

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ
САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**АНДИЖОН ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**



**ГЕРОИЛИ ГИЁХВАНДЛИК
(Услубий курсатмалар)**

ГЕРОИНЛИ ГИЁХВАНДЛИК

Р Е Ж А:

1. Кириш.
2. Опиоидли тобеллик.
3. Эпидемиологияси.
4. Патогенези.
5. Клиникаси.
6. Абстиненцияни клиникаси.
7. Дифференциал диагнози.
8. Даволаш.

Гиёхвандлик - бу кайф килувчи моддаларга урганиб қолишидир. Охирида касаллик шахс деградацияси ва ногиронликка олиб келади.

Гиёхвандлик купдан бери маълумдир. Масалан, опийга ухшаган моддаларнинг кайф килувчи таъсири тугрисида Шаркий Уртаерденгиздаги халklar бизнинг эрамиздан олдин 2 мингчи йилда билар эдилар.

Жанубий Осиёга опий экинини бизнинг эрамиздан олдин биринчи асрида Искандар Зулкарнайнинг (Александр Македонский) лашкарлари олиб келган. XVIII асрида эса опий Хиндистондан Шаркий-Жанубий Осиёга таркалди. Аста секин опий Европа давлатларида пайдо бўляпти. XX асрининг охирида опий гиёхванд модда сифатида жуда кенг таркалиб кетган.

Аввал опий ва унинг моддалари тинчлантирувчи таъсири хисобига оз микдорда факат тиббиётда ишлатилган эди. Кейин эса аста-секин опий суиистеъмол қилиш натижасида гиёхвандликни ривожланишига олиб келди. Гиёхванд моддаларнинг сотилишидан катта даромадлари уларнинг кенг таркалишини куллаб-қувватлайди.

ОПИОИДЛИ ТОБЕЛЛИК

Опиоидлар, ёки опий моддалари, рухий ва жисмоний тобелликка олиб келади. Асосий модда опиум, кук нори сувидан олинади. Опийдан 20га якин хар хил алкалоидлар олинади ва улар табиий шаклда булишади, шу жумладан, морфий ва героин хам. Опиоидларнинг антагонистлари, яъни опий таъсирини тухтатиб куйган сунний моддаларга: налорфан, налексин, апоморфин каби моддалар киради.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Опийли гиёхвандлик хар хил турларидан героинли гиёхвандлик энг кенг тури деб хисобланади. Героинли гиёхвандликни таркалиши 70чи йилларнинг уртасидан бошлаб 80чи йилларнинг бошида авж булган. 1981-1983 йилларида утказилган психиатриядаги эпидемиологик текширишлари куйидаги маълумотларга олиб келишди: катталар аҳолининг 0,7%да хаётнинг айрим пайтларида опиоидли гиёхвандликнинг диагностик белгилари ёки тобеллик кузатилади. Эркактар аёлларга нисбатан купрок касал булишади, яъни 3:1 тугри келади, купчиликнинг ёши уттиз ёшнинг боши ёки уртасидир, гиёхванд моддани суистеъмол килишнинг бошланиши эса - успиринлик пайтини охирига ёки 20 ёшга тугри келади. Героинли гиёхвандлик билан хасталанган инсонлар, организмдаги талабини кондириш учун, жуда катта пулларни сарфлашади, шулардан купи жиноий йулар билан топилади.

ПАТОГЕНЕЗ

Гиёхвандликнинг патогенези жуда мурракаб. Бошлангич боскичларда бош мия пустлоги, гипоталамус, ретикуляр формациясидаги нейронларнинг реакцияси бузилади деб тахмин килинади. Героин дендритларнинг функционал холатига таъсир килади ва шу натижада бош миянинг интегратив ваэнг охирги функцияси бузилади. Синапс ва нейронро алокалар хам бузилиб кетади.

Касаллигининг сурункали, яъни кечки боскичида бош миядаги нейронларнинг рецептив имкониятлари бузилади. Гиёхванд моддага «урганиб колиши» ва абстиненцияни шаклланиши адренергик ва холинергик медиаторлар ёрдамида булади. Гиёхванд модданинг таъсирида биогенли аминларнинг метаболизми хам узгаради, улар эса хулк атвордаги ва фармакологик таъсуротларини бавоситаифодалашади.

Гиёхванд моддалар купрок биогенли аминлар, яъни дофамин, норадреналин, серетонин каби медиаторларга ва бош мияда асосий ролини эгаллаган системаларга таъсир этишади. Опиоидлар уз таъсирларини опиоидли рецепторлар деб номланган специфик богловчи звенолар оркали амалга оширишади. 1974 йилда опиятсимон таъсирига эга булган эндогенли фактор ажратилган. Бу факторнинг номи пентапептил, ёки энкефалин. Унинг айрим турлари бош миядан ажратилган ва уларга эндоферминлар деб номи берилган.

Морфин гурухдаги моддаларга тобелликни шаклланишида бу моддаларнинг бош миядаги опиятли рецепторлар ва уларнинг эндогенли лигандофаларнинг (эндоморфин ва энкефалинлар) системаларига таъсири катта рол уйнайди. Опиятли рецепторлар факат асаб тукималарда учрайди ва денервация булгандагина йуколиб кетишади. Опиятли рецепторлар асосан огрик сезувчанлигини утказиётган йулар олдида жойланган. Опиятли рецепторлар хар хил турларида булишади. Опиятлар эса шу хар хил опиятли рецепторларни сезишади ва хар бир опиятли рецептор факатгина айрим миядаги медиаторларни сезишади. Бу медиаторнинг номи энкефалин. Энкефалин морфиннинг айрим эффектларини чакириши мумкин.

КЛИНИКАСИ

Героинга урганиб қолиши тезда ривожланади. Модданинг оз миқдорини қабул қилгандан кейин (5-10 мг) аналгезия, уйқучанлик, кайфиятни узғариши ва идрокни бузилиши кузатилади.

Гиёҳванд модданинг таъсирини тадрижийлиги қуйидагича: моддани истеъмол қилгандан кейин 20-30 дақиқа ўтгандан кейин беморнинг орқасида иссиқлик тулкини ўтади, юз соҳасида, яъни бурун, пешона, жағи, бўйнида қичишлар сезилади. Куз қорачоклари қискаради, оғзи қурийди, давомли ҳаракатларнинг сусайиши кузатилади, бемор узининг жисмоний кечинмалари билан банд бўлади, фикрлари худди узининг кечинмаларида қотиб қолгандей бўлиб қолади, онги қискаради. Бу давр 5-7 дақиқа давом этади. Кейин эса беморда умумий тинчланиш, ёқимли иссиқлик ва оёғларида ю бутун танасида оғирлашув сезилади. Иллюзорли қурувлар пайдо бўлади. Деворда, шипда, гиломдаги гулларида ҳар хил ажойиб қурувлар, ёқимли манзаралар қуринади. Ташки қузғатувчиларга бемор эътибор бермайди. Кейин эса қупчидикда 3-4 соатли уйқу кузатилади. Айримларда ухлашдан кейин ёмон тушқун кайфият, умумий дискомфорт бўлади. Айрим беморларда эса 10-30 дақиқада мобайнида кузатиладиган эйфория пайдо бўлади. Томирга истеъмол қилган наркоманларда гиёҳванд модда дарров бош миёга етиб боради ва шунинг учун уларда ўта роҳатли, оргазмга ухшаган, кечимлар пайдо бўлишади, («кайф»деб номланади). Бундан кейин седативли эффект кузатилади (бу ҳолатни наркоманлар «уйқучанликка кетиш деб номлашади»). Ажойиб, героин таъсирида аналгезия ривожланади. Оғрикларнинг характери ўзгаради ва беморлар оғрикни сезмай қолишади.

Героин морфийга нисбатан, икки баровар қучлироқ эйфория ва ўта роҳатли кечинмаларни чақиради.

Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш давомлигига қараб, эйфория таъсири пасайиб қолади, кейин эса организмнинг химоя реакциялари йуқолиб кетади. Толерантлиги ўзғариб қолади истеъмол қилиши эса систематик равишда бўлади. Аста секин аввал героинга рухий, кейин эса жисмоний тобеллик шаклланади ва тухтата олмайдиган майл ва абстинент синдром пайдо бўлади.

Героинди биринчи истеъмол қилишлари хотирасида сакланади, агарда улар такрорланса бунда трансформация пайдоо бўлади. Бу давр, истеъмол қилиш усули (ичига, томирга, мушакга), олий асаб фаолиятнинг тури қараб, бир неча ҳафтадан бир неча ойгача давом этади. Гиёҳванд моддани қабул қилиш бир маротабали ва ҳар сафарда улар юқоридаги ҳолатлар билан характерланади. Бу давр қасалликдан олдин бўлган ҳолатини аниқлаш, диспансер ўқётига олиш ва профилактик тадбирларни ўтказиш учун жуда аҳамиятли деб ҳисобланади.

Гиёҳвандликни ривожланиш динамикасида шартли 3 босқич ажратилади: бошланғич ёки I – адаптация даври (организмни реактивлигини ўзғариши ва рухий тобеллигини пайдо бўлиши); сурункали, ёки II – жисмоний тобеллигини шаклланишини тугаши (абстиненция даври, айрим пайтларида психозлар ва полинаркоманиялар ривожланади); кечки, ёки III – организмдаги бутун системалари озиб кетади (толерантлигини, умумий организмни реактивлигини, рухий, соматогенли, неврологик, қузилиб кетган абстиненция, ақл заифликни ривожланиши).

Бошланғич босқич гиёҳванд моддани мунтазам равишда истеъмол қилиши билан характерланади, модданинг миқдори тезда ўсиб боради (толерантлигини ўсиб бориши).

Героинди ўлдирадиган миқдор 0,3-0,5 гр тугри келади. Наркоманларда юз миллиграмларгача миқдорини ўсиб бориши тезда ривожланади. Моддани таъсир этиш пайтидаги кечинмалари ўша, яъни рухий дегенеративли стигмаларни комплекси. Худди шу вақтда соматик кечинмаларни комплекси кузатилади –

огзидаги куруклиги, кичишлар, исиклик, танасидаги, оёқларидаги огир сезишлар, уйку бузилишлари. Коз корачоклар кискаради, юрак кон-томир система томонидан хар хил кечинмалар кузатилади, иштахаси пасайяди, ичи котиб қолади. Ута рохатли тинчланиш кечинмаларни, келиб чиккан нарсаларнинг иллюзорлиги билан гиёхванд моддани янада истеъмол килиб тухтата олмайдиган майллиги билан рухий тобеллигидаги синдром тезда ривожланади. Бошлангич боскичнинг давомлиги 2-3 ойдан 6-8 ойгача.

Сурункали боскич гиёхванд моддани систематик, мунтазам равишда истеъмол килиши билан характерланади. Кабул килинган гиёхванд моддани микдори янади ошиб кетади ёки узининг чуққисига етади (5000 мг). Наркоманлар узининг энг катта микдорларини, кундаги микдорларини билишади, ва ҳеч қачон ундан ортикларига утиб кетишмайдилар, шунинг учун уларда ҳеч қачон захарланишлар бўлмайди. Бу боскичда рухий тобеллик аниқ қуринади, наркоман гиёхванд моддадан туролмайди. Бошлангич боскичда эйфория, кейин эса тинчланиш ва бушашлик кузатилганлар бўлса, бу боскичда наркоманлар сусайган, ҳаракатсиз, гиёхванд моддани истеъмол қилгандан кейин эса ҳаракатчанг, фаолиятли, иш қобилиятлигини қутарилган. Бу ҳолат рухий ва моторли ҳаракатларини қутарилиши билан маниакал ҳолатга ухшаб кетади. Наркоманлар хар хил йуллар билан олдинги ҳолатни қайтариш учун ҳаракат қилишади – истеъмол қилган модданинг микдорини қутаришади. Аста секин абстиненция шаклланади. Бу боскични давомлиги 5-10 йил.

Кечки боскич. Бу пайтда олдинги микдоридан 1/3 бароварга толерантлиги пасайяди. Наркоман гиёхванд моддасиз актив фаолиятини бутунлай йукотади, айниқса меҳнатидаги, у қучсиз, ташубуссиз. Наркоман ҳолатини таърифлайдиган асосий синдром, боғланган ҳолат эмас (обсессия), абстиненциядир, чунки хар 8-12 соатдан кейин бемор гиёхванд моддани кабул қилмаса, унда абстиненция пайдо бўлади ва бунда хар хил соматовегетативли психоневрологические симптомлар кузатилади: қуз ёшларни қикиши, эснаш, тер ажратиш, қуларнинг қалтираши, титираш, қуз қорачокларни қенгайиши, қунгил айниши, қушиш, тана қароратини қутарилиши, нафас олишни тезлашиши, мушаклардаги қучли оғриқлар, организмни сувсизлиги, озишлар, уйку бузилишлари, ваҳима, улимдан қурқиш, қайфиятни бузилиши.

Касалликнинг кечки боскичда абстиненция бошқача бўлади. Йутал, қуз ёшларни ажралиши, ичи қелишини бузилиши, айниқса биринчи 3-5 кунда. Мушаклар тонуси қутарилган, лекин ута қучли оғриқлар йук, ута қуринадиган дискомфорт бор. Артериал гипотензия, брадикардия, Шу натижада қоллапс ҳолатини ривожланиш ҳавфлиги қутарилган, умумий ҳаётий тонуси ва қайфият пасайган. Беморлар сусайган, ҳаракатсиз. Бутун ҳулқ атвори гамгин билан таърифланади. Сурункали боскичда ута қуринадиган абстиненция 5-7 кун давом этади. Кечки боскичда абстиненцияни давомлиги бундан ҳам давомли, астения узок қузатилади, 3-4 ойгача.

Наркоманлар, асосан озгин бўлишади, терлари ер рангдака. Уларда соқлари эрта туқилиб ва оқариб қолади, тирноқлари, тишлари салга синадиган бўлади, тромбозлар қузатилади, қучилиқда юрак етишмовчилиги, қигар қасаллиги қузатилади. Гиёхванд моддани қиритган қойларида – оёқларида, оёқларида қандиқлар қуринади (инъекциялардан).

Кечки боскичдаги наркоманлар ҳуқуқни бузган ҳаракатларни қилишлари мумкин. Улар доим гиёхванд моддаларни топиш учун угирлиққа тушишади ёки бошқа қиноят ишларини қилишади. Бу ҳаракатлар абстиненция ҳолатида қилинади.

АБСТИНЕНЦИЯНИ КЛИНИКАСИ

Героинли наркоманлар героинди юз миллиграмларни, толерантли наркоманлар эса 5000 мггача гиёхванд моддани истеъмол қилишлари мумкин. Толерантлиги паст бўлган беморларда улим 60 мг микдордан бўлиши мумкин. Героинли абстинент синдром охири

микдорни истеъмом килгандан кейин 6-8 соат утгач ривожланади, купинча мунтазам равишда 1-2 хафта мобайнида гиёхванд модда истеъмомд килинса, шу натижада абстинент синдром ривожланади. Бу синдром узининг максимал даражасига 2 ёки 3 кунларга етади ва 7-10 кун давом этади.

Абстиненция симптомларни диагностик белгилари: хлук атвордаги, гиёхванд моддани истеъмом килиш учун ута кучли майл, уйкусизлик, кузгалувчанлик, айрим пайтларида беморлар кулларни кутаришади; соматик - тер ажратиши, истимани кутарилиши, мидриаз, пилоэрекция, кунгил айниш ва кусиш, юрак кон-томирдаги узгарувчанлиги, гипертензия, тахикардия; абдоминал спазмлар, катта тутканок туридаги талвасалар.

Антагонист таъсири билан тезлашган абстиненция, гиёхванд моддани давомли кабул килишидан кейин ута огир булиши мумкин. Агарда бирор бир соматик касаллик билан огриманган булса наркоманлар камдан кам абстиненциядан вафот этишади. Абстиненция синдроми мобайнида героинди битта микдори абстиненцияни пасайтиради.

Опиоидли синдромни белгилари:

А. Прекращение длительного умеренного или сильного употребления опиоидов или снижение количества потребляемого опиоида, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков:

1. опиоидни кабал килиш учун ута кучли майл
2. кунгил айниш ва кусиш
3. мушаклардаги огриклар
4. ёшларни пайдо булиши ва бурунди битиши
5. куз корачокларни кенгайиши, пилоэрекция тер ажралиши
6. диарея
7. эснаш
8. тана хароратини кутарилиши
9. уйкусизлик

В. Бирор бир рухий бузилиш ва соматик касаллик билан алокасизлиги.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС

Героинли гиёхвандликни сурункали алкоголизм билан наshawандлик ва кокаинли гиёхвандлик билан дифференциация утказиш керак.

Алкоголизмда клиникаси бошкacha булади: кузгалувчанлик фазаси (эйфория, паришонлик, куп гапиради), жабр-зулм фазаси (рухий жараёнлар секинлашади, айрим пайтларида кома холати кузатилиши мумкин); наshawандликда – маст булишда 4 фаза кузатилади: кузгалувчанлик фазаси, узгарган холат фазаси, экстаз фазаси, уйку фазаси; кокаинли гиёхвандликда – 3 фаза ажратилади: ута кутарилган харакатчанлик билан эйфория, ута кутарилган мушак кучи, онгнинг бузилган холати (куп рангли, кизил, яшил ва кора рангга буялган, микроскопик, доим харакатда булган тасвирли, курув ва тактил галлюцинациялар, айрим пайтларида терининг остида жойланадилар); охирги фаза-сомноленция.

Героинли гиёхвандликда героинди истеъмом килиб 20-30 сониядан кейин исик тулкин сезилади, куз корачоклар тораяди, давомли харакатсизлик кузатилади, 5-7 дакикадан кейин умумий тинчланиш, бутун танасида ёкимли исиклик кузатилади, иллюзорли курувлар пайдо булади, кейин эса уйку бошланади.

Тобелликни пайдо булиш даври хар хил: алкоголизмда бу давр уртача 5 йил давом этади, наshawандликда – гиёхванд моддадан тобеллик камрок кузатилади, кокаинли гиёхвандликда – тобеллик боскичи характерли эмас, героинли гиёхвандликдабу боскич 2 хафта мобайнида шаклланади.

Абстиненция хар хил кузатилади: алкоголизмда – уйку бузилиши, куп терлаш, иштахани пасайиши, калтирашлар, огзи курук, хиссиётли бузилишлар, кокаинли гиёхвандликда – абстинентли синдром ута

куринмайди. Бурундаги шиллик каватлари куриган, куз корачоклар кенгайган ва шу натижада куриши пасайган, А/Б пасайган, бош огриги орка соҳасида жойлашган, айрим пайтларда кайфияти пасайган ва беморда суикасд фикрлар пайдо булади; героинли гиёхвандликда – уйкусизлик, кузгалувчанлик, куп терлаш, мидриаз, кунгил айнаши ва кушиш, гипертензия, тахикардия, мушакдаги огриклар, эснаш, тана хароратини кутарилиши, диарея, гиёхванд моддани кабул килиш учун майллиги, героинли абстинент синдром 7-10 кун давом этади.

ДАВОЛАШ

Гиёхвандликни асосий даволаш усули – боскичдаги даволаши.

1. Дастлабки боскич – наркотик моддани истеъмол килиш тухтатиши билан бирга утказилаётган дезинтоксикацион, умумий кувватловчи, рағбатлантирувчи даволаш;

2. Гиёхванд моддага қарши булган асосий актив даволаш.

3. Кувватловчи даволаш.

Биринчи боскичда стационардаги даволаш абстинент белгиларини йукотиш ва бузилган фнукцияларни тиклашга йуналтирилган. Абстинент ҳолатни даволаш схемасига қуйидаги дорилар қиради:

- 1) Sol. Calcii chloridi 10% -10 мл + sol. Glucosae 40% - 10 мл т\и ҳар куни, 10-15 маротаба қуйилади ёки Sol. Natrii thiosulfatis + sol. Glucosae 40%-10,0 10-15 маротаба қуйилади.
- 2) Sol. Magnesii sulfatis 25% - 5-10 мл м\о ҳар куни (10-15 маротаба қуйилади ёки sol. Unithioli 5%-5-10 мл м\о ҳар куни (10-15 маротаба қуйилади.
- 3) Sol. vit. B₁ 5%-3-4 мл м\о
- 4) Sol. vit. B₆ -4-6 мл (абстиненция чуққисида 10 млгача қуйилиши мумкин) м\о.
- 5) Sol. vit. B₁₂ 0,02%- 1 м\о.
- 6) Sol. vit. C 5%-3-5 мл м\о.
- 7) Sol. vit. PP 1%-1-2 т\о битта курсга 10-15 инъекция қилинади.

Огир ҳолатларда Hemodezi 40,0 мл т\и томчилаб қилинади.

Ички органларда огрикларни йукотиш учун аналгетиклар ишлатилади: sol. Analgini 50%-2,0 мл м\о, Baralgyini 2-5 мл т\и ёки м\о, ёки т\и томчилаб sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 эритмасида. Ута қучли огрик синдроми билан булган беморларга биринчи 4 кун давомида трамал бир кунда 0,4 мггача берилиши мумкин. Кейинги кунларда микдори аста-секин пасайтирилади.

Спазмолитиклар: No-chpa 0,04 г. ичига ёки 2 мл 2% эритма м\о, sol. Papaverini 2%-2,0 м\о ёки т\и.

Қайфият бузилишларда антидепрессантлар берилади: Sol. Amytriptilini 1,25%-1,0-2,0 мл м\о (бир кунда 100-200 мг), tab. Pyrazidoli 25 мг per os (бир кунда 100-200 мг). Антидепрессантларди нейролептиклар билан бирга беришади: sol. Tisercini 2,5%-2,0 м\о. Sol. Haloperidoli 0,5%-1,0 м\о.

Охирги йилларда абстиненцияни даволаш учун ҳар хил транквилизаторлар берилади: sol. Seduxeni – 2,0 м\о ёки т\и, sol. Eleniumi 1,0 м\о ёки т\и 40-50 мг, tab. Phenazepam 5-8 мг ичига.

Қурқув-вахимали ҳолатларда, қурқувларда, уйқу бузилишларда, вегетативли бузилишларда элениум, сибазон берилади. Сибазон 5-15 мг микдорида берилади, энг катта микдор 60 мг. Бундан ташқари, сибазон 2-3 кундан кейин аффе́кт силкитлигини пасайишига олиб келади, қурқувни, қутарилган кузгалувчанликни, гиёхванд моддага мойиллигини пасайтиради.

Абстиненцияни пирроксан яхши даволайди. Пирроксан жуда тез ёқимсиз симптомларни пасайтиради – уйкусизлик, гиёхванд моддага майиллиги. Дори т\и, м\о, ичига берилади. А/Б назорат қилиб 90-180 мг бошлашади. Даволаш давомлиги 5-7 кун.

Кузгалувчанлик, уйкусизлик, зур берилишда 5-7 кун давомида қунига 1-2 маротаба sol. Aminazini 2,5%-1-3 мл м\о ёки т\и жунатилади.

Героинли гиёхвандликни купинча холинолитик ва кураресимон моддалар билан даволашарди. Охирги йилларда абстиненцияни делирий ва карахтлик ҳолатларни чакирувчи микдорларида атропинди ишлатишади. Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 6-8 мл. Атропинли делирий ёки карахтлик ҳолатларни эса эзарин билан даволашади (sol. Eserini 0,1%- 2,0 мл тер остига ҳар ярим соатда бутунлай делириозли бузилишларни йуқолишигача).

Агарда эзеринди жунатганда А/Д тушиб кетса sol. Cofeini benzoais 20%-2,0 т\о ва sol. Glucosae 40%-20,0 томирга килинади. Уйкуси бузилганда эса 5- мг аминазин ёки тизерцин мушак орасига ва 2 мл кордиамин килинади.

Атропинли делирийдан кейин бир неча кун мобайнида астения кузатилади. Гиёхванд моддани истеъмол килиш учун хохиши ёки пасайиб қолади, ёки бутунлай уйқолиб кетади. Абстиненция белгилари бутунлай йуқолиб кетмаса, юқори микдорларида яна атропин килинади. Атропинокоматозли терапиядан кейин эса пироксан, феназепам, папаверин, кечкурунга оёқларига иссик ванна килинади.

Ф.Г. Гофман ва Е.С. Лешаков героинли абстиненцияни амитриптилин билан даволашини таклиф қилишди (60 мг амитриптилин томирга жунатилади). Ривожланган делирий ҳолати эса тезда эзерин билан даволанади.

Жуда кенг сульфозин ҳам ишлатилади (5,0 дан 10,0 мл гача кунига бир маротаба 2-4 кун мобайнида килинади (5-6 инъекция)), пирогенал (250-1000 МД) 1-2 кундан кейин (6-8 инъекция).

Гиёхвандликни биринчи даволаш босқичи 3-4 ҳафта давом этади, лекин астения билан булган беморлар стационарда булиши қадар даволанадилар.

Даволашнинг иккинчи босқичи эса актив ва симптоматик терапиядан иборат. Асосий даволаш усули психотерапиядир. Асосан гипноз утказилади ва беморда гиёхванд моддага салбий рефлекс шаклланади, иродаси кучаяди, актив соғломлашишга ишонч ҳосил булади.

Медикаментозли терапия: sol. Magnesii sulfatis 25%-10,0 мл томирга, sol. Aromorphini 0,5%-0,1-0,2 тер остига килинади. Айниқса пираретам керакли модда деб ҳисобланади – 2-4-6 г. в сутки.

Физиотерапевтиядаги усуллар: ванна, гальванизация, электрофорез, д-Арсонваль тоқлари, парафиндаги аппликациялар, ультрафиолетли нурлар билан даволаш, электроуйку (10-15дан 20-30гача 1-2 соат мобайнидаги сеанслар утказилади).

Иккинчи босқичда иш билан даволаш утказилади (трудотерапия).

Даволашнинг учинчи юосқичи – кувватловчи терапиядир (5 йил мобайнида утказилади). Бу даврда беморлар албатта наркологик кабинетда учётда туриш керак. Бу пайтда албатта психотерапевтик, шартли – рефлексор, умумий кувватловчи даволашлар олиб борилади.

АДАБИЁТЛАР:

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. Москва. «Медицина», 1979 г. – 187 с.;
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1999 г.;
3. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976 – 325 с.;
4. Брайтиган В. «Психосоматическая медицина» МОСКВА 1999 г.
5. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Санкт-Петербург (Москва, Харьков, Минск): Питер – 1998 – 311 с.;
6. «Клиническая психиатрия». Под ред. Т. Б. Дмитриевой. МОСКВА 1998 г.
7. Зейгарник Б.В., Николаева В.Р., Лебединский В.В. Практикум по патопсихологии. М.: Медицина, 1987;
8. Иванов П.И. Общая психология. Ташкент. Укитувчи, 1964 – 544 с.;
9. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Москва, 1999 г.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982 – 270 с.;
11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мерилов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии (учебное пособие). М.: Медицина, 1986 – 182 с.;
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство московского университета, 1974 – 374 с.;
13. Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В./ М.: Медицина, 1985, Т. 1, 2;
14. Мурталибов Ш.А. Справочник по психиатрии. Ташкент, 1998 – 249 с.;
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (практическое руководство). М.: Медицина, 1970 – 215 с.;
16. Руководство по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. / М.: Медицина, 1983. Т. 1, 2;
17. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985 – 410 с.;
18. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Ташкент, 1995;
19. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999 –
20. Шейдер Р. «Психиатрия» МОСКВА 1998 г.
21. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997 – 721 с.