyusinatsiyalar mavjudligida ayniqsa imperativ, buyruq beruvchi va qo'rqituvchi ovozlarning mazmuni aniq yoziladi, bemor ushbu «ovoz» larni bog'layotgan real insonlar doirasi aniqlanadi.

4. Fikrlash jarayoni. Fikrlashning mazmun jihaddan buzilishi, yopishqoq fikrlar(obsesiya), fobiyalar, o'z joniga qasd qilish fikri, ipoxondrik simptomlar kuzatilishi mumkin.

5. Xotira buzilishlari - gipomneziya, dismneziya, paramneziyalar (konfabulyasiya, psevdoreminissensiya, kriptomneziya, ekmneziya), amneziyalar (retrograd, anterograd, polipsest turdagi, Korsakov sindromi). Bemorlarda xotirada saqlash, takrorlash, bolalikdagi xotiralarni eslash qobiliyati pasaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Kechqurun nima yeganini, nima qilganini, kimni ko'rganini eslolmaydi.

6. Bemorni ijtimoiy baholash. Bemor atrofdagilar uchun xavfli mi? Uning xatti-harakatlari jamiyatga ma'kul keladimi? Bemor harakatlarining oqibatini tushunadimi?

7. Bemorning kasallikka munosabati.

- Bemor o'zini kasal deb hisoblashi (o'zini kasal deb hisoblamaydi, kasalligini tan oladi, o'tmishda shunday kasallikka chalinganligini aytadi).

- O'zi va atrofdagilarda kasallik belgilarini aniqlashi.

- Kasallikka munosabati (kasallik keltirgan zararni tushunadi, befarq, kasallikni yaxshi deb hisoblaydi).

8. Davolanishga munosabati.

- Davolanishga bo'lgan xaqiqiy istak;

- Davolanishga befarqlik;

- Davolanishga qarshilik va norozilik;

- Davolanishga ishonish va urinib ko'rish;

9. Patologik moyillik sindromi

- Bemorda xulq-atvor va hissiy o'zgarishlar, patologik moyillik sindromining kuchayib ketishi.

- Bemorda patologik moyillik sindromining hissiy jixatlari, vahima, depressiv buzilishlar ko'rinishidagi patologik moyillik sindromi, spirtli maxsulotlar xaqida suhbat qilishga urinishlar.

- Patologik moyillik sindromida turli xil g'oyalar bilan.

- Patologik moyillik sindromida turli xil harakatlar bilan.

10. Abstinensiya sindromi

- Depresiv belgilarning rivojlanish tezligi.

- Afektiv komponentlar: vahima, apatiya, jirkanish va boshqa hissiy buzilishlar.

- Somatik buzilishlar: yurak qon-tomir va dispeptik buzilishlar. Abstinensiya sindromi ko'rinishida boshqa somatik kasalliklarning kuchayishi.

- Abstinensiya sindromi ko'rinishida vegetativ buzilishlar.

- Abstinensiya sindromi ko'rinishida uyqu buzilishlari.

- Abstinensiya sindromi ko'rinishida ruhiy buzilishlar.

- Psixofaol moddalar ichimliklarga bo'lgan patologik moillikning ko'rinishi.

Ruhiy holatiga. Patologik moillik sindromining jidiyligi va barqarorligi, shaxsning tanuzuli mavjudligi ko'rsatiladi.

Eksperimental - patopsixologik va laborator-instrumental tekshirishlar

Psixofaol moddalar qabul qiluvchi bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilishda qo'llaniladigan eksperimental patopsixologik tadqiqotlarda bemorlarning aqliy faoliyati, shaxsiyat o'zgarishlari, hissiy xolati, motivatsiya foaliyati xususiyatlari haqida aniq ma'lumotlar kiritish kerak.

Eksperimental patopsixologik tadqiqotlar, mavjud bo'lgan kasallik nukta nazaridan aqliy jarayon tuzilishi va xususiyatlari, o'rganilayotgan bemorning shaxsiy psixologik xususiyatlari va ruhiy xolati, aqliy jarayon dinamikasi haqida aniq ma'lumot beradi.

Eksperimental psixologik ekspertizaning natijalari davolash uslublarini tanlashda, terapevtik usullarni shakllantirishda, psixologik davolash usullarini aniqlashda, bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyalashuvi bo'yicha tavsiyalar tuzishda va boshqalarda zarur.

Eksperimental patopsixologik tadqiqotlar tibbiy (klinik) psixolog tomonidan olib boriladi. Narkologiyada odatda eksperimental psixodiagnostik usullar qo'llaniladi:

1) Diqqatni tekshirish usullari, aqliy qobiliyat darajasi va e'tibor darajasi - turli hisoblash variantlari, Shulte jadvallari va boshqalar usuli.

2) Diqqatni tekshirish usullari, - 10 ta so'zni yodlash, piktogrammalar, bilvosita yodlash va boshqalar usuli.

4) Aqliy faoliyatning xususiyatlarini o'rganish usullari - maqollar, tushunchalarni taqqoslash, metafora, so'zlar va boshqalarni tushunish;

5) Intellektual xususiyatlarni o'rganish usullari - Vekslera, Kettella, Ravena va boshqalar usuli;

6) Shaxsiy psixologik xususiyatlarini o'rganish usullari - Dembo-Rubinshteyna va Lyushera usullari, Rozensveyga va Sondi testi va boshqalar;

7) Hissiy o'zgarishlarni o'rganish usullari - Depresiv buzilishlarda Gamilton o'lchovi, qo'ruv va xavotir buzilishlarida Beck; Teylor va boshqalar;

8) Faqat narkologiyada qo'llaniladigan usullar - anketa usuli, Lichko

kasalligiga qarshi nuqtai nazarlar va boshqa testlar

Eksperiment-psixologik ekspertizaning natijalari to'g'risida fikr yuritish.

Aytish kerakki, malakali tibbiy ko'rik va ekspertiza hozirda psixofaol moddalar suiste'mol qilishning biologik belgilaridan ko'ra tashxisiy vositalarni yanada samaraliroq olib boradi. SHu bilan birga, bir nechta o'ziga xos laboratoriya testlaridan qo'shimcha ravishda foydalanish, psixofaol moddalarni suiste'mol qilishni aniq tashxislashga yordam beradi.

SHunday qilib, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilishning o'ziga xos laboratoriya belgilari bo'lmasada, eng ko'p sinovdan o'tgan biologik ko'rsatkichlar odatda tan olingan - gamma-glutamiltanspeptidaza faolligining ortishi va eritrotsitlarning o'rtacha korpuskulyar hajmini ko'payishidir.

Spirtli ichimliklar suiste'mol qilish bilan bog'liq somatik patologiyani aniqlashda bemorda zamonaviy instrumental tekshiruvlar (jigarning yogli distrofiyasida- ultratovush, biopsiya) va boshqalar o'tkazish. SHu bilan birga, alkogolli moddalar suistemol qiliganlarda laboratorva instrumental usullaridan foydalanish ijobiy natijalar olib keladi.

Bemorlarda OIV, gepatit, sifilis va boshka tekshiruvlarni o'tkazish.
Laboratoriya va instrumental natijalari bo'yicha xulosa chikarish.

TEKSHIRISH REJASI

- Qonning umumiy tahlili
- Siydikning umumiy tahlili
- Qon biokimviy tahlili
- Ultra tovush tekshirish
- Elektrokardiogramma tekshirishi
- Rengenologik tekshirish
- Exoensefaloskopiya
- Elektroensefalografiya tekshirishi
- Kompyuter tomografiya tekshirishi va boshka laborator xamda instrumental tekshirishlar.

TEKSHIRUVLAR NATIJASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

Muassasa nomi _____

Umumiy qon tahlili № _____

Sana _____

F.I.O _____

Yoshi _____

Bo'lim _____

		Natija	Norma
Gemoglobin			E 130/160 g/l
			A 120/140 g/l
Eritrotsit			E 4,0-5,0*10 ¹² /l
			A 3,9-4,7*10 ¹² /l
Rangli ko'rsatgich			0,85-1,05
Leykotsit			4,0-9,0*10 ⁹ /l
ECHT			E 2-10 mm/soat
			A 2-15 mm/soat
Qonning ivish vaqti	Boshla		30 sek-2 minut
	Tugash		3-5 minut
Tayoqcha yadroli			1-6%
Sigmoid yadroli			47-72%
Eozinofil			0,5-5%
Bazofil			0-1%
Limfotsit			19-37%
Monotsit			3-11%
Tpombotsit			180-320*10 ⁹ /l
Gemotakrit			36-42%

Tekshirdi _____

imzo _____

Klinik tashhisni asoslash.

Bemorning shikoyatlari, anamnez ma'lumotlari, ob'ektiv tekshirish, laborator va instrumental tekshirish natijalari xamda kiyosiy tashhislashlarga asoslanib, malakali shifokorlar ko'rigi, xulosalarigi tayanib davolovchi shifokor tomonidan klinik tashhis asoslanadi.

Klinik tashhis bemor yotqizilgandan so'ng dastlabki uch kun davomida qo'yiladi va asoslanadi.

Tashxislash

Bemorni tekshiruvlar va klinik kuzatuvlar tugagandan so'ng XKK-10 (MKB-10) ga muvofiq tashhis qoss'yiladi.

Davolash-profilaktika va rehabilitatsiya tadbirlari.

Qabul qilingan ma'lumotlarga asoslanib kasallikka chalingan bemorga tibbiy va rehabilitatsion yordam rejalashtiriladi.

1. Bemorning muammolarini aniqlash, muammolarni baholash, somatik va aqliy salomatlikni, sirtli ichimliklarga munosabatini baxolash, oila va qarindoshlar bilan munosabatlari, ta'lim, ish, moliyaviy xolati, bo'sh vaqtlari, uy-joy bilan bog'liq muammolarni baholash;

2. Davolash va rehabilitatsiya jarayonining maqsadlarini aniqlash, uning rejasini tuzish va ularni muvofiqlashtirish.

3. Pragnozi.

4. Maqsadga erishish darajasini va erishilgan natijani, davolash va rehabilitatsiya jarayonini baholash.

Kundalik

Kundalik yozuvlarda kunlik qisqacha ma'lumot beradi, ammo kasallikning barcha o'zgarishlarining to'liq ro'yxati, shuningdek diagnostik tekshiruvlar, davolash va rehabilitatsion harakatlar natijalari baholanadi. Dastlabki uch kunda, kuniga 2-3 marta kundalik yozishni tavsiya etiladi. Agar kerak bo'lsa, bemorning kunlik dinamikasini kuniga bir necha marta yozish ham mumkin.

Yozuvda bemor haqida quyidagi ma'lumotlar bo'lishi kerak:

1. Kasallikning dinamikasi - o'tgan kunlar davomida bemorning aqliy va jismoniy holatida yuz bergan barcha o'zgarishlar;

2. Bemorning ahvolini baholash;

3. Yangi qo'shimcha tekshiruv natijalarini klinik baholash;
- 4) Olib borilayotgan davolash va rehabilitatsiya jarayonlarining natijalarini baholash;
5. Maslahatlar;
6. Tashxis, davolash va rehabilitatsiya jarayonida o'zgarishlar.

Harorat varaqasi.

Harorat varaqasida bemorni faqat haroratini emas balki puls, nafas soni xamda arteriyal bosimni grafik ko'rinishda qora, ko'k, qizil ranglarda belginaladi, og'irlik, sutkali diurez miqdori bilan iste'mol qilingan suyuqlik nisbati xamda o'tgan sutkada ichi kelganligi xam belgilanadi. Bundan tashqari qondagi qand va boshqa diagnostik parametrlar xam ko'rsatilishi mumkin. Harorat varaqasining yuqori qismida muolaja choralari xam tegishli vaqt katakchasida belgilanishi mumkin: In'eksiyalar - strelka bilan (↑), iste'mol qilinadigan dori-darmonlar yassi chiziqlarda ko'rsatish qabul qilingan. SHu maqsadda rangli ruchkalardan foydalanish kerak. Diagnostik ma'lumotlar dastlabkisidan tashqari yaxshisi grafik emas, sonlarda ifodalanishi ma'qul.

Epikriz

Barcha kasallik tarixlari epikriz bilan yakunlanadi. Epikrizning bir necha turlari farq qilinadi:

- O'tkazish epikrizi - agar bemor boshqa davolash muassasalariga o'tkazilsa;
- Bosqichli epikriz - bunda bemor uzoq vaqt davolanishiga to'g'ri kelsa, xar un kunda davolash natijalari va keyngi rejalari yoziladi;
- Chikarish (javob berish) epikrizi – bemorning kasalxonada davolanishining butun davri, kasallikning dinamikasi, olingan natijalar, keyinchalik rehabilitatsiya jarayonini o'tkazish uchun tavsiya etilgan chora-tadbirlar aks ettirilgan. Bemor to'liq sog'ayganda uyiga javob berishda yoziladi.
- O'limdan keyngi epikriz - bemorda o'lim kayt etilsa, o'limdan keyin ikki soat o'tgach yoziladi.

Epikrizni yozish tartibi:

- ✓ Bemorning ismi, familiyasi, yoshi;
- ✓ Qachon, qaerdan, kanokangi shikoyatlari bilan yotqizildi;

- ✓ Bemor yotqizilgandagi umumiy axvoli.
- ✓ O'tkazilgan tekshirish usullari va ularning natijalari.
- ✓ Bo'limda ko'yilgan klinik tashxis:
- ✓ O'tkazilgan davo muolajalari va ularning natijalari.
- ✓ Kasallikning oqibati, uning oldini olish usullari va javob berilgandan keyingi tavsiyalari.

Maslahatlar

Tashxis qo'yish va davolanish sifatini oshirish uchun tayinlanadi. Buning uchun ko'proq tajribali xodimlar yoki boshqa profil mutaxassislari jalb qilinadi. Sarlavhada maslahatchi maqomini (mutaxassisligi, lavozimi yoki unvoni) ko'rsatiladi, oxirida shaxsiy imzo qo'yiladi.

TMK (Tibbiy maslahat komissiyasi)

Ushbu bemor uchun tibbiy jarayonni tashkil etishda har qanday muhim masalalarni hal qilish uchun tashkil qilingan, kamida uchta shifokordan iborat. Matn bemor haqida qisqacha ma'lumotlarni o'z ichiga oladi, unda kasallikning xususiyatlari va komissiya yig'ilgan masala hal qilinishini asoslaydi. Oxirida ularning maslahatlari beriladi va imzolanadi.

Kasallik tarixidan ko'chirma

Odatda 2-4 dona nusxada alohida-alohida varaqlarda yoziladi, ulardan bittasi kasallik tarixiga yopishtirilgan bo'ladi. Qolganlari boshqa muassasalarga belgilangan tartibda yoki so'ralgan holda yetkazib berish uchun ma'lumotnoma sifatida ishlatiladi. Barcha nusxalar muhrlanadi.

Kasallik tarixidan ko'chirma quyidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi:

Davolash amalga oshirilgan tibbiy muassasa nomi, Bo'limning nomi yoki raqami. Bemorda o'tkazilgan tekshiruvlar.

Hujjatning nomi, kasallik tarixi rakami.

Bemorning pasport ma'lumotlari (ismi, yoshi, manzili).

Qabul qilingan va chikarilgan sanalari.

Asosiy klinik tashxis.

Malumoti

Oilaviy ahvoli.

Ish joyi, o'qish. Mutaxassisligi

Ro'yxatdan o'tkazilgan sanasi.

Oldingi davolanish kunlari.

Bu kasalxonaga yotqizilishining sababi.

Eng muhim klinik va laboratoriya va instrumental tekshiruv ma'lumotlari.

Bemorning asosiy premorbid shaxsiy xususiyatlari haqida qisqacha ma'lumot.

Ushbu kasallik tarixiga oid asosiy va eng muhim ma'lumotlar, shu jumladan. *Bemorda kasallikning o'ziga xos xususiyatlari, eng muhim alomatlar dinamikasi:*

- u birinchi marta psixofaol moddalarni necha yoshda qubul qilgan;
- psixofaol moddalarning turi, dozasi va usuli;
- psixofaol moddalarni kabul kilganda yuzaga kelgan asosiy somato-nevrologik o'zgarishlar;
- dozaning dinamikasi;
- zaharlanishning tabiati;
- zaharlanishdan keyingi davrning tabiati;
- psixofaol moddalar uchun asosiy patologik moyillik mavjudligi;
- bir martalik va kunlik tolerantlikning dinamikasi; intoksikatsiya holati;
- abstinentsiya sindromining qisqacha tavsifi;
- shaxsning o'zgarishi, oilaviy va ijtimoiy moslashuv.

Psixofaol moddalarni ishlatish bilan bog'liq vegetativ, somatik va nevrologik kasalliklar.

Reabilitatsiya faoliyati.

Davolashning hozirgi kursi (preparat nomi, dozasi, usuli, retsepti va bekor qilingan sanasi), samaradorligini baholash.

Kasallikning natijasi va prognozi.

Davolashdan bosh tortish, davolashni noqonuniy ravishda to'xtatish, psixofaol moddalardan foydalanish.

Bemorning kasallik holati.

Bayonotning sababi.

Tavsiyalar.

Bo'lim boshlig'ining va shifokor imzosi va kasallik tarixi to'liq shifrlangan bo'ladi.

SUD-NARKOLOGIK EKSPERTIZA

Narkologik mastlik ekspertizasi (alkogolik, narkomanik, toksikomanik) – narkologik mastlik ekspertizasi narkologik mastlik holatini shakliga qarab aniqlash uchun yuborilgan shaxslarni tibbiy tekshiruv yoʻriqnomasiga asoslangan holda oʻtkaziladi. Narkologik mastlikning tashqi koʻrinishlari, uning turi va klinik bosqichlariga, shuningdek, organizmning individual vositaning dozasiga bogʻliq. Narkologik mastlikning turidan qatʼiy nazar, uning tashhisini quyidagi maʼlumotlar asosida oʻtkazish kerak:

- tekshiriluvchining tashqi koʻrinishi va feʼl atvori;
- nevrologik status holati;
- somatik status holati;
- ruhiy status holati;
- laboratoriya tekshiruv natijalari;
- humor sindromi koʻrinishlarining mavjudligi.

Narkologiyada qon tarkibidagi alkogol, narkotik va boshqa mast qiluvchi vositalar miqdorini aniqlash eng muhim va oʻziga xos usul hisoblanadi. Bunday tahlillarni oʻtkazish uchun maxsus taʼminlangan biokimeviy laboratoriya, masalan, gazli suyuqliklar xromatografiyasi, radioimmunokimyoviy usullar boʻlishi talab etiladi. qon va peshobning klinik tahlillari natijalari yoʻldosh kasalliklarni aniqlash uchun zarur boʻlsada, kam ahamiyatga ega. Yana shuni qoʻshimcha qilish kerakki, opiyli giyohvandlikda yengil giperglikemiya (qonda shakar miqdorini oshishi) xos boʻlsa, nasha chekuvchilarda aksincha, gipoglikemiya (qonda shakar miqdorini pasayishi) uchraydi. Agar narkotik yoki boshqa toksik vositalarni organizmga kiritish uchun inʼektsiyadan foydalanilsa va ular qancha uzoq davom etsa, OITS virusiga chalinish xavfi shuncha yuqori boʻladi. Oʻtkazilgan epidemiologik tadqiqotlar shuni koʻrsatadiki, 25% narkomanlar shu viruslarning tashuvchilari hisoblanishadi. Shuning uchun narkotik moddalarni tomir orqali oladigan barcha oʻsmirlarni OITS virusiga tekshirish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Alkogol mastlikda laborator tahlillar va alkogolga turli sinamalar katta ahamiyatga ega. *Rapoport sinamasi* kaliy permanganatning sulfat

kislota ishtirokida etil spirti ta'sirida oksidlanishi va parchalanishiga asoslangan (rangsizlanadi). Tekshiruv quyidagi ko'rinishda o'tkaziladi. Ikkita bir xil probirkaga 2 ml dan distillangan suv quyiladi, biriga naycha botiriladi. Tekshiriluvchi og'zini suv bilan chayib, probirka tubiga tushirilgan naychaga 20-30 marta puflaydi. Puflanayotgan havo suvga o'tganini, ya'ni pufakchalar ajralishini nazorat qilib turish kerak. Shundan so'ng ehtiyotlik bilan ikkala probirkaga ham 25 tomchidan kontsentrlangan kimyoviy toza sulfat kislota eritmasi tomiziladi. Keyin 1 yoki 2 tomchi 0,5% kaliy permanganat eritmasi qo'shiladi. Agar puflangan havoda alkogol bo'lsa, 2-3 daqiqadan so'ng, tekshiriluvchi puflagan probirkada eritma och-pushti ranggacha o'zgaradi yoki butunlay rangsizlanadi. Agar 10-15 daqiqa davomida ikkala probirkada ham eritma rangi o'zgarmasa, tekshiriluvchi spirtli ichimlik ichmagan deb hisoblasa bo'ladi. Shuni esda tutish kerakki, tekshiruvdan birmuncha oldin spirt yoki efirda tayyorlangan dorilarni ichish kuchsiz reaksiya berishi mumkin. Buni aniqlab olmoq kerak.

Shinkarenko-Moxov sinamasi aniq natijalar beradi. Uni hatto uxlab yotgan odamda ham o'tkazish mumkin. Buning uchun, uning og'ziga naychani solib, burun teshiklari berkitiladi. Sinamani o'tkazishdan oldin tekshiriluvchi puflashi kerak bo'lgan naychani keng oxirini kaliy permanganat eritmasiga botirilgan paxta bilan artiladi, keyin naychani ikkala oxirini ham sindiriladi va tekshiriluvchiga 20-30 soniya puflash aytiladi. Agar puflangan havoda alkogol bo'lmasa, kimyoviy reagent o'z rangini o'zgartirmaydi, musbat reaksiyada esa ko'kimtir rangdagi xalqa hosil bo'ladi. Alkogol qancha ko'p ichilgan bo'lsa, xalqaning rangi shuncha to'q bo'ladi. Sinama 0,5 litr pivo ichilganda – qisqa muddat, 10 ml vino ichilganda – 1 soat davomida, 150 ml aroq ichilganda – 4-5 soat, 0,5 l aroq ichilganda – 15-18 soat davomida musbat bo'ladi. Alkogolni siydikda ham aniqlash mumkin. Tashhis qo'yish maqsadlarida har qanday sharoitda ham mastlik ekspertizasini o'tkazishga imkon beradigan maxsus elektron uskunadan ham foydalaniladi. Uni DAN xodimlari yo'l sharoitlarida haydovchilarni ekspertizadan o'tkazish uchun ishlatishadi. Laboratoriya sharoitida nozik kimyoviy tekshiruvlar qon va peshobdagi alkogol miqdorini aniqlab beradi, bu esa o'z navbatida mastlik darajalarini

aniqlashga imkon beradi. Ko'pincha 1 litr qon tarkibidagi 1 sm³ dan ozroq alkogol miqdori mastlik belgilarini chaqirish uchun kamlik qiladi.

Mastlikning yengil darajasida 1 l qondagi alkogol miqdori – 1-2 sm³ bo'ladi, o'rta darajasida – 2-4 sm³, alkogol miqdori 5-7 sm³ bo'lganda esa, mastlikning og'ir darajasi kuzatiladi. Odam qonidagi etil spirti miqdorini aniqlab, ichilgan alkogol miqdori to'g'risida fikr yuritish mumkin. Sud-tibbiy ekspertini murakkab sharoitlarida turli biokimewiy ko'satkichlarini aniqlash uchun qon izlari olinadi, bu esa tashhis qo'yish uchun qisman yordam beradi. Shuningdek, etil spirti parchalanish mahsulotlarini aniqlash uchun peshob tahlili o'tkazish mumkin. Keyingi yillarda amaliyotda turli asaboblardan foydalanilyapti: PFK-01 – psixofiziologik tekshiruvlar uchun asboblar kompleksi: PPS – puflanayotgan havodagi alkogol bug'larini aniqlash uchun asbob va boshqalar.

Ayrim hollarda mastlik ekspertizasini spirtli ichimlik ichilganining ertasi kuni o'tkazishga to'g'ri keladi. Bu yerda qoldiq holatlar yoki bosh og'rig'i, kayfiyatning pastligi, vegetativ simptomlar, til va qo'l barmoqlari titrashi bilan o'tadigan «xumor» sindromi yordam berishi mumkin.

Surunkali alkogoldan zaharlanishda shikastlanadigan jigar funksiyasini tekshirish ham ma'lum ahamiyatga ega. Buning uchun jigar fermentlari: gamma-glutamil-transpeptidaza, transaminaza, ishqoriy fosfataza, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar tekshiriladi. Ichki-triglitsridlar miqdori yuqori bo'ladi.

Opiatlar iste'molini quyidagi laborator testlar yordamida aniqlash mumkin. Siydikning toksikologik tekshiruvi – bu test opiatlar iste'molini oxirgi 48 soat davomida taxminan 90% aniqlik bilan ko'rsatadi, lekin ijobiy natija opiatlarga qaramlikning tashhisiy belgisi hisoblanmaydi. Opiat retseptorlarning antagonisti nalokson (narkan) opiatlardan zaharlanish borligi va og'irligini aniqlash uchun qo'llaniladi. Nalokson o'tkir humor sindromini kuchaytirishi mumkin, shuning uchun uni shifokor kuzatuvda sekinlik bilan kiritish kerak. Nojo'ya ta'siri borligi uchun nalokson asosan bemorning hushsiz holatida tez tibbiy yordam ko'rsatish uchun ishlatiladi. Nalokson qo'llash uchun diagnostik sinama quyidagicha qo'yiladi: 0,2-0,4 mg nalokson 5 daqiqa davomida tomir orasiga yoki in'ektsiya ko'rinishida teri ostiga, mushak orasiga yuboriladi. Humor sindromining erta belgilari

sinchkovlik bilan kuzatiladi – qorachiqalar kengayishi, nafas olishni tezlashishi (taxipnoe), ko'z yoshi oqishi, ko'p terlash. Agar 15-30 daqiqa davomida nalokson kiritilishiga reaksiya bo'lmasa, ikkinchi doza 0,4 mg tomir orasiga yoki 0,4-0,8 mg teri ostiga yuboriladi va reaksiya kuzatiladi. Agar bu holda ham reaksiya bo'lmasa, opiatlarga qaramlik yo'q deb hisoblanadi.

Shuni esda tuting, agar tekshiriluvchi ko'pgina dori moddalar iste'mol qilsa – nalokson narkotik bo'lmagan vositalarning ta'sir ko'rinishini o'zgartirmaydi.

Siydikda **kokain** borligiga tahlil chegaralangan ahamiyatga ega. Kokain qabul qilingandan so'ng bir necha soat o'tib siydikda past konsentratsiyada aniqlanadi, 38 soatdan so'ng ham topilishi mumkin. Lekin bu konsentratsiya siydikning oddiy tekshiruvlarida aniqlash uchun kamlik qiladi. Kokain iste'molini aniqlash uchun asosiy modda – bu kokain iste'molidan so'ng 5-7 kun davomida aniqlanadigan, uning metaboliti benzoiektoin hisoblanadi. Agar 7 kundan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, preparat iste'molini tasdiqlab bo'lmaydi.

Nasha iste'molida diagnostik testlar o'tkaziladi. O'tkir va surunkali nasha iste'molining belgilari asosan o'ziga xos emas. Siydikni kannabinoidlar borligiga tahlil qilish foydali bo'lishi mumkin, lekin ko'p hollarda natijalar noto'g'ri chiqadi. Masalan, TGK tutgan havodan passiv nafas olgan kishini tekshirganda natija ijobiy bo'lishi mumkin. Boshqa laborator testlar sezgir emas va nasha iste'molini tasdiqlash uchun xos emas.

Anabolik steroidlar qabul qilgan kishining zarur laborator ko'rsatkichi quyidagilardan biri bo'lishi mumkin:

- siydikning anabolik steroidlar va ularning parchalanish mahsulotlariga toksikologik tekshiruvning musbat bo'lishi;
- och qoringa glyukoza miqdorining oshganligi;
- zardob LVP larining kamligi, zardob LNP larining oshganligi;
- qon mochevinasi azotining kreatinin azotiga nisbatining ko'payishi (diuretiklar qabul qilganda) suyaklar holatining yoshga xos bo'lmasligi (epifizning bitishib ketishi, ayniqsa o'smirlarda);
- jigarning funksional tekshiruvida ko'rsatkichlarining nospetsifik ko'tarilishi. Bu tekshiruvlarda steroidlar qabulini aniqlash

xardoim to'g'ri emas, chunki katta jismoniy zo'riqish zardob alanin va aspartataminotransferazasi, laktatdegidrogenaza va fosfatazalar miqdorini oshiradi.

Uchuvchan organik birikmalar (ingalyantlar) suiste'mol qilganda laborator tashhisi o'tkazish murakkab, chunki ularning ifodaluvchi belgilari yo'q. Bemorni anamnezi va tan olishi tashhis qo'yishga asos bo'ladi. Ingalyantlarni o'ziga xos hidi borligi yoki ularni iste'moli uchun foydalanadigan uskunalar topilmaguncha har qanday shifokor ham ingalyantlar iste'moliga shubha qilolmaydi. Ko'pgina aniq bo'lmagan shikoyat va belgilar (masalan, yurak urishi, bosh aylanishi, terini ko'karishi, nafas olishning o'zgarishi, ko'zlarning qizarishi, ichishdan tavsifli hid kelishi, holsizlik) bilan qaytadan paydo bo'lgan qisqa muddatli ruhiy status o'zgarishlari bor shaxslarni ingalyant suiste'mol qiluvchi deb qaralsa bo'ladi. Jigar funktsiyasi ko'rsatkichlarining o'zgarishi (masalan, transaminaza faolligining oshishi, sintetik funktsiyaning pasayishi) yaqin orada ingalyant qabul qilingan deb faraz qilishga yordam beradi.

Farqlashga yordam beradigan farmakologik yoki tug'ma (o'roqsimon-hujayra kamqonligi) sabablari yo'qligida metgemoglobinemiyaning borligi, bemorning nitritlar iste'mol qilishiga shubhani oshiradi. Neyropatiya bor yoki yo'qligida vitamin V12 miqdori me'yorida bo'lganda uchraydigan megaloblastik kamqonlik azot oksidi iste'mol qilganlikni ko'rsatishi mumkin. *Ingalyantlar iste'moliga shubha qilingan bemorni zarur tekshiruv usullariga quyidagilar kiradi:*

- qon formulasini hisoblash;
- zardobning toksikologik, qonning arterial gazlari tekshiruvi;
- funksional jigar testlari;
- toksikologik tekshiruvlar bilan siydik tahlili.

Narkologik mastlik tashhisi turli sabablar bo'yicha o'tkaziladi, masalan, biror shaxs xizmat vazifasini bajarib turganda shubha qilinsa yoki qonunbuzarlik qilganda.

Ekspertizaga korxonalar va tashkilot rahbarlari, ma'muriy, tergov, sud organlari yuborishi mumkin. Ekspertizani psixiatr, narkolog, nevropatolog yoki boshqa soha shifokorlari o'tkazishadi. O'rta tibbiyot xodimlari mastlik darajasi bilishi kerak, sinama o'tkazish uchun tashhisini eritmalar va boshqa materiallarni tayyorlashi kerak.

Ekspertiza natijalari shifokor aktiga yoziladi. Unda tekshiriluvchining ismi, sharifi, otasining ismi, tashqi ko'rinishi, xulq-atvori, hushining holati, somatik, nevrologik va ruhiy statuslar, o'tkazilgan laborator tekshiruvlar natijalari ko'rsatiladi.

Transport vositalari haydovchilarining mast holatda ekanligini aniqlash tartibi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 19-iyundagi PQ-3786-son qaroriga muvofiq transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligini aniqlash tartibi.

Umumiy qoidalar

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar ta'siridan mast holatda ekanligini aniqlash ichki ishlar organining Davlat yo'l harakati xavfsizligi xizmati xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar ta'siridan mast holatda ekanligini aniqlash bo'yicha tekshiruv O'zbekiston standartlashtirish, metrologiya va sertifikatlashtirish agentligi tomonidan sertifikatlangan transport vositasi haydovchisi tomonidan havoga chiqarilgan etanol bug'larini aniqlovchi va tekshiruv natijalarini qog'ozda aks ettiruvchi maxsus texnik vosita - alkotester yordamida amalga oshiriladi.

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligini aniqlash bo'yicha tibbiy tekshiruv bevosita DYHXX xodimlari ishtirokida tuman va shahar davolash-profilaktika muassasalarining mas'ul xodimlari tomonidan o'tkaziladi.

Quyidagilar transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holda ekanligini aniqlash uchun tekshiruv o'tkazishga asos bo'ladi:

haydovchining og'iz bo'shlig'idan alkogol hidi kelishi;

haydovchi bir holatda to'g'ri tura olmasligi (chayqalib turishi);

haydovchi nutqining buzilganligi;

haydovchi qo'l barmoqlarining qaltirashi;

haydovchi yuz terisi rangining sezilarli o'zgarganligi.

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar ta'siridan mast holatda ekanligini aniqlash uchun tekshiruvdan o'tkazish tartibi

Tekshiruv kamida ikki nafar xolis ishtirokida amalga oshiriladi, DYHXX xodimi tomonidan kuzatuv kamerasi (body camera) dan foydalangan holda amalga oshiriladi.

Tekshiruv o'tkazishda DYHXX xodimi transport vositasi haydovchisi tomonidan chiqarilgan havo namunasini alkotester vositani qo'llash yo'riqnomasiga asosan oladi.

Transport vositasi haydovchisi tomonidan chiqarilgan havodagi etanol bug'lari konsentratsiyasi ko'rsatkichi 0,135 milligramm va undan yuqori bo'lgan hollarda DYHXX xodimi haydovchiga nisbatan alkogolli ichimlik iste'mol qilganligi fakti yuzasidan O'zbekiston Respublikasi Ma'muriy javobgarlik to'g'risidagi kodeksining 131-moddasiga muvofiq ma'muriy bayonnoma rasmiylashtiradi.

Transport vositasi haydovchisi texnik vosita yordamida tekshiruvdan o'tishdan bosh tortgan yoxud unda texnik vosita orqali tekshiruv natijalariga e'tiroz mavjud bo'lgan hollarda DYHXX xodimi transport vositasini boshqarayotgan shaxsning mast holatda ekanligini aniqlash maqsadida tibbiy tekshiruvdan o'tkazish uchun tuman va shahar davolash-profilaktika muassasalariga olib boradi.

Transport vositasi haydovchisi tekshiruvdan o'tishdan bo'yin tovlagan taqdirda DYHXX xodimi unga nisbatan O'zbekiston Respublikasi Ma'muriy javobgarlik to'g'risidagi kodeksining 136-moddasiga muvofiq ma'muriy bayonnoma rasmiylashtiradi.

Texnik vosita yordamida o'tkazilgan tekshiruv natijalariga asosan, transport vositasi haydovchisi alkogolli ichimlik ta'siridan mast holatda ekanligi aniqlanmagan, biroq uning giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligi belgilari mavjud bo'lgan taqdirda shaxs tibbiy tekshiruvga olib borilishi lozim.

Transport vositasi haydovchisining mast holatda ekanligi texnik vosita yordamida yoki tuman va shahar davolash-profilaktika muassasalari xodimlari tomonidan o'tkazilgan tekshiruv natijalari asosida tasdiqlangan taqdirda DYHXX xodimi tomonidan unga nisbatan O'zbekiston Respublikasi Ma'muriy javobgarlik to'g'risidagi kodeksining 131-moddasiga muvofiq ma'muriy bayonnoma rasmiylashtiriladi.

Ma'muriy bayonnomaga tekshiruv alkoester yordamida o'tkazilgan taqdirda tekshiruv natijalari bo'yicha ushbu vositadan chop etilgan ma'lumot, tuman va shahar davolash-profilaktika muassasalari xodimlari tomonidan tibbiy tekshiruv o'tkazilganda esa, tibbiy xulosa ilova qilinadi.

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligini aniqlash uchun tibbiy tekshiruvdan o'tkazish tartibi

Transport vositalari haydovchilarining alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligini aniqlash uchun tibbiy tekshiruv uning shaxsini tasdiqlovchi hujjati (fuqarolik pasporti, haydovchilik guvohnomasi, harbiy bileti va b.) asosida amalga oshiriladi.

Transport vositasi haydovchisining shaxsini tasdiqlovchi hujjati mavjud emasligi uni tibbiy tekshiruvdan o'tkazmaslik uchun asos bo'lmaydi.

Transport vositasi haydovchisining mast holatda ekanligini aniqlash, narkologik dispansyerlarda narkologlar tomonidan yoki sog'liqni saqlash idoralari belgilagan tuman va shahar davolash-profilaktika muassasalarida maxsus tayyorgarlikdan o'tgan shifokorlar tomonidan o'tkaziladi.

Davolash-profilaktika muassasalarida alkogolli mastlik holatida ekanligiga gumon qilingan shaxslar barcha taraflama klinik tekshiruvdan o'tkaziladilar va etanol bug'lari bor-yo'qligini aniqlash maqsadida ulardan faqat chiqarilayotgan nafas havosi namunasi olinadi.

Shaxsning giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligiga gumon paydo bo'lganda mastlik holatini keltirib chiqargan moddani aniqlash maqsadida biologik suyuqliklar (peshob, so'lak) tekshiruvdan o'tkazilishi shart.

Shaxsning alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligi to'g'risidagi tibbiy xulosani chiqarish qonning laborator tekshiruvi natijalari asosida amalga oshiriladi.

Shaxsning alkogol mahsulotini iste'mol qilganligi to'g'risidagi tibbiy xulosa alkogol mahsulotining qondagi konsentratsiyasi 0,3 promille va undan ortiq bo'lgan hollarda chiqariladi.

Biologik suyuqliklar olingan davolash-profilaktika muassasalarida tegishli laborator uskunalari bo'lgan holda, ushbu suyuqliklar tekshiruvi shu

muassasalarda o'tkaziladi yoki sud-tibbiy ekspertizalar xududiy byurolari qoshidagi kimyo-toksikologik laboratoriyalariga tekshiruv uchun yuboriladi. Biologik suyuqliklarning olinishi va namunalarining yetkazilishi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan o'rnatilgan tartibda amalga oshiriladi.

Sud-tibbiy ekspertiza byurolari tomonidan kimyoviy tekshiruv natijalarining dalolatnomasi biologik suyuqliklar olib kelingan vaqtdan yetti kundan kechiktirmay berilishi shart.

Chiqarilayotgan nafas havosi tarkibidagi alkogol miqdorini, insonning biologik suyuqliklari tarkibidagi giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mastlik holatiga olib kelgan boshqa vositalarning miqdori va sifatini aniqlash uchun O'zbekiston Respublikasida qo'llanishga ruxsat etilgan hamda tekshiruvdan o'tgan texnik vositalardan foydalaniladi.

Shaxsning mast holatda ekanligi to'g'risida xulosa chiqarishda biologik suyuqliklarni maxsus laborator tekshiruvdan o'tkazish zarurati tug'ilsa, xulosa tekshiruv natijalari olingandan so'ng chiqariladi va barcha tekshiruv natijalari bayonnomada aks ettiriladi. Laborator tekshirish natijalarining asl nusxasi tekshiruv o'tkazgan mutaxassis imzosi bilan tasdiqlangan holda tibbiy tekshiruv bayonnomasining ikkinchi nusxasi bilan birga saqlanadi. Bayonnomaning birinchi nusxasi tekshiriluvchini olib kelgan mansabdor shaxsga topshiriladi.

Tibbiy tekshiruv natijalarini rasmiylashtirish

Tibbiy tekshiruv natijalari bo'yicha ikki nusxada bayonnoma tuziladi. Bayonnomada tekshiruv sanasi va tartib raqami alkogolli ichimliklar, giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mast holatda ekanligini aniqlash bo'yicha tibbiy tekshiruvdan o'tgan shaxslar hisobini yuritish daftaring tartib raqamiga muvofiq holda ko'rsatiladi.

Bayonnomaning barcha bandlari hech qanday qisqartirish va boshqa o'zgartirishlarsiz to'ldiriladi. Bayonnoma tibbiy tekshiruvni o'tkazgan shifokor tomonidan imzolanadi va tekshiruv o'tkazilgan tibbiyot muassasasining muhri bilan tasdiqlanadi.

O'tkazilgan tibbiy tekshiruv to'g'risidagi ma'lumot maxsus tikilgan, raqamlangan, tibbiyot muassasasi rahbari imzosi va tashkilot muhri bosilgan daftarda qayd etilishi shart.

Daftarning tuzilishi, uni yuritish va saqlash tartibini buzgan shifokor

o'rnatilgan tartibda javobgarlikka tortiladi.

Tekshiriluvchi shaxsning holati to'g'risidagi xulosaning asosi bo'lib, biologik suyuqliklarning va chiqarilayotgan nafas havosi tarkibining laborator tekshiruv natijalari inobatga olingan kompleks tibbiy tekshiruv natijalari hisoblanadi.

Tekshiriluvchi shaxsning tekshiruvdan yoki ayrim tekshiruv turidan bosh tortgan hollarda, shifokor tomonidan daftarga va bayonnomada "tekshiruvdan bosh tortdi" deb yozib qo'yiladi.

Tibbiy tekshiruv asosida xulosa tuziladi, unda tekshiriluvchi shaxsning tekshiruv vaqtidagi holati aniq yoritilishi zarur.

Shifokor xulosa tuzayotganda quyidagi holatlardan birini belgilashi lozim:

- mastlik holati aniqlanmadi;
- alkogolli mastlik holati aniqlandi;
- giyohvandlik vositalari ta'siridan yoki o'zgacha tarzda mastlik holati aniqlandi (bu holatda aniqlangan modda ko'rsatilishi shart va xulosa faqat moddaning aniq haqqoniy laborator ta'rifi bo'lgandagina chiqariladi);
- salomatlik holati bo'yicha yuqori xavf manbai bor ishlardan chetlatishni talab etuvchi funksional holatning buzilishlari mavjud.

Tibbiy tekshiruvdan o'tkazish natijalari to'g'risidagi xulosa tekshiruvdan o'tkazilgan shaxsga uni olib kelgan DYHXX xodimi oldida tanishtiriladi.

Tekshiriluvchida xulosaga nisbatan e'tirozlar mavjud bo'lgan hollarda u boshqa tibbiyot muassasasida qayta tibbiy tekshiruvdan o'tkazilishini talab qilishga haqli. Bunda qayta tibbiy tekshiruvdan o'tkazish mastlik alomatlari aniqlangan yoki yo'l-transport hodisasi sodir etilgan vaqtdan e'tiboran ikki soat ichida boshqa yaqin masofada joylashgan tibbiyot muassasasida amalga oshirilishi lozim. Ushbu qayta tekshiruvga tekshiriluvchi DYHXX xodimi bilan birgalikda yetkaziladi.

Yakuniy qoidalar

O'zbekiston Respublikasi yurisdiksiyasida daxlsizlik huquqiga ega bo'lgan shaxslarni tibbiy tekshiruvdan o'tkazish zarurati yuzaga kelgan hollarda, faqatgina ularning roziligi bilan asoslarga ko'ra, tekshiruvdan o'tkaziladi.

Mastlik holatini aniqlash bo'yicha tibbiy tekshiruvdan o'tkazilganlik to'g'risidagi

__ son BAYONNOMA

20 __ y. " ____ " _____

Familiyasi, ismi, otasining ismi

Yoshi (tug'ilgan yili)

Qayerda va kim bo'lib ishlaydi

Kim tomonidan va qachon (aniq vaqti) tekshirishga yuborilgan __

Tekshiruv o'tkazilgan kun va aniq vaqt

Kim tomonidan tekshirilgan (shifokor)

Tekshirilish sababi: transport boshqarayotganlik vaqtida mastlik holatiga gumon, tibbiy yordam ko'rsatish va boshqa holatlarda tekshirish (sababi ko'rsatilsin)

Tekshiriluvchining tashqi ko'rinishi: kiyimlari holati, teri qoplami, jarohat (yaralanish, lat yeyish va boshqalar)

O'zini tutishi: zo'riqqan, indamas, ta'sirchan, qo'zg'aluvchan, jahldor, eyforik holatda, ezma, mijg'ov, kayfiyati o'zgaruvchan, uyqusiragan, o'z holatidan shikoyat qiladi (aynan nimaga)

Es-hush holati, turgan joyiga, vaqtga va o'z shaxsiga bo'lgan mo'ljali

Nutq qobiliyati: fikrlarning bog'liqligi, artikulatsiyaning buzilishi, so'zlarni noaniq talaffuz qiladi va boshqalar

Vegetativ qon-tomir reaksiyalari: (teri qoplamlari holati, ko'z shilliq pardasi, til, terlash, uyquchanlik)

Narkologiya asoslari

Nafas olishi: tezlashgan, sekinlashgan

Puls _____ Qon bosimi _____

Ko'z qorachig'lari: toraygan, kengaygan, yorug'likka reaksiyasi

Tomonlarga qaraganda nistagm

Harakat doirasi

Mimikasi: bo'shashgan, jonlangan

Qadam bosishi: (gandiraklangan, oyoqlarini har tomonga tashlab yuradi)

koordinator sinamalar: tez burilishlar bilan yurish (burilishlarda gandiraklash)

Tashen sinamasi

Romberg holatida sinama (oddiy va murakkablashtirilgan)

**A.S. VELILYAYEVA, U.U. OCHILOV
B.T. TO'RAYEV, R.B. XAYATOV**

NARKOLOGIYA ASOSLARI

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: 676-687

ИЗДАТЕЛЬСТВО “ТИББИЙОТ КО'ZGUSI”

Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА

Корректор — Олим РАХИМОВ

Технический редактор — Алишер РАХМАТОВ

Дизайн и верстка — Шахбоз МУСТАФАЕВ

Отпечатано в типографии “ТИББИЙОТ КО'ZGUSI” 140100.

г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.

Подписано в печать 25.11.2020 Протокол 4

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6.98

Тираж: 500 экз. Заказ № 83-2021

Тел/факс: 0(366)2335415 e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

