



# **T43.0-T43.9 ГУРУҲИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ**

**(АНТИДЕПРЕССАНТЛАР, НЕЙРОЛЕПТИКЛАР,  
ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАР ВА НОРМОМИМЕТИК  
ДОРИ ВОСИТАЛАР)**

**Шифокорлар учун қўлланма  
(клиник протоколлар)**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЙ ҲОДИМЛАРНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўз Р ССВ Фан ва таълим  
бошқармаси бошлиғи  
У.С. Исмаилов



2023 йил «30» январь  
№ 1 баённома

«КЕЛИШИЛДИ»

Ўз Р ССВ Тиббий таълимни  
ривожлантириш маркази  
директори



Д.С. Тўхтасинова  
2023 йил «24» январь  
№ 1 баённома

**Т43.0-Т43.9 ГУРУҲИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР  
ЗАҲАРЛАНИШ  
(АНТИДЕПРЕССАНТЛАР, НЕЙРОЛЕПТИКЛАР,  
ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАР ВА НОРМОМИМЕТИК ДОРИ  
ВОСИТАЛАР)**

Шифокорлар учун қўлланма  
(клиник протоколлар)

Тиббиёт фанлари доктори, профессор  
Р.Н. Аккалаев  
умумий таҳрири остида

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING  
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH  
MARKAZI TOMONIDAN  
RO'YHATGA OLINDI

№ 1 30.01.2023

SamDTU  
axborot-resurs markazi

«Complex Print» Нашриёти  
Тошкент 2023



**THE WORLD BANK**

IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

*Ушбу қўлланма Жаҳон банкининг  
"Шошлинч тиббий ёрдамни  
такомиллаштириш" Лойиҳасининг  
молиявий кўмаги билан нашр этилган.*

*Данное руководство издается при  
финансовой поддержке Проекта  
Всемирного банка "Совершенствование  
служб экстренной медицинской  
помощи".*

*This guide is published with the  
financial support of the World Bank Project  
"Improving Emergency Medical Services"*

УЎК 615.214.32(075.8)

616.89

КБК 52.84я73

Т 11

Т43.0-Т43.9 гурухи дори воситаларидан ўткир захарланиш (антидепрессантлар, нейрорептиклар, психостимуляторлар ва нормомиметик дори воситалар) [Матн] : қўлланма / Р.Н. Акалаев, И.П. Миннуллин [ва бошқ.] .-Тошкент: "Complex Print", 2023.-136 б.

**ИШЛАБ ЧИҚАРУВЧИ МУАССАСАЛАР:**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ:**

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ (РШТЎИМ)

ТИББИЙ ХОДИМЛАРНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ (ТХКМРМ)

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

**РОССИЯ ФЕДЕРАЦИЯСИ:**

АКАДЕМИК И.П. ПАВЛОВ НОМИДАГИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ ДАВЛАТ 1-ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

«И.И. ЖАНЕЛИДЗЕ НОМИДАГИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ ТЕЗ ЁРДАМ ИЛМИЙ-ТЕКШИРИШ

ИНСТИТУТИ» ДАВЛАТ БЮДЖЕТ МУАССАСАСИ

Н.В. СКЛИФОВСКИЙ НОМИДАГИ ТЕЗ ЁРДАМ ИЛМИЙ-ТЕКШИРИШ ИНСТИТУТИ. МОСКВА.

**Муаллифлар:**

Р.Н. Акалаев, И.П. Миннуллин, А.Н. Лодягин,

А.А. Стопницкий, М.М. Матлубов, Б.В. Батоцыренов,

Х.Ш. Хожиев, Асанова Л.Р.;

Г.Б. Шоумаров, А.А. Акалаева, Р.Х. Хонбабаева (7 боб).

**Такризчилар:**

**Юлдашев З.О.** – Тошкент фармацевтика институти токсикологик кимё кафедраси профессори, фармакология фанлари доктори.

**Шарипова В.Х.** – РШТЎИМ анестезиология-реаниматология бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Ўқув қўлланмаси РШТЎИМ Илмий Кенгашининг йиғилишида тасдиқланган, 2022 йил 24 ноябрда 3-сонли баённома.

Қўлланмада психотроп дори воситалари билан захарланишнинг этиологияси, патогенези, клиник кўриниши ва дифференциал диагностикаси (КХТ-10 бўйича Т43 гурухига кирувчи антипсихотик, антидепрессант, психостимулятор, нормотимик ва ноотроп дорилар), уларни даволашнинг асосий тамойиллари ҳамда ўз жонига қасд қилиш ниятида ушбу дори воситаларини қасддан қўллаш хусусиятларини ҳам кўриб чиқади.

Ушбу қўлланма токсикологлар, анестезиолог-реаниматолог, психиатр-нарколог, терапевт, тез тиббий ёрдам ва шошилинч тиббий ёрдам шифокорлари, суд-тиббиёт экспертлари, шунингдек, илмий изланувчилар, аспирантлар, ординатор, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг юқори курс талабалари ва малака ошириш шифокорлари учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-9043-1-6

© Издательство «COMPLEX PRINT», 2023

“Дори борки, захри бор.  
“Шифоси миқдор ва тайинлашнинг тўғрилигига боғлиқ”.  
Ўрта асрларда яшаган Парацельснинг ушбу иборалари бугунги кунда  
ҳам ўз маъносини йўқотмади!

## АННОТАЦИЯ

Кўпчилик мамлакатларда учраётган токсикологик вазият сингари, Ўзбекистон Республикасида ва Россия Федерациясида ҳам ушбу вазият антидепрессантлар, нейролептиклар, психостимулятор воситаларининг кўплаб истеъмол қилиниши ҳамда ўз йўлида мазкур дори воситаларидан ўткир захарланишларнинг ўсиб бориши билан изоҳланади.

Бу дори воситалари 10-КХТ бўйича асосий фармакологик психотроп дори воситалари Т43 гуруҳининг бир қисми - “Бошқа рубрикаларда таснифланмаган психотроп воситалардан ўткир захарланиш” ҳисобланади.

Россия Федерацияси ва Ўзбекистон Республикасининг токсикологик марказлари ва бўлимларининг маълумотларига қараганда, Т43 психотроп гуруҳи дори воситаларидан захарланиш алкоғолдан захарланиш (34,7%) ва Т42 гуруҳи медикаментлардан захарланишлардан (9,8%) кейин ўткир захарланишлар структурасида учинчи ўринни (9,6%) эгаллайди.

Ушбу қўлланманинг асосий мақсади Ўзбекистон ва Россия энг йирик клиникаларининг кўп йиллик тажрибаси ва кенг қамровли қўшма материални таҳлил қилишдан иборат.

Қўлланмада психотроп дорилар билан захарланишнинг этиологияси, патогенези, клиник кўриниши ва қиёсий ташхислаш хусусиятлари, шунингдек уларни даволашнинг асосий тамойиллари кўрсатилган. Психотроп дорилар билан ўткир захарланишнинг клиник мисоллари келтирилган. Шунингдек, тиббий ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос усуллари бўйича алоҳида бўлим мавжуд бўлиб, улар токсикантнинг хусусиятларига ҳамда интоксикация натижасида ривожланган синдромлар ва симптомларнинг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ. Жабрланганларнинг соғлиги ва ҳаётига таҳдид солувчи синдромларни бартараф этишга алоҳида эътибор берилади. Асосий вазифа хушни ва ҳаётий муҳим органлар функциясини тиклашдир (нафас ва юрак қон-томир тизими фаолиятини).

Қўлланманинг биринчи бобида антидепрессантлар билан ўткир захарланишнинг таснифи, токсикокинетикаси, токсик таъсир механизми ва клиник кўриниши батафсил кўриб чиқилади.

Иккинчи бобда нейролептиклардан ўткир захарланишнинг таснифи, токсикокинетикаси, токсик таъсир механизми ва клиник кўриниши батафсил кўриб чиқилади.

Учинчи бобда эса психостимулятор дориларидан ўткир захарланиш таснифи, токсикокинетикаси, токсик таъсир механизми ва клиник кўриниши кенгрок кўриб чиқилади. Тўртинчи бобда бошқа жойда таснифланмаган бошқа психотроп дорилар билан захарланиш ҳақида гап боради.

Бешинчи бобда клиник, лаборатор, инструментал ва қиёсий усуллар каби диагностика усуллари, шунингдек, номаълум психотроп дорилар билан ўткир заҳарланган беморларни текшириш алгоритми батафсил тавсифланган.

Олтинчи бобда психотроп дорилар билан ўткир заҳарланишларни даволаш бўйича батафсил, босқичма-босқич кўрсатма берилган.

Еттинчи бобда антидепрессант, нейролептик ва психостимуляция қилувчи воситалар билан ўткир заҳарланишнинг асосий сабаби сифатида ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларининг хусусиятлари ва ўз жонига қасд қилиш кўринишлари таҳлил қилинади.

Қўлланма токсикологлар, турли мутахассисликлар бўйича шифокорлар, шунингдек, малака ошириш курслари талабалари ва тиббиёт олий ўқув юртларининг юқори курс талабалари учун зарур бўлган хулосалар ва таклифлар билан яқунланади.

Ҳозирги вақтда 10-КХТ бўйича Т43 гуруҳи психотроп дори воситалари билан заҳарланишлар амалий соғлиқни сақлашнинг долзарб муаммосидир. Ушбу токсик моддалар билан ўткир заҳарланишнинг кечиши ва натижаси касалликнинг ўз вақтида аниқланишига, бемор аҳволи оғирлигини объектив баҳолашга ва даво сифатига боғлиқ.

Қўлланмада келтирилган материаллар заҳарланишда шошилишчи тиббий ёрдам кўрсатишнинг замонавий талабларига мос келади ва тиббиёт ҳамда фармацевтика мутахассисликлари бўйича давлат таълим стандартлари йўналишларига мутаносиб ҳисобланади.

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**  
**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ  
РАБОТНИКОВ**

**ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ  
ГРУППЫ T43.0-T43.9  
(АНТИДЕПРЕССАНТЫ, НЕЙРОЛЕПТИКИ,  
ПСИХОСТИМУЛИРУЮЩИЕ И НОРМОТИМИЧЕСКИЕ  
ПРЕПАРАТЫ)**

**Руководство для врачей  
(клинические протоколы)**

**Под общей редакцией  
доктора медицинских наук профессора Р.Н. Аккалаева**

**Ташкент 2023**

**УЧРЕЖДЕНИЯ РАЗРАБОТЧИКИ:**

**РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН:**

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (РНЦЭМП)

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (ЦРПКМР)

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ:**

ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.  
АКАДЕМИКА И П. ПАВЛОВА

ГБУ «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ  
ИМ. И. И. ДЖАНЕЛИДЗЕ»

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМЕНИ Н. В. СКИФОВСКОГО,  
МОСКВА.

**Авторы:** Р.Н. Акалаев, И.П. Миннуллин, А.Н. Лодягин,  
А.А. Стопницкий, М.М. Матлубов, Б.В. Батоцыренов,  
Х.Ш. Хожиев, Асанова Л.Р.;  
Г.Б. Шоумаров, А.А. Акалаева, Р.Х. Хонбабаева (7 глава).

**Рецензенты:**

**Юлдашев З.О.** – профессор кафедры химической токсикологии  
Ташкентского фармацевтического института, доктор фармакологических  
наук.

**Шарипова В.Х.** – руководитель отдела анестезиологии-  
реаниматологии РНЦЭМП, доктор медицинских наук, профессор.

Руководство для врачей утверждено на заседании Ученого Совета  
РНЦЭМП, протокол № 3 от 24 ноября 2022 года.

В руководстве изложены этиология, патогенез, особенности  
клинической картины и дифференциальной диагностики отравлений  
психотропными препаратами (по МКБ-10 группа Т43 - антипсихотические,  
антидепрессивные, психостимулирующие, нормотимические и ноотропные  
препараты), основные принципы их лечения, а также рассмотрены  
особенности преднамеренного употребления этих препаратов с  
суицидальной целью.

Предназначено для врачей токсикологов, анестезиологов -  
реаниматологов; психиатров - наркологов, терапевтов, врачей скорой и  
неотложной медицинской помощи, судебно - медицинских экспертов, а  
также научных сотрудников, аспирантов, ординаторов,  
интернов, студентов старших курсов медицинских вузов и курсантов циклов  
усовершенствования врачей.



**REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE  
OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN  
CENTER FOR THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS OF  
MEDICAL WORKERS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

**ACUTE POISONING WITH DRUGS OF T43.0-T43.9 GROUP  
(ANTIDEPRESSANTS, NEUROLEPTICS,  
PSYCHO-STIMULATING AND NORMOTHYMICAL DRUGS)**

**Physician's Guide  
(clinical protocols)**

**Under the general editorship  
Doctor of Medical Sciences Professor R.N. Akalaev**

**Tashkent 2023**

**DEVELOPER INSTITUTIONS:**

**REPUBLIC OF UZBEKISTAN:**

REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN (RRCEM)  
CENTER FOR THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS OF MEDICAL WORKERS OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN (CDPQMW)  
SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

**RUSSIAN FEDERATION:**

FIRST SAINT PETERSBURG STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER ACADEMIC I.P. PAVLOVA  
SAINT PETERSBURG SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF EMERGENCY MEDICINE NAMED AFTER I.I. DZHANELIDZE  
N.V. SKLIFOSOVSKY SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF EMERGENCY MEDICINE, MOSCOW

**Authors:** R.N. Akalaev, I.P. Minnullin, A.N. Lodyagin,  
A.A. Stopnitsky, M.M. Matlubov, B.V. Batotsirenov,  
Kh.Sh. Khozhiev, Asanova L.R.;  
G.B. Shoumarov, A.A. Akalaeva, R.Kh. Khonbabaeva (chapter 7).

**Reviewers:**

**Yuldashev Z.O.** - Professor of the Department of Chemical Toxicology of the Tashkent Pharmaceutical Institute, Doctor of Pharmacological Sciences.

**Sharipova V.Kh.** - Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation of the RRCEM, Doctor of Medical Sciences, Professor.

The guidelines for doctors were approved at the meeting of the Academic Council of the RRCEM, Protocol No. 3 on November 24, 2022 y.

The guide outlines the etiology, pathogenesis, features of the clinical picture and differential diagnosis of poisoning with psychotropic drugs (according to ICD-10 group T43 - antipsychotic, antidepressant, psychostimulant, normothymic and nootropic drugs), the basic principles of their treatment, and also considers the features of the deliberate use of these drugs with suicidal intent.

It is intended for toxicologists, anesthesiologists - reanimatologists; psychiatrists, narcologists, therapists, emergency medical doctors, forensic experts, as well as researchers, graduate students, residents, interns, students of medical universities and postgraduate courses for doctors.

"Everything is a medicine, everything is a poison.  
The effect depends on the dose and the correctness of the appointment".

And to date the expression of Paracelsus,  
who lived in the Middle Ages, not lost its meaning!

## ANNOTATION

The toxicological situation that has developed in many countries, as well as in the Republic of Uzbekistan and the Russian Federation, is characterized by an increase in the use of various antidepressant, neuroleptic, psychostimulant drugs and, accordingly, the number of acute poisonings with these drugs is not decreasing.

These substances are part of a large pharmacological group of so-called psychotropic drugs, which are classified according to ICD-10 as T43 - "Poisoning by psychotropic drugs, not elsewhere classified."

According to the data of toxicological centers and departments, both in the Russian Federation and in the Republic of Uzbekistan, poisoning with psychotropic drugs of the T43 group ranks third (9.6%) in the structure of acute poisoning after alcohol poisoning (34.7%) and poisoning with group T43 drugs. T42 (9.8%).

The main purpose of this guide is a summary of many years of experience and analysis of the vast joint material of the two largest clinics in Uzbekistan and Russia.

The paper outlines the etiology, pathogenesis, features of the clinical picture and differential diagnosis of poisoning with psychotropic drugs, as well as the basic principles of their treatment. Clinical examples of acute poisoning with psychotropic drugs are given. There is also a section on specific methods of medical care, which are due both to the characteristics of the toxicant and the specifics of the developed syndromes and symptoms caused by intoxication. Particular importance is attached to the elimination of syndromes that threaten the health and life of the victims. The primary task is to restore consciousness and vital functions: cardiovascular and respiratory.

The first chapter of the manual discusses in detail the classification, toxicokinetics, mechanism of toxic action and the clinical picture of acute poisoning with antidepressants.

The second chapter also discusses in detail the classification, toxicokinetics, the mechanism of toxic action and the clinical picture of acute neuroleptic poisoning.

The third chapter discusses in detail the classification, toxicokinetics, the mechanism of toxic action and the clinical picture of acute poisoning with psychostimulants.

The fourth chapter deals with poisoning by other psychotropic drugs not classified elsewhere.

The fifth chapter describes in detail such diagnostic methods as: clinical, laboratory, instrumental and differential methods, as well as an algorithm for examining patients with acute poisoning by unidentified psychotropic drugs.

The sixth chapter is a detailed, step-by-step instruction on the treatment of acute poisoning with psychotropic drugs.

The seventh chapter analyzes the features of suicidal behavior and the structure of suicides as the main cause of acute poisoning with antidepressant, neuroleptic and psychostimulant drugs.

The guide concludes with a conclusion and applications necessary for the work of toxicologists and doctors of various specialties, as well as students of advanced training courses and senior students of medical universities.

Currently, acute poisoning with psychotropic drugs of the T43 group according to ICD-10 is an urgent problem in practical healthcare. The course and outcome of acute poisoning by these toxicants depend on the timely diagnosis of the disease, an objective assessment of the severity of the patient's condition and the quality of the therapy.

The materials presented in the manual are consistent with modern requirements for emergency care for poisoning, and comply with sections of state educational standards for medical and pharmaceutical specialties.

## МУНДАРИЖА

	КИРИШ	15
1 боб.	АНТИДЕПРЕССАНТЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ	17
1.1.	Антидепрессантлар таснифи	18
1.2.	Антидепрессантлар токсикокинетикаси	19
1.3.	Антидепрессантлар токсик таъсир механизми	21
1.4.	Антидепрессантлардан заҳарланиш клиник кўриниши	25
2 боб.	НЕЙРОЛЕПТИКЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ	31
2.1.	Нейролептиклар таснифи	32
2.2.	Нейролептиклар токсикокинетикаси	36
2.3.	Нейролептикларнинг токсик таъсир механизми	37
2.4.	Нейролептиклардан заҳарланиш клиник кўриниши	39
2.5.	Азалептиндан заҳарланиш	45
3 боб.	ПСИХОСТИМУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ	49
3.1.	Психостимулятор дори воситаларининг токсикокинетикаси	54
3.2.	Психостимуляторларнинг токсик таъсир механизми	56
3.3.	Психостимуляторлардан заҳарланиш клиник кўриниши	58
4 боб.	БОШҚА ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ТАСНИФЛАНМАГАН ТУРЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ	59
5 боб.	ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ ДИАГНОСТИКАСИ	64
5.1.	Клиник диагностикаси	64
5.2.	Лаборатор диагностикаси	65
5.3.	Диагностиканинг инструментал усуллари	68
5.4.	Қиёсий ташхис	69
5.5.	Ноаник психотроп дори воситасидан ўткир заҳарланганда беморларни текширув алгоритми	73
6 боб.	ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРНИНГ ДАВОСИ	77
7 боб.	ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИБ ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ	94
7.1.	Заҳарланиш билан ўз жонига қасд қилишнинг психосоциал омиллари	114
7.2.	Ўз жонига қасд қилиб заҳарланган шахсларнинг клиник хусусиятлари	116
7.3.	Ўз жонига қасд қилиб заҳарланишга уринишларнинг табиати	117
	АДАБИЁТЛАР РЎЙҲАТИ	121
	ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙҲАТИ	125
	ИЛОВАЛАР	126

## КИРИШ

Барча мамлакатлардаги каби ҳар хил антидепрессант, нейролептик, психостимулятор дори воситаларини қабул қилиш ҳолатларининг ўсиши ва ўз йўлида ушбу дори воситаларидан ўткир заҳарланиш сонининг камаймаётганлиги токсикологик ситуацияни Ўзбекистонда ҳам бирмунча мураккаблаштириб қўйди. Касалликларнинг халқаро таснифи 10-қайта кўриги (КХТ-10) бўйича антидепрессант, нейролептик, ва психостимулятор дори воситаларидан ўткир заҳарланишлар “Бошқа мавзуларда таснифланмаган психотроп дори воситаларидан заҳарланиш” Т43 гуруҳига киритилади. Токсикологик марказлар маълумотларига кўра, бизнинг мамлакатда Т43 гуруҳига мансуб психотроп дори воситаларидан заҳарланиш ўткир заҳарланишлар кесимида алкоғолдан (34,7%) ва Т42 гуруҳи дори воситаларидан (9,8%) кейин учинчи ўринни (9,6%) эгаллайди. Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг токсикология бўлимида 2019 йил давомида 345 бемор антидепрессант ва нейролептиклардан заҳарланиш ташхиси билан госпитализация қилинган (шулардан 94 бемор антидепрессантлардан, 57 бемор нейролептиклардан ҳамда 194 бемор аниқланмаган антидепрессант ва нейролептиклардан заҳарланган). Леталлик эса 3,2% ни ташкил қилган. 2021 йилда 93 бемор антидепрессантлардан, 74 бемор нейролептиклардан, 62 бемор аниқланмаган антидепрессант ва нейролептиклардан заҳарланиш сабабли касалхонага ётқизилган. Бу даврда леталлик 1,7% ни ташкил қилган.

Антидепрессант ва нейролептик дори воситалари турли хил фармакологик таъсир механизмига эга бўлишига қарамадан, бу дори воситаларидан ўткир заҳарланишларда марказий асаб тизими ҳамда юракни токсик зарарлаши каби бир-бирига ўхшаш клиник кўринишга эга бўлади ҳамда оқибатда заҳарланишнинг токсикоген даврида ўлим билан яқунланишининг асосий сабабчиларидан ҳисобланади. Ўлим кўрсаткичларининг энг асосий сабаби трициклик антидепрессантлардан

заҳарланишлар ташкил қилади. Янги ва кам хавфли дори воситалари қўлланилишига қарамасдан, трициклик антидепрессантлар кенг қўлланилиши давом этмоқда. Бунга сабаб арзон ва юқори самарадорликка эга эканлиги билан боғлиқ. Шу сабабдан трициклик антидепрессантлардан заҳарланишлар кўп учрамоқда (Т43 гуруҳи бўйича 13,9%, заҳарланишлар умумий сонга бўйича эса 1,34% ни ташкил қилади) ва дори воситаларидан энг оғир заҳарланишлар гуруҳига киритилади. Т43 гуруҳи дори воситаларидан заҳарланишлар ичида нейролептиклардан заҳарланишлар улуши 24,5%, кимёвий этиологияли умумий заҳарланишлар ичида 2,37% ни ташкил қилади. Нейролептик гуруҳи асосий дори воситалари ичида бутирофенон ва фенотиазинлар оғир даража заҳарланиш чакори мумкин. Оғир даража заҳарланиш, асоратлар ривожланиш эҳтимолига эга дибензодиазепин қатори нейролептик дори воситаларидан – клозалин учун хос.

Психотроп дори воситаларини катта миқдорда қабул қилиш асосий сабаблари бўлиб кўпинча суицидал ҳаракатлар ҳисобланади. Нейролептиклардан заҳарланиш айрим сабабларига дозани ятроген ошириб юборишлар эгаллайди. Нейролептикларни қўллаганда ёмон сифатли нейролептик синдром ёки давлашга резистент ўткир экстрапирамидал синдром кўринишида ноҳўя таъсирлар ривожланади, бундайлар ҳам токсикология бўлимларига госпитализация қилинишига сабабчи бўлади.

Юқорида келтирилган маълумотлар шуни кўрсатдики, КХТ 10-қайта кўриги бўйича психотроп Т43 гуруҳи дори воситаларидан ўткир заҳарланиш ҳозирги соғлиқни сақлаш амалиётида долзарб муаммолардан ҳисобланади. Ушбу токсикантлардан ўткир заҳарланишлар кечиши ва натижаси касалликни ўз вақтида диагностикаси, бемор аҳволи оғирлигини объектив баҳолаш ва ўтказилган даво сифатига боғлиқ.

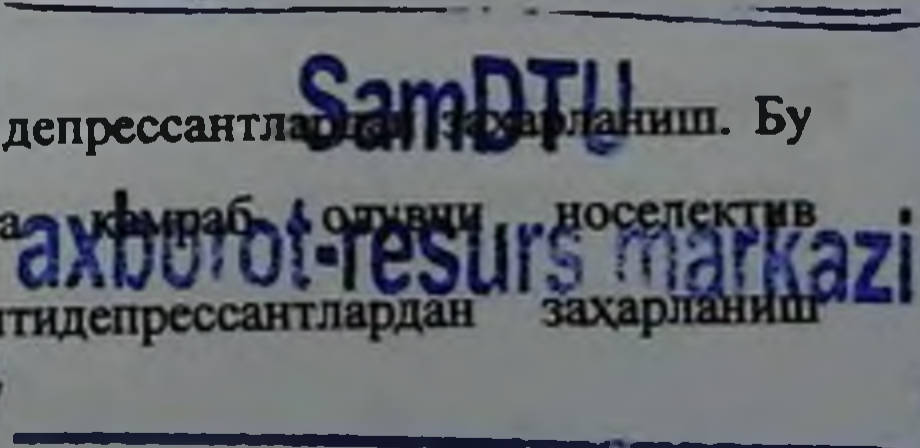
## 1 бооб. АНТИДЕПРЕССАНТЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Дунёда пайдо бўлган токсикологик вазиятнинг интенсивлиги турли хил антидепрессант дориларни ишлатиш сонининг ошиши билан тавсифланиб, антидепрессантлар орқали ўз жонига қасд қилиш билан боғлиқ бўлган ўткир заҳарланишлар сони ортишига олиб келмоқда. Россия Федерацияси ва Ўзбекистон Республикасида ҳам бу каби заҳарланишлар ортиши муаммониюг нақадар долзарб эканлигини кўрсатади.

Антидепрессантлар депрессия ҳолатларини даволашда ишлатиладиган психотроп дори воситалари ҳисобланади. Маълумки, депрессияни келтириб чиқарувчи етакчи механизмлардан бўлиб моноаминлар, айниқса серотонин ва дофаминнинг синаптик бўшлиқда етишмовчилиги ҳисобланади. Антидепрессантларнинг таъсири бўлиб моноаминларнинг нейронал қайта қамраб олинишини блоклаши ёки моноамин оксидаз (МАО) таъсирида моноаминларнинг парчаланишига тўскинлик қилиши ҳисобланади. Антидепрессантларнинг клиник таъсири руҳий ҳолатнинг-кайфиятнинг яхшиланиши, зеркишнинг йўқолиши, эмоционал зўриқишдан, холсизланиш ва апатиядан фориғ бўлиш, уйқу ва иштаҳанинг меъёрлашуви билан намоён бўлади. Седатив таъсирга эга бўлган антидепрессантларни тимолептиклар, стимулловчи таъсирга эга бўлганларни эса – тимеретиклар деб аталади.

КХК-10 да антидепрессантлардан заҳарланиш Т43 коди билан кодланади (матн ости Т43.0-43.2):

- Т43.0 – трициклик ва тетрациклик антидепрессантлардан (моноаминларни қайта қамраб олувчи носелектив ингибиторлари) заҳарланиш;
- Т43.1 – антидепрессантлар - моноаминоксидаза ингибиторларидан заҳарланиш;
- Т43.2 – бошқа аниқланмаган антидепрессантлардан заҳарланиш. Бу кичик гуруҳга моноаминларни қайта қамраб олувчи носелектив ингибиторлари ва аниқланмаган антидепрессантлардан заҳарланиш





(клиникаси антидепрессантлардан захарланишга ўхшайдиган, лекин захарловчи восита ҳақида аниқ маълумотлар бўлмаган, кимёвий – токсикологик идентификация иложи бўлмаган ҳолатлар).

### **1.1. Антидепрессантлар таснифи**

Ҳозирги кунда антидепрессантларнинг фармакологик ва клиник хусусиятларини акс эттирувчи бир нечта таснифи мавжуд. Антидепрессантларнинг таъсир механизми бўйича таснифи кенг тарқалгани ҳисобланади.

#### Антидепрессантларнинг таъсир механизми бўйича таснифи

(Харкевич Д.А., 2006):

**1. Пресинаптик мембраналар ёрдамида моноаминларнинг нейронал қайта қамраб олинишини блокловчи воситалар:**

1. Танламасдан таъсир кўрсатувчилар – серотонин ва норадреналинни нейронал қайта қамраб олинишини блокловчи – трициклик ва тетрациклик антидепрессантлар (имипрамин, амитриптилин).

2. Танлаб таъсир кўрсатувчилар:

- Серотонинни нейронал ушланиб қолинишини блокловчилар – серотонинни қайта ушланиб қолинишини селектив ингибиторлари – СҚУҚСИ (циталопрам, флувоксамин, сертралин (золофт), ципролекс);

- Норадреналинни нейронал ушланиб қолинишини блокловчилар – норадреналинни қайта ушланиб қолинишини селектив ингибиторлари – НҚУҚСИ (дезипрамин, мапротилин, нортриптилин);

#### **II. Моноаминооксидаза ингибиторлари (МАОи)**

1. Танламасдан таъсир кўрсатувчилар, МАО-А ва МАО-Вни ингибирловчилар (ниаламид)

2. Танлаб таъсир кўрсатувчилар, МАО-Ани ингибирловчилар (моклобемид).

## Антидепрессантларнинг клиник таъсири устунлигига қараб таснифи

(Мосолов С.Н., 2004):

1. **Седатив антидепрессантлар** (фторацизин, тримипрамин, доксепин, амитриптилин, миансерин, амоксапин, бутриптилин, тразодон, азафен).

2. **Юмшоқ таъсир кўрсатувчи антидепрессантлар** (кломипрамин, дибензепин, кароксазон, пиразидол, циталопрам, ребоксетин, ролипрам, пропизепин, кинупрамин, лофепрамин). Бу гуруҳ воситалари қўлланилган миқдорига боғлиқ равишда стимулятор ва седатив таъсир кўрсатади. Шу билан бирга кўпчилик “юмшоқ” антидепрессантларга “биполяр” эффект хос – седатив таъсир ўртача суткалик миқдорда, стимулловчи таъсир кичик ва юқори миқдори қўлланилганда юзага келади.

3. **Стимулятор-антидепрессантлар** (фенелизин, транилципромин, ипрониазид, ниаламид, сиднофен, индопан, моклобемид, эпробемид, брофаромин, толоксатон, бупропион, аминептин, дезипрамин, томоксетин, метапрамин, протриптилин, бефуралин, номифензин).

### 1.2 Антидепрессантларнинг токсикокинетикаси

**Сўрилиши.** Антидепрессантлар липофил бирикмалар бўлиб, улар ошқозон-ичак трактида жуда тез сўрилади. Амитриптилиннинг биосингувчанлиги – 30-60%, дезипраминники – 33-51%, доксепин – 13-45%, имипрамин – 22-77%, нортриптилинники – 46-70%. Плазмада максимал концентрацияга эришиш учун ўртача 1 соат вақтни ташкил этади. MAO ингибиторларининг зардобда максимал концентрацияси 2-3 соатда юзага келади.

**Тақсимланиши.** Антидепрессантлар – катта ҳажмда тақсимланадиган моддалардир (15-40 л/кг). Трицикликантидепрессантлар – юқорир $K_d$  билан кучсиз асослар, шунинг учун, кислота-ишқормувозанати ўзгариши молекулаларнинг ионланиш даражасига таъсир кўрсатади. Дори

воситаларининг мия, жигар ва миокард тўқималарида тўпланиши устун бўлиб, қон ва тўқималар ўртасидаги тақсимланиш нисбати 1:10 дан 1:30 гача. Бу ҳолат антидепрессантлар билан заҳарланганда кучайтирилган диурез ва гемодиализнинг самараси пастлигидан далолат беради. Амитриптилиннинг плазма оқсиллари билан боғланиши – 95%, дезипраминники – 92%, имипраминники – 85%, нортриптилинники – 93%. Амитриптилиннинг тақсимланиш ҳажми – 20 л/кг, кломипраминники 7 дан 20 л/кггача, дезипраминники 33 дан 42 л/кггача, доксепинники – 20 л/кг, имипраминники – 15 л/кг, нортриптилинники – 18 л/кг.

**Элиминацияси.** Элиминациянинг асосий усули – жигарда биотрансформацияга учрашидир. Амитриптилин асосан метаболитлар кўринишида буйрак орқали чиқиб кетади. Қўлланилган миқдорнинг 0,2-5% ўзгармаган ҳолда чиқиб кетади. Дезипрамин, доксепин, имипрамин ва нортриптилин қабул қилинган воситаларнинг умумий миқдоридан 24 соат ичида буйраклар орқали ўзгармаган ҳолда – 2,6%, 1%, 1,7% ва 3% чиқарилади. Қон плазмасидан ярим чиқарилиш даври амитриптилин учун – 17-40 соат, кломипрамин учун – 21 соат, доксепин учун – 8-25 соат. Бу гуруҳ воситалари учун энтерогепатик цикл хос бўлиб токсикоген босқичнинг узок давом этишини таъминлайди.

**Токсиклиги, ўлимга олиб келувчи дозалари (ЎД) ва концентрациялари.** Трициклик антидепрессантларнинг  $ЎД_{50}$  35 мг/кгни ташкил этади. 50 мг/кг миқдорда қабул қилиниши ўлим билан якунланади. Трициклик антидепрессантларнинг қон плазмасида 1мкг/млдан юқори бўлиши оғир заҳарланишга олиб келувчи концентрацияси ҳисобланади. Антидепрессантлар терапевтик концентрациясининг торлиги дори воситаларини даволовчи дозада қабул қилганда ҳам заҳарланиш хавфи юқорилигини кўрсатади. Баъзи антидепрессантларнинг терапевтик, токсик ва ўлимга олиб келувчи қондаги концентрациялари 1.1. - жадвалда келтирилган.

**Антидепрессантларнинг терапевтик, токсик ва ўлимга олиб келувчи  
концентрациялари  
(Bulletin of TIAFT, 1996)**

Восита	Қон зардобидаги концентрацияси (мкг/мл)		
	Терапевтик	Токсик	Летал
Амитриптилин	0,035-0,202	0,046-0,427	0,55-16,1
Нортриптилин	0,046-0,253	0,5-1,3	10-26
Мапротилин	0,05-0,55	0,45-0,8	1-2
Доксепин	0,028-0,171	0,112-2,1	0,95-18,42

### 1.3. Антидепрессантларнинг токсик таъсир механизми

Антидепрессантлар гуруҳи ичида моноаминларни қайта ушланиб қолинишини ингибирловчилар ва танлаб таъсир кўрсатмайдиган MAO ингибиторлари кучли захарловчи таъсирга эга (трициклик ва тетрациклик тузилишга эга бўлган антидепрессантлар). Нейромедиаторларнинг қайта ушлаб олувчи селектив ингибиторлари ва MAO – А ингибиторлари алоҳида қўлланилганда оғир захарланишлар кам келтириб чиқаради.

*Моноаминларнинг қайта ушланиб қолишга танлаб таъсир кўрсатмайдиган ингибиторлари (трициклик ва тетрациклик антидепрессантлар).* Депрессияни даволаш мақсадида 1960 йилдан 1980 йилларгача бўлган давр мобайнида асосан трициклик антидепрессантлар ишлатилган (ТЦА). Аммо, уларни қўлланиши билан бу воситаларнинг юрак-кон томир тизими ва марказий асаб тизими токсик таъсири маълум бўлди. Кейинчалик гетероциклик антидепрессантларнинг иккинчи авлоди яратилди (тразодон, миансерин, мапротилин ва бошқ.), баъзи бир гетероциклик антидепрессантлар структурасининг ҳар хиллигига қарама-қаршидан ТЦАга яқин фармакологик таъсир ва токсик параметрларига эга. Охирги 10 йил ичида ТЦАдан захарланиш сони камайишига сабаб, янги антидепрессантлар – серотониннинг қайта ушлаб қолиниши ингибиторлари пайдо бўлиши билан боғлиқ.

ТЦАнинг таъсир асосида норадреанлинни, серотонинни ва қисман дофаминни қайта ушлаб қолганини блоклагани ётади. Бу эса ўз навбатида рецепторлар соҳасида кўп миқдорда медиаторлар тўпланишига ва уларнинг таъсири ошишига олиб келади. Бу гуруҳ воситалари М-холинорецепторларга қайтарилувчи рақобатли блокаторлар бўлиб *марказий ва периферик антихолинэргик (холинолитик) синдром* чакиради. Трициклик антидепрессантлар *периферик<sub>1</sub>-адренорецепторларни блоклаг* вазодилатация ва ортостатик гипотония чакиради. ТЦА антигистамин таъсир кўрсатиб седацияни оширади, “талваса чегараси”ни камайтиради, бу эса талвасани чақариши мумкин.

Трициклик антидепрессантларнинг юрак ўтказувчи йўлларида тўғридан тўғри токсик таъсир этиши орқали *кардиотоксик таъсири* намоён бўлади. Бу воситалар натрийнинг кардиомиоцитларга киришини хинидин ва новокаинамид сингари блоклайди. Юракнинг ўтказувчи тизимида деполляризациянинг бузилиши қоринчалар миокарди томон кўзғалишнинг тарқалишини сусайтиради, бу эса ЭКГда QRS комплексининг кенгайишига олиб келади.  $\alpha$ -адренорецепторлар блоклаганиши миокарднинг қисқариши сусайиши билан бирга артериал гипотонияни келтириб чиқаради. А-V тизими ўтказувчанлигининг камайиши фонида синус тугуни фаоллигининг ошиши (антихолинэргик таъсири туфайли), айниқса Пуркинъе толаларида эктопия ривожланиши учун, кенг QRS комплексли идиовентрикуляр ритмлар шаклланиши учун шароит яратади.

**Моноаминоксидаза ингибиторлари (МАО).** Моноаминоксидаза ингибиторлари 1950-йилларда сил касаллиги ва артериал гипертонияни даволаш учун қўлланилган. Воситаларнинг кайфиятни кўтарувчи хусусиятлари аниқлангач депрессияни даволашда буюрила бошланди. Ҳозирги кунда танлаб таъсир кўрсатмайдиган МАО ингибиторлари юқори токсиклиги туфайли жуда кам қўлланилади. 1970-йиллардан ТЦА томонидан улар бутунлай сиқиб чиқарилган бўлиб, фақат барқарор депрессияда, вахима ва фобияни даволашда қўлланилади. Структураси бўйича баъзи бир МАО

ингибиторлари амфетамин билан ўхшаш, шунинг учун улар амфетаминсимон таъсирга ҳам эга. МАО ингибиторлари норадреналин, дофамин ва серотонинни парчалайдиган ферментнинг фаоллигини блоклайди, натижада *катехоламинлар миқдори ошиб кетишига* ва *гипертензион синдромга* юзага келишига олиб келади. МАО кўпчилик аъзоларда локализацияланганлиги туфайли унинг ингибирловчи воситалари билан захарланиш оқибатида аъзоларнинг (жигар, юрак ва бошқ.) ишемик зарарланиши юзага келади. МАО ингибиторларини бошқа фармакологик дори воситалари билан комбинация қилинганда (антигипертензив, аритмияга қарши, наркотик аналгетиклар, серотониннинг қайта ушлаб олинишини блокловчилар) ҳаёт учун ўта хавfli куп миқдорда серотонинэргик узатишни оширувчи дори воситасини қабул қилиш оқибатидаги захарланиш - *серотонин синдроми* ривожланиши билан кечиши мумкин. МАО ингибиторлари гуруҳидаги антидепрессантлар билан серотониннинг қайта ушлаб олинишини селектив ингибирловчи воситалар билан қўлланилганда бундай бузилиш юзага келиш хавфи юқори ҳисобланади. Шунингдек, МАО ингибиторлари пиридоксинга мойил ферментларни (пиридоксинфосфокиназани, дофаминдекарбоксилазани, глутаматдекарбоксилазани) ингибирлаш хусусиятига эга бўлиб, делирийнинг авж олиши чўққисида *талваса синдроми* ривожланишига олиб келади.

Қайтар ва қайтмас, танлаб таъсир кўрсатувчи, танлаб таъсир кўрсатмайдиган МАО ингибиторлари фарқланади. Танлаб таъсир кўрсатувчи ингибиторлар жигарда, ошқозон ичак трактида ва моноаминоэргик нейронларда жойлашган МАО А изоферментига, бош мия ва тромбоцитларда жойлашган МАО Вга таъсир қилади. Қайтмас МАО ингибиторлари ферментлар билан ковалент ҳолда боғланиб уларни блоклайди. Унинг таъсири янги МАО молекулалари синтезланмагунча бир неча сутка давом этади. Қайтар МАО ингибиторлари фермент билан вақтинчалик боғланади, шунинг учун, унинг функцияси бир неча соатдан кейин тикланади.

## *Моноаминларни қайта ушланиб қолинишини селектив ингибиторлари*

Серотонинни қайта ушланиб қолинишини селектив ингибиторлари (СҚУҚСИ) 1980-йиллардан қўлланила бошланди ва ҳозиргача депрессияни даволашда танланган восита бўлиб ҳисобланади. Уларнинг таъсири ТЦАдан қолишмайди, ножўя таъсири эса камроқ намоён бўлади. ТЦА дан фарқли ўларок улар холинорецепторлар, ГАМК рецепторлари билан бирикмайди ва тезкор натрий каналлари ҳамда норадреналиннинг қайта ушланиб қолинишига таъсир қилмайди, шунинг учун антихолинэргик (холинолитик) таъсири ҳам камроқ намоён бўлади. Уларни қўллаш вақтида седация ва ортостатик гипотензия деярли кузатилмайди, кардиотоксик таъсир хавфи ҳам кам. Бироқ, СҚУҚСИ наркотик анальгетиклар ва МАО игибиторлари билан биргаликда комбинация қилиб қўлланилганда *серотонин синдроми* ривожланиш эҳтимоллиги юқори бўлганлиги сабабли жуда катта хавф тугдириши мумкин.

Норадреналинни қайта ушланиб қолиниши селектив ингибиторлари (НҚУҚСИ) – антидепрессантларнинг янги гуруҳи ҳисобланиб, яққол стимулловчи таъсирга эгаллиги ва седатив таъсирининг бўлмаслиги ёки кам намоён бўлиши билан характерланади. Бу гуруҳ воситаларининг токсик таъсири ҳақида маълумотлар деярли йўқ. Маълумки, дозасининг ошириб юборилиши эпилептик хуружларга ва юрак қон томир тизими томонидан адренэргик (тахикардия ва гипертония) синдроми кўринишида бузилишларга олиб келиши кузатилган.

Дофаминнинг қайта ушланиб қолиниши селектив ингибиторлари (Д ва ДҚУҚСИ) ва дофамин ва норадреналиннинг қайта ушланиб қолиниши селектив ингибиторлари (Д ва НҚУҚСИ) минимал ножўя таъсирга эга бўлган воситалар гуруҳидир. Уларнинг таъсир хусусиятларига сезиларли умумстимулловчи ва психознергизирловчи, шунингдек либидони тиклаб юборувчи таъсирларини келтириш мумкин. Юқори дозаларда қабул

қилиниши эпилептик хуружларни, юрак-қон томир бузилишларини ва психомотор кўзгалишларни юзага келтириш хавфини оширади.

#### **1.4. Антидепрессантлардан заҳарланишнинг клиник кўрinishи**

Заҳарланиш симптомлари восита қабул қилинганидан 2-3 соатдан сўнг юзага келади. Одатда восита қабул қилинганидан сўнг заҳарланишнинг минимал симптомлар намоён бўлиб, яқин соатларда юрак қон томир ва марказий асаб тизими томонидан оғир бузилишлар кузатилиши мумкин. Трициклик антидепрессантларда антидепрессант токсик таъсири чегарасининг пастлиги туфайли юқорида кўрсатилган тизимларга 10-20 мг/кг дозадаёқ яққол токсик таъсир кўрсатиши мумкин. Антидепрессантлардан ўткир заҳарланиш қуйидагилар билан характерланади:

- Марказий асаб тизимининг токсик зарарланиши;
- м-холиноблокловчи таъсир (марказий ва периферик типда холинолитиксиндром);
- юрак қон-томир бузилишлари;
- серотонинли синдром.

*Марказий асаб тизимининг токсик зарарланиши* эс-хушнинг турли даражада тормозланиши билан, яъни енгил карахтликдан чуқур комагача намоён бўлади. Баъзан заҳарланишнинг бошланғич икки соат ичида эпилептик хуружлар кузатилади. Талвасалар одатда қиска вақтли ва генерализацияланган характерга эга. Ритм бузилиши бўлмаган пайтда ҳам талваса ва холинолитик синдромларнинг биргаликда кузатилиши жуда хавфли ҳисобланади.

*Марказий типдаги холинолитик синдром («антихолинэргик»)* бузилган эс-хуш фонида кўзгалиш ёки эс-хушнинг тормозланиши билан намоён бўлади («холинолитик мастлик»). Хушнинг бузилиши ҳар хил вариантларда намоён бўлиши (дезориентация, галлюцинация, алахсираш, кўзгалиш ёки делирий, хушнинг сопордан комагача бузилиши) мумкин. Трициклик антидепрессантларнинг токсик дозаларидан заҳарланишда



симптоматика жуда яққол намоён бўлади. *Периферик холинолитик синдроми* тери қопламнининг қизариши ва қуруқлашиши билан, оғиз қуриши, мидриаз, аккомодация бузилиши (яқиндан кўришнинг хиралашуви), тахикардия, нчаклар перисталтикасининг парезгача сусайиши, сийдик ажралишининг тўтилиши (сийдик пуфаги пайпасланади) билан характерланади. Миоклония ёки хорейсимон ҳаракатлар кузатилади. Антихолинэргик синдромнинг клиник манзарасини мнемоника орқали аниқлаш мумкин: “кўршапалак сингари кўр, лавлаги сингари қизил, қуён сингари иссиқ, суяк сингари қуруқ, шляпа тикувчи сингари ақлсиз”.

*Юрак қон-томир тизимидаги бузилишлар* антидепрессантлардан захарланишларда токсикантнинг тўттридан-тўғри юракнинг қисқарувчанлиги ва ўтказувчанлигига токсик таъсир этиши, томирлар умумий периферик қаршилигининг пасайиши орқали намоён бўлади. Антидепрессантларнинг бундай таъсири бирламчи кардиотоксик таъсир (БКТ) сифатида кўриб чиқилади. Антидепрессантлардан захарланишда (асосан трициклик) захарланганларда дори воситасининг концентрацияси қонда 4,5 мкг/млдан ошганида 21,5% беморларда бирламчи кардиотоксик таъсир пайдо бўлади. БКТнинг ЭКГдаги белгилари бўлиб, Гис тутами оёқчасининг биттасида тўлиқ блокада, айрим ҳолатларда I даражали AV-блокада билан биргаликда намоён бўлишидир. QRS комплексининг 120 мсдан ҳам кенгайиши ва унинг деформацияси ҳаёт учун хавф солувчи ритм бузилишларига олиб келади ва неврологик асоратлар ривожланишининг маркери ҳисобланади. 33% беморларда QRS комплексининг 100 мсдан кенгайиши эпилептик хуружлар ривожланишига сабаб бўлади. QRS комплексининг 160 мсгача кенгайиши қоринчалар аритмияси хавфини 50%гача оширади. Агар захарланишдан кейин 6 соат давомида беморнинг QRS комплекси 100 мсдан ошмаса, унда аритмия ва хуружлар ривожланиш хавфи минимал саналади. Ташхис қўйишда хаттоки анамнез ва кўрик кам самарали бўлган пайтда ҳам ТЦАдан захарланиш ташхисини ЭКГдаги типик ўзгаришларга қараб аниқласа бўлади. ЭКГнинг кўл ва оёқлар уланишларидаги QRS комплекси кенглиги сезгир

диагностик аҳамият касб этади. Бунда I уланишда S тишча чуқурлашини, aVR уланишда эса R тишча баланд эканлиги аникланади. Ритмнинг пароксизмал типда бузилиши – коринчалар усти ва коринчалар типдаги пароксизмал тахикардия кузатилиши холинолитик синдром мавжудлиги билан ва токсикантнинг парасимпатолитик таъсири билан боғлиқ. ТЦА билан захарланганда постсинаптик  $\alpha_1$ -адренорецепторлар блокадаси кузатилиши периферик томирлар қаршилигининг пасайишига ва артериал гипотензияга олиб келади. Тери қопламаларининг оқариши (мармарсимон), томир уришининг сустлиги - 1 дақиқада 60-70 марта, қон босимининг пастлиги, юракнинг зарба ва минутлик ҳажмининг пасайиши захарланиш клиникасида кардиотоксик таъсир намоён бўлаётганидан дарак беради. Бунда гиповолемия нисбий характерга эга. Ҳаракатланаётган қон ҳажмининг камайиши 12-25% беморларда кузатилади. Бу клиник белгилар экзотоксик шокнинг кардиоген типни ривожланишидан далолат беради. Бунда юракнинг қисқарувчанлик функцияси 40-60% га пасайиши кузатилади.

МАО ингибиторларидан захарланганда “адренэргик синдром” ривожланади, қон босими ошади, тери қопламалари оқаради ва намлиги ошиши кузатилади. Плазмада захарли восита концентрациясининг ошиши билан “адренэргик синдром” “антихолинэргик” синдромга трансформацияси кузатилади. Юрак қисқарувчанлигининг камайиши ҳисобига артериал қон босимининг пасайиши кузатилади. Токсикантнинг узок муддатли экспозициясида « $\alpha$ -адренолитиксиндром» ривожланади, бу эса артериал қон босимининг кескин пасайишига олиб келади.

*Серотонин синдроми* – серотониннинг қайта ушлаб қилинишини селектив ингибиторлари (СКУҚСИ)нинг кенг тарқалган, оғир ва ножўя таъсири натижасидир, айниқса улар МАО ингибиторлари билан биргаликда қўлланилганда оғир кўринишни олади. Серотонин синдромининг белгиларига эс–хушнинг бузилиши, психомотор кўзгалувчанлик, миоклония, гиперрефлексия, кўп терлаш, тремор, диарея, координациянинг бузилиши, мушакларнинг ригидлиги ва гипертермия характерли. Узок муддатли оғир

гипертермия лактат ацидоз, буйрак ва жигар функциясининг бузилиши билан кечувчи рабдомиолизга олиб келиши мумкин.

«Серотонин синдроми» ташхиси 4 та асосий белгилар ёки 3 та асосий ва 2 та қўшимча белгилар бўлган пайтда қўйилади:

*асосий белгилари*

- психоневрологик бузилишлар (эйфория, кома);
- неврологик бузилишлар (миоклония, тремор, ригидлик, гиперрефлексия);
- вегетатив бузилишлар (гипертермия, кўп терлаш).

*қўшимча белгилари*

- психоневрологик бузилишлар (безовталиқ, уйқусизлик);
- неврологик бузилишлар (координациянинг бузилиши, мидриаз, акатизия);
- вегетатив бузилишлар (тахикардия, тахипноэ, диарея, артериал қон босимининг ошиши ёки пасайиши).

*Антидепрессантлардан ўткир заҳарланишнинг клиник кўриниши*

Антидепрессантлардан ўткир заҳарланишнинг оғирлиги юрак иши бузилиши (БКТ яққоллиги ва мавжудлиги) ва эс-ҳушнинг бузилиш даражаси билан бевосита боғлиқ.

- *Енгил даражада* заҳарланиш ҳушнинг бошланғич бузилиш симптомлари билан характерланади: уйқучанлик, қарахтлик, дезориентация, кўрув галлюцинацияси. 30% беморларда периферик типда холинолитик синдром ривожланиши мумкин (тери гиперемияси, шиллик қаватларнинг қуруқлиги, мидриаз, тахикардия, артериал гипертензия).

- *Ўрта оғир даражада* заҳарланиш юзаки ва чуқур сопор билан характерланади. 8-10% ҳолларда сопороз ҳолатларда марказий (ҳаракат аъзоларида кўзгалувчанлик, эшитув ва кўрув галлюцинациялари) ва периферик тип (тахикардия, артериал гипертензия, мидриаз, гиперемия, тери

куруқлиги)даги холинолитик синдроми юзага келади. Аритмия ва аспирацион-обтурацион типда нафас бузилишлари ривожланиши мумкин.

- *Оғир захарланиши* хушнинг чуқур тормозланиши билан (кома) характерланади. 24,6% захарланиш ҳолатларида кома ташқи нафас олишнинг аралаш типда бузилиши билан кечади. Холинолитик синдром беморнинг коматоз ҳолатдан чиқишида кузатилиб, дастлаб марказий типда кечади кейинчалик эса периферик типга ўтади. 6% беморларда талваса синдроми кузатилади. QRS комплексининг 0,11-0,12секгача тўлиқ кўндаланг блокадагача кенгайиши характерли ҳисобланиб, брадикардия билан кечади. Бу эса нохуш прогностик белги ҳисобланади.

- *Оқибатлари.* Захарланишнинг оқибатлари токсиген ҳамда соматоген босқичларда ривожланади. Токсиген босқичи учун экзотоксик шок, нафас бузилиши, талваса характерлидир. Соматоген босқичида эса трахеобронхит, зотилжам, мия шиши, ўткир буйрак етишмовчилиги билан кечувчи миоренал синдроми ривожланади. Бу оқибатларнинг ривожланиш тезлиги беморнинг қандай вақтда ва тезликда шифохонага ётқизилганига, кўриқдан ўтганлигига ва адекват даво муолажаларини бошлаганига боғлиқ.

*Ўлимнинг бевосита сабаблари:* Токсиген босқичда – БКТ ҳаёт учун хавф солувчи юрак ичи ўтказувчанлигининг бузилиши, қоринчалар фибрилляцияси, экзотоксик декомпенсирланган шок, гипертермия, эпилептик статус, нафас бузилиши ҳисобланади. Шунинг учун, антидепрессантлардан захарланиш ташҳиси шубҳа қилинганида ёки тасдиқланганида ЭКГ текшируви ўтказилиши лозим. Ўрта оғир ва оғир захарланиш ҳолатларида юрак ишининг, артериал қон босимининг суткалик мониторингини таъминлаш, беморни реанимация ва интенсив терапия бўлими палатасига эс-хуши ва адекват нафас олиши тиклангунигача, ЭКГ кўрсаткичлари нормаллашувигача (QRS комплекси 0,1 сек дан паст бўлиши керак) ётқизиш лозим.

Соматоген босқичда ўлим сабаби бўлиб оғир йирингли септик асоратлар, сепсис, полиорган етишмовчилик, миоренал синдром фонида юрак қон-томир ва нафас етишмовчилиги бўлиб ҳисобланади.

**Серотонин ва норадреналиннинг қайта ушланиб қолиш селектив ингибиторларидан заҳарланиш клиник кўринишининг ўзига хослиги**

Серотонин ва норадреналиннинг қайта ушланиб қолиниши селектив ингибиторларидан оғир заҳарланишлар жуда кам ҳолларда учрайди. Трициклик антидепрессантлар ва МАО ингибиторларидан фарқли ўлароқ улар антихолинэргик ва  $\alpha$ -адреноблокловчи таъсир кўрсатмайди, бу гуруҳ воситалардан заҳарланганда седация ва кардиотоксик таъсир хавфи сезиларли даражада паст ҳисобланади. Серотонинни қайта ушланиб қолиниши селектив ингибиторларидан заҳарланишнинг эрта белгилари бўлиб, кўнгил айнаши, қусиш, кўришнинг хиралашуви, баъзан марказий асаб тизимининг тормозланиши ва синусли тахикардия ҳисобланади. Амалиётда эпилептик хуружлар ва QRS комплексининг кенгайиши қайд этилган, бироқ улар кам учрайди. Бундан истисно тарзида циталопрам ҳисобланиб, унинг дозаси ошириб юборилганида QT узайиши ва эпилептик хуружлар (иккала таъсир ҳам дозага боғлиқ) кузатилади. Ўлимга олиб келувчи QRS комплексининг кенгайиши ва синусли тахикардия ҳолатлари қайд этилган бўлса ҳам тезкор натрий каналларининг блокадаси одатда клиник намоён бўлмайди.

## 2 боб. НЕЙРОЛЕПТИКЛАРДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Антипсихотик дори воситалар – психик бузилишларни даволашга қаратилган психотроп дори воситалардир; уларнинг анъанавий номи – **нейролептиклар.**

Бу гуруҳ дори воситалари турли даражада антипсихотик ва седатив (тинчлантирувчи) таъсир кўрсатади. Антипсихотик таъсир психозлар (галлюцинация, алаҳсираш) симптоматикасини самарали бартараф қилишга қаратилган. Психо седатив таъсир умумий тинчлантириш, кўзгалувчанликни, ташвишни, агрессивликни камайиши билан характерланади. 1950 йилгача шизофрения касаллигини даволаш учун, яъни хлорпромазин клиник амалиётга татбиқ этилгунига қадар оддий седатив дори воситаларидан фойдаланилган. Психик бузилишлар терапиясида нейролептикларнинг кириб келиши ижобий бурилишга олиб келди. Бирок, нейролептиклар дозаси ошиб юборилганда оғир асоратлар келиб чиқиши вақт ўтиб маълум бўлди. Бундан ташқари бу дори воситалари кўплаб жиддий ножўя таъсирларга эга эканлиги, асосийси оғир экстрапирамидал бузилишларни чақариши маълум бўлди.

Антипсихотик дори воситаларнинг асосий нейрорхимик таъсири рецепторлар тизимининг психоз ривожланишига жавобгар дофаминли ва серотонинли рецепторларнинг блоккланишига асосланган. Бу гуруҳ дори воситалари кўпчилигининг таъсир механизмида лимбик тизимда жойлашган постсинаптик дофамин D<sub>2</sub>-рецепторларини фалажлаши ётади. Неостриатумнинг дофаминергик тизимга таъсири антипсихотик дори воситаларининг экстрапирамидал бузилишлар келтириб чиқариши билан тушунтирилади. Антипсихотик дори воситаларининг тинчлантирувчи таъсири бош мия ўзагидаги кўтарилувчи ретикуляр формацияга таъсир кўрсатиши билан боғлиқ. Баъзи антипсихотик дори воситаларининг (масалан, фенотиазин унумлари) психотроп таъсири ривожланишида уларнинг бош мия серотонин рецепторлари ва М-холинорецепторларига фалажловчи таъсири аҳамиятли бўлиши мумкин.

Антипсихотик дори воситалари ҳозирги кунда шизофрения касаллигининг ҳар хил турларини даволашда, маниакал ҳолатларда, чегаравий ҳолатда бўлган суицидал ҳаракатлари бўлган беморларда профилактика ўтказиш мақсадида қўлланилади. Бундан ташқари, нейролептиклар наркологияда абстинент синдромининг оғир турларини даволашда, анестезиологияда наркозни потенциаллашда ва операциядан кейинги психозлар профилактикасида қўлланилади.

Касалликлар халқаро таснифи (КХТ)-10 нейролептиклардан захарланиш Т43 билан кодланади. (сарлавҳа ости Т43.3-43.5):

- Т43.3 – антипсихотик ва нейролептик дори воситалардан захарланиш;
- Т43.4 – нейролептиклардан захарланиш – фенотиазин қатори унумларидан, бутирофенон ва тиоксантендан;
- Т43.5 – бошқа аниқланмаган антипсихотик ва нейролептик дори воситалардан захарланиш. Бу сарлавҳа остига атипик нейролептиклардан ва аниқланмаган нейролептиклардан захарланиш киради, бу захарланишлар клиник манзараси нейролептиклардан захарланиш касаллиги билан ўхшаш, лекин захарловчи дори восита ҳақида аниқ анамнестик маълумотлар йўқ ва унинг кимёвий-токсикологик идентификациясини ўтказишнинг имконияти йўқ.

## 2.1. Нейролептиклар таснифи

Антипсихотик дори воситаларини “типик” ва “атипик” нейролептикларга ажратиш қабул қилинган. “Типик” дори воситалар учун ножўя таъсир сифатида экстрапирамидал тизим функцияси бузилишининг (паркинсонизм ва бошқа бузилишлар) характерланиши дори воситаларни бир-биридан фарқлашда қўл келади. “Атипик” антипсихотик дори воситалари қўлланилганида бу таъсир кучсизроқ ёки умуман намойиш бўлмайди. Айтиб ўтилган гуруҳларга қуйидаги дори воситалар киради:

### 1. «Типик» антипсихотик дори воситалари:

- *Фенотиазин унумлари* (аминазин, трифтазин, фторфеназин);

- *Тиоксантен унумлари* (хлорпротиксен);
- *Бутирофенон унумлари* (галоперидол);
- 2. *«Атипик» антипсихотик дори воситалари:*
  - *бензамидлар* (сульпирид);
  - *бензодиазепинлар* (клозапин).

D<sub>2</sub>-рецепторларга мойиллиги бўйича типик нейролептиклар кучсиз (тиоридазин, аминазин и бошқалар) ва кучли (галоперидол ва бошқалар)га бўлинади.

#### *Нейролептикларнинг клиник таснифи*

*(Мосолов С.Н., 2002)*

Типик нейролептиклар орасида қуйидагиларни ажратишади:

1. *Седатив антипсихотиклар* – дозага боғлиқ бўлмаган ҳолда бирданига тормозланувчи таъсир чақирадиган дори воситалар (левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин ва бошқалар);
2. *Инцизив антипсихотиклар* – кучли антипсихотик таъсирга эга бўлган дори воситалар (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин);
3. *Дезингибирловчи антипсихотиклар* – стимулловчи ва кўзгатувчи таъсирга эга дори воситалар (сульпирид, карбидин ва бошқалар).

#### *Нейролептикларнинг кимёвий тузилиши бўйича таснифи*

*(Данилов Д.С., 2010)*

#### *Фенотиазин унумлари:*

- **Алифатик** – хлорпромазин (aminaзин), левомепромазин (тизерцин), промазин, тералиджен;
- **Пиперазинли** – трифтазин, этаперазин, тиопроперазин (мажептил), флуфеназин (модитен), метофеназин, прохлорперазин;
- **Пиперидинли** – тиоридазин (сонапакс), перициазин (неулептил), пипотиазин (пипортил).



*Пиперидин ва пиперазиннинг ди- ва моноциклик унумлари:*

- **Бутирофенон-пиперидинлар** (бутирофенонлар) – галоперидол, трифлу, дроперидол, бромперидол, мельперон, пипамперон;
- **Дифенилбутил-пиперидинлар** – пимозид (орап), пенфлюридол (семап), флушпирилен (имап);
- **Бошқа пиперидинсимонлар**– респеридон (рисполепт), палиперидон (инвега), сертиндол (сердолект);
- **Пиперазинсимонлар** – зипрасидон (зелдокс), арипипразол (абилитай).

*Тиоксантен унумлари:*

- **Алифатик**– хлорпротиксен;
- **Пиперазинли**– флупентиксол (флюанксол), зуклопентиксол (клопиксол), тиотиксен;

*Бензамид унумлари* – эглонил, амисульприд, тиаприд, топрал;

*Дибензодиазепиннинг пиперазинли ҳосилалари* – клозапин (азалептин), зипрекса, кветиапин (сероквель), локсапин;

*Индол унумлари*– дикарбин, молиндон.

Заҳарланишда нейролептикларнинг кимёвий таснифи дори воситаларнинг асосий токсик таъсирини аниқлашга ёрдам беради, бир кимёвий гуруҳга кирувчилар, одатда бир хил токсик таъсир механизмига эга. Шу боисдан, алифатик фенотиазинлар (хлорпромазин, левомепромазин, промазин) кучсиз антипсихотик таъсирга эга бўлиб, кам ҳолларда экстрапирамидал бузилишлар ривожланишига олиб келади, аммо, яққол седатив таъсир кўрсатади. Бутирофенонлар (галоперидол, трифлуоперидол) аксинча, кучсиз седатив ва яққол экстрапирамидал таъсирли кучли антипсихотик дори воситаларидир. Дибензодиазепинлар (клозапин, кветиапин) кам ҳолларда экстрапирамидал бузилишлар чақиради, балким яққол седатив ва холинолитик таъсирли ҳисобланади. Афсуски, заҳарланиш клиник манзарасининг умумийлиги фақатгина типик нейролептиклар

(фенотиазинлар, тиоксантенлар, бутирофенонлар ва уларга яқин дифенилбутилпиперидинлар) учун хосдир. Бошқа гуруҳлар учун бу коида кўплаб истисноларга эга. Масалан, бензамид унумлари гуруҳи яққол антипсихотик таъсирли (амисульприд) нейролептикларни ва амалий жихатдан бу таъсирдан махрум бўлган дори воситаларни (метоклопрамид) ўз ичига олади. Фенотиазиннинг пиперидинли унумлари ичида яққол ҳаракатланиш функциясига (пипотиазин) таъсир кўрсатувчи ва жуда кучсиз экстрапирамидал таъсирли (тиоридазин) нейролептиклар ҳам бор. Дибензодиазепин унумларига кучли нейролептиклардан клозапин ва ўрта антипсихотик таъсирли кветиапин киради. Бутирофенон унумлари (галоперидол) ва фенотиазиннинг пиперазинли унумлари (флуфеназин) кучли антипсихотиклар бўлиб, яққол экстрапирамидал таъсирли ва амалиётда одатда ўзаро алмашинувчандир.

Алифатик фенотиазинлар (хлорпромазин) дибензодиазепинларга (клозапин) ўхшаш седатив ва гипотензив таъсир кўрсатади.

#### *Нейролептикларнинг клиник-нейрохимёвий таснифи*

*(Данилов Д.С., 2010)*

Нейрохимёвий таснифи ҳар хил рецепторлар аффинитетига (мойилликка) асосланганлиги алоҳида эътиборни талаб қилади:

1. **Дофамин рецепторларни танлаб фалажловчилари** (галоперидол, пимозид, сульприд, амисульприд) яққол антипсихотик таъсирга эга. Бу гуруҳ дори воситаларидан захарланиш экстрапирамидал ва эндокрин бузилишлар ривожланиши юқори хавфига олиб келади.

2. **Дофамин рецепторларини фаол фалажловчилари бир вақтнинг ўзида кучсиз ёки серотонинни ўрта фалажловчилари ва бир вақтнинг ўзида  $\alpha_1$ -норадреналинли** (перфеназин, флуфеназин, зуклопентиксол, флупентиксол) рецепторларнинг блокаторларидир. Бу гуруҳ дори воситалари экстрапирамидал ва эндокрин бузилишлардан ташқари гипотензия чақириси ҳам мумкин.

3. **Бош мия ва вегетатив нерв системаси рецепторларининг танламасдан фалажловчилари** (аминазин, левомепромазин, тиоридазин, хлорпротиксен). Бу гуруҳ дори воситалари нисбатан кучсиз антипсихотик таъсирда яққол тинчлантирувчи таъсир кўрасатади. Бу гуруҳ дори воситаларидан захарланишда экстрапирамидал бузилишларнинг хавфи пастроқ ҳамда ножўя вегетатив (гипотензия, қабзият, оғиз қуриши ва бошқалар) таъсирларнинг ривожланиш хавфи юқори ҳисобланади.

4. **Дофамин ва серотонин рецепторларини мувозанатлашган фалажловчилари**  $\alpha_1$ -норадреналинли рецепторларга (рисперидон, зипрасидон, сертиндол) нисбатан ўрта фаолликда таъсир кўрасатади. Дори воситаларнинг кучли антипсихотик таъсири юрак қон-томир, неврологик ва эндокринологик бузилишлар ривожланишининг ўртача хавф гуруҳини ташкил этади.

5. **Бошқа нейромедиатор тизимларга қиёсланмаган таъсир кўрсатувчи устуңлиги билан серотин рецепторлари фалажловчилари** (клозапин, оланзапин, кветиапин). Бу дори воситалар яққол ёки ўрта даражада антипсихотик таъсирга эга бўлиб, седация ва гипотензия ривожланишининг юқори хавфига, неврологик ва эндокрин бузилишларни кам ҳолларда ривожланишига олиб келади.

## 2.2. Нейролептикларнинг токсикокинетикаси

Нейролептиклар, айниқса фенотиазин унумлари сувда ва ёғда яхши эрийди, ошқозон-ичак трактидан яхши сўрилади. Қондаги максимал концентрациясига қабул қилингандан 2-4 соат ўтгач эришилади. Нейролептикларнинг биотрансформацияси жигарда кечади. Биотрансформациясининг асосий йўллари бўлиб: ароматик ҳалқаларнинг гидроксилланиши; сульфоксид ёки сульфон гетероциклидаги олтингугурт атомининг оксидланиши; азот атоми ёки ён занжир бўйича N-дезалкилланиши ҳисобланади.

## Баъзи нейролептикларнинг фармакокинетикаси

Дори воситалар	pKa	Оксиллар билан боғланиши (%)	V <sub>d</sub> (л/кг)	T <sub>1/2</sub> (ч)	LD <sub>100</sub> (г)	LD <sub>100</sub> (мл/л)
Аминазин	9,3	98	14-20	15-30	> 2,0	0,5-2,0
Хлорпротиксен	8,8	40	10-20	8-12	1,0	0,4-0,8
Галоперидол	8,3	90	10-30	10-40	3	0,05-1
Тиоридазин	9,5	96	10-13	10-36	1	2,0
Сульпирид	8,9	14-40	2-3	4-13	2-3	
Метоклопрамид	2,2	н/д	н/д	2-3	> 150	0,1-0,2

Бу гуруҳ дори воситалари энтерогепатик цикл таркибида айланади. Метаболитлар жигар ва буйраклар орқали чиқарилади (2.1. жадвал). Таъсир самарадорлигининг давомийлиги энтерогепатик циркуляция давомийлигига ва метаболитлар фаоллигига боғлиқ. Жуда юқори дозада қабул қилинганда организмдан чиқарилиши 6 кунгача чўзилади. Дори воситаларнинг оксихосилалари сийдик орқали чиқарилади.

**Токсиклиги, летал дозалари ва концентрациялари.** Нейролептиклар кичик терапевтик кенгликка эга (2.2. жадвал).

## Баъзи нейролептикларнинг терапевтик, токсик, летал концентрациялари

Дори восита	Концентрациялари, г		
	терапевтик	токсик	летал
Хлорпромазин	0,05-0,5	0,5-2,0	3,0-12
Промазин	0,1-0,4	2,0-3,0	5,0
Левомепромазин	0,03-0,15	0,5	0,5-1,5
Трифлуоперазин	0,005-0,05	0,1-0,2	Маълумотлар йўқ
Тиоридазин	0,2-1,0	2	5,0
Перициазин	0,005-0,03	0,1	Маълумотлар йўқ

## 2.3. Нейролептикларнинг токсик таъсир механизми

Нейролептикларнинг асосий таъсири уларнинг дофаминергик ва серотонинергик тизимга таъсири билан боғлиқ. Дофаминергик тизимнинг мезолимбик соҳада базал ганглийлар ва гипоталамус даражасида фалажланиши натижасида бош миянинг пирамидал ва экстрапирамидал ўтказувчи йўллари ўртасида физиологик мувозанат бузилади. Агар дори

воситасининг дофаминолитик потенциали қанча юкори бўлса шунча экстрапирамидал бузилишлар ривожланиш даражаси ортади. Кам холларда *эмон сифатли нейролептик синдром* ривожланиши мумкин. Бунинг асосида стриатум D<sub>2</sub>-рецепторларининг мушак ригидлиги ва треморга олиб келувчи фалажининг ривожланиши ётади, бу эса ўз навбатида иссиқликнинг жадал ишлаб чиқарилишига олиб келади.

2.3. жадвал.

### Баъзи нейролептикларнингтоксик таъсир механизми

(Р. ХОФФМАН, 2010)

Дори воситалар	$\alpha_1$ -адрено-рецепторлар фалажи	M-холино-рецепторлар фалажи	Тез натрий каналлари фалажи	Калий каналлари фалажи
Галоперидол	—	—	+	+
Локсапин	+++	++	++	+
Тиоридазин (сонапакс)	+++	+++	+++	+++
Хлопромазин (аминазин)	+++	++	++	++
Клозалин (азалептин)	+++	+++	—	+
Кветиапин (сероквель)	+++	+++	+	+/-
Рисперидон (рисполепт)	++	—	—	—

Дофаминнинг камайиши терморегуляция жараёнларига жавоб берувчи стриатум ва гипоталамус серотонинергик структураларининг бошқарилишини бузади. Дофамин ва серотонин рецепторларга таъсирдан ташқари кўпчилик нейролептиклар бош мия ва вегететив нерв тизимидаги бошқа медиатор тизимлар рецепторларини фалажлайди. Масалан, *M-холинорецепторлар,  $\alpha_1$ -адренорецепторлар ва H<sub>1</sub>-гистаминли рецепторларнинг фалажланиши* тинчлантирувчи таъсирнинг, марказий ва холинолик синдромнинг ва гипотензия ривожланишига олиб келади. Бир

қатор нейролептиклар (тиоридазин, ципразидон) *кардиотоксик таъсирга* эга. Типик антипсихотиклар гуруҳи асосан дофаминли рецепторларга таъсир қилиб бир вақтнинг ўзида атипик нейролептиклар кўп ҳолларда серотонин ва бошқа нейромедиаторларнинг метаболизмига таъсир қилиб улар кам ҳолларда экстрапирамидал бузилишлар чақиради (2.3. жадвал). Талваса хуружларини ривожланишида типик нейролептиклар талваса олди ҳолатларни камайтиради.

#### ***Нейролептикларнинг токсик таъсири механизми:***

1. МНТ дофаминергик тизимининг экстрапирамидал бузилишлар ва ёмон сифатли гипертермия ривожланиши билан фалажланиши.
2. Артериал гипотонияга олиб келувчи  $\alpha_1$ -адренорецепторлар фалажи.
3. Марказий ва периферик антихолинергик синдром билан намоён бўлувчи М-холинорецепторлар фалажи.
4. Кардиотоксик таъсири – тез натрий каналларининг фалажи QRS комплексининг кенгайиши ва юрак миокардининг қисқарувчанлик функциясининг пасайиши, калий каналларининг фалажи билан намоён бўлади. Бу QT интервалининг узайишига ва пируэт тахикардияга олиб келиши мумкин.

#### **2.4. Нейролептиклардан заҳарланишнинг клиник кўриниши**

Нейролептикларнинг терапевтик дозада қўллашнинг ўзига хослиги интоксикация оғирлик даражаси ошиши билан йўқолади. Дозага мойил токсик таъсири ухлатувчи дори воситаларидан заҳарланиш сингари кечиши - эс-хушнинг йўқолиши уйқучанлик ҳолатидан то комагача намоён бўлади. Кўпчилик нейролептиклар, кучли М-холинофалажловчи таъсирга эга бўлиб, тахикардия, сўлак ва тер ажралишининг камайиши, гиперемия ва тери қуруқлашиши, мидриаз (баъзи ҳолларда, аксинча миоз), перистальтиканинг сусайиши, сийдик тутулиши билан кечувчи кучли **холинолитик синдромни** келтириб чиқариши мумкин. Марказий холинолитик синдром кузатилиши

мумкин (делирий). Кўп ҳолларда тана ҳароратининг бир хилда кўтарилиши тер ажралаши ва катта иссиқлик чиқарилиши ҳисобига иссиқлик чиқаришнинг камайиши билан кузатилади. Артериал гипотония ривожланади (*α<sub>1</sub>-адренолитический синдром*). ЭКГ даги ўзгаришлар трициклик антидепрессантлардан захарланишдаги ўзгаришлар билан бир хил бўлади (QRS комплексининг кенгайиши, QT интервалининг узайиши, пируэт тахикардия).

Интотоксикациянинг ривожланиши нейролептикларнинг турли хил медиатор тузилмаларига таъсири натижасида фазанинг алмашинуви билан характерланади. Шундай қилиб, фенотиазин ва тиоксантен унумларидан захарланишнинг ўрта оғир даражасида холинолитик синдром ривожланиб, интотоксикация ривожланганида α-адренолитик синдром билан алмашинади ва экзотоксик шок ҳолатига ўтади. Шунини кўрсатиш керакки, фенотиазин контомир тизими терминал соҳасида α-адренорецепторларнинг чуқур фалажини келтириб чиқаради. Бу ўтказилаётган терапиянинг гипотонияга резистентлиги билан боғлиқ.

Яққол дофаминолитик фаоллиги бўлган нейролептиклардан захарланганда **экстрапирамидал бузилишлар** кузатилади. Кучли нейролептиклар (галоперидол) кучсизларига (хлопромазинил, тиоридазин) қараганда кўпроқ экстрапирамидал бузилишлар чақиради. Нейролептик синдром (нейролептик экстрапирамидал бузилишлар) – ҳаракатлар бузилиши билан намоён бўлувчи неврологик асоратлар комплекси. DSM-IV америкалик тасниф бўйича барча экстрапирамидал ҳаракат бузилишларини паркинсонизм (акинето-ригидлик и гиперкинетико-ригидлик синдром), ўткир дистония (дискинетик синдром) ва ўткир акатизияга (гиперкинетик синдром) ажратиш мумкин.

*Нейролептик паркинсонизм* брадикинезияни (ҳаракатларнинг суст темпи, бошланғич ҳаракатларнинг қийинлашуви, бурилишларнинг қийинлашуви), ригидлилик (мушакларнинг таранглашуви), тишчали

гилдирак симптоми (ҳаракатларнинг номутаносиблиги), кўл оёқларда тремор, никобсимон юз, сўлак оқишини ўз ичига олади.

*Ўткир дистония* (эрта дискенезия) бутун танадаги алоҳида мушак гуруҳларининг спастик қисқариши типиди беихтиёр ҳаракатлар билан намоён бўлади. Бунда тана, кўл-оёқларнинг айланиши, букилиши ёки ёзилиши каби патологик ҳолатларнинг ривожланиши билан кузатилади. (торзион спазмлар); юз, ҳалқум мушакларининг хуржсимон таранглашуви, тилни мажбурий киргизиш, ютиниш, нафас олиш ва гапиритиришнинг кийинлашуви, бошни ён томонга мажбурий буриш ёки орқага ташлаш (Куленкамф-Тарнов синдроми); хореоатетоз – хорея (тез, нотекис ҳаракатлар) ва атетоз (секин талвасали ҳаракатлар) комбинациясидир. Бу патологик ҳаракатларнинг икки тури (хорея ва атетоз) уларнинг атиги бир компоненти кўпроқ даражада кузатилганда биргаликда намоён бўлади. Бармоқлардаги атетоз аста-секин чувалчангсимон ҳаракатлар билан намоён бўлади. Юз мушаклари атетози оғизнинг кийшайиши, лаб ва тилнинг титраши билан намоён бўлади. Хорея – тана ва кўл ва оёқлар, бўйин ва юз мушакларининг норитмик ва кетма-кет, турли хилда тез мажбурий ҳаракатлари.

*Акатизия* – ҳаракатларга ва ҳолат ўзгаришларига эриша олмайдиган эҳтиёжи билан характерланадиган ҳолат (“ташвишли оёқлар” синдроми, беморлар ётоқдан қулай ҳолат топмасдан «эмаклайди», нотинччилик, ҳаракатли кўзғалишлар).

*Ёмон сифатли нейролептик синдром.* Бу ҳолатни кўпинча қуйидаги дори воситалари келтириб чиқаради – галоперидол, фенотиазинлар, бутирофенон ва тиоксантенлар. Кучайиб борувчи мушаклар ригидлиги, тана ҳароратининг кўтарилиши ва иссиқлик тушурувчи дори воситалари билан даволашда резистентлик билан синдромнинг ривожланиши намоён бўлади. 24-72 соат давомида клиник симптоматикаси авж олади. Бу синдром гипергидроз фониди кечиб кўшимча суюқлик йўқолишига олиб келади. Асосий клиник кўринишлари бўлиб мушак ригидлиги, гипертермия(кўпинча



фебрил), вегетатив силжишлар, психик бузилишлар ҳисобланади. Мушак ригидлиги намоён бўлиш даражаси ҳар хил – мушаклар гипертонусидан “қўргошинли қувурлар” симптомигача (пассив ҳаракатларга ҳаддан ташқари қаршилик кузатилганда). Ёмон сифатли нейролептиклар синдромида қуйидаги экстрапирамидал бузилишлар кузатилади: бради- ва акинезия, «тишли гилдирак» симптоми, миоклонус, тремор, хорей, опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, акатизия, дистония, эпилептиформли хужлар, гиперрефлексия, нистагм ва дискоординация. Вегетатив нерв тизими дисфункцияси билан намоён бўлувчи ёмон сифатли нейролептик синдромдаги соматик бузилишлар турлича: тахикардия ва бошқа юрак ритмлари, артериал қон босими лабиллиги, тахипноэ, тери рангининг оқимтирлиги, терлаш, сўлак ажралишининг ошиши, сийдик ушлаб туrolмаслик. Сувсизланиш симптомлари кузатилади: шиллик қаватлар қуриб қолиши, қакраган кўзлар, тери тургорлигининг пасайиши. Ёмон сифатли нейролептик синдромда психик бузилишлар турлича бўлади: ташвиш, чалкашлиллик, қўзғалувчанлик ва делирийдан то оғир катотониягача, акинетик мутизм, ступор ва комаларгача. Ёмон сифатли нейролептик синдромнинг оқибатлари қуйидагилар:

- гипотензия, дегидратация, шок;
- рабдомиолиз, ўткир буйрак етишмовчилиги;
- аритмияларнинг метаболик ацидоз ва нейролептикларнинг

тўғридан-тўғри кардиотоксик таъсири ҳисобига ривожланиши.

### *Баъзи нейролептиклардан заҳарланиш клиник кўринишининг*

#### *хусусиятлари*

**Аминазин** – фенотиазин қатори дори воситаи, кенг таъсир доирасига эга. Дори восита марказий ва периферик нерв тизимига сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Аминазин учун тинчлантирувчи таъсир ва экстрапирамидал бузилишлар чақириш характерлидир. Аминазиннинг кўзга кўринарли хусусиятларидан бири бу миорелаксирловчи таъсири ҳисобланади. Бу базал ядрога таъсири ҳисобига мушак тонусини

супраспинал тормозлаши билан боғлиқ. Аминазин IV қоринчада жойлашган дофамин рецепторларининг бошланғич зонасини (trigger zone) фалажлаш ҳисобига қусиш рефлексини тормозлайди. Аминазин периферик иннервацияга таъсир кўрсатади.  $\alpha$ -адренофалажловчи таъсири ҳисобига адреналининг “нотўғри” таъсири юзага келади ва артериал қон босимининг тушиши кузатилади. Аминазининг М-холинофалажловчи таъсири ҳисобига бу дори воситадан захарланганда сўлак, бронхиал ва ҳазм безлари секрецияси пасаяди. Кам ҳолларда ёмон сифатли нейролептик синдром ривожланиши мумкин. Бу буюрилган дори воситага идиосинкразия натижаси ҳисобланиб 10-20% беморларда ўлим билан тугайди.

*Трифтазин* – фенотиазин катори дори воситаси, кам намоён бўлувчи седатив, гипотензив ва миорелаксирловчи таъсири билан характерланади. Бироқ, экстрапирамидал ўзгаришлар аминазинга нисбатан кўпроқ учрайди.

*Хлорпротиксен* – тиоксантен (труксал) унуми. Дори восита яққол седатив таъсир келтириб чиқаради, қусишга қарши таъсир кўрсатади. Гипотензив таъсири камроқ.

*Галоперидол* – бутирофенон унуми. Галоперидолнинг юқори антипсихотик фаоллиги захарланишларларда кучли экстрапирамидал синдром билан кечади. Седатив таъсири кучсиз намоён бўлади. Препарат учун периферик  $\alpha$ -адренорецепторларни кам миқдорда тормозланиши ва атропинсимон ганглиофаложловчи таъсирининг йўқлиги характерли бўлиб дори восита артериал қон босимини пасайтирмайди ва холинолитик синдром чақирмайди.

*Сульпирид* – бензамид унуми. Дори восита дофаминли  $D_2$ -рецепторларининг танлаб фалажловчилари ҳисобланади. Шунинг учун захарланишларда кам даражада экстрапирамидал ўзгаришлар чақиради. Сульпирид билан захарланганда кучсиз гипотензия ва кам намоён бўлувчи седатив таъсир чақиради.

## *Нейролептиклардан ўткир заҳарланишнинг клиник кўриниши*

### *огирлик даражаси*

*Енгил даражали* заҳарланишда асосий симптомлардан ҳолсизлик, апатия, умумий дармонсизлик, бош айланиши ҳисобланади. Кейинчалик уйқучанлик мушаклар гипотонияси, қисқа вақтда уйғотиш қийин бўлган узок муддатли уйқу кузатилади. Хлорпротиксендан заҳарланганда мидриаз қайд қилинади; фенотиазин унумлари ва галоперидолдан заҳарланганда эса – миоз кузатилади. Нафас олиш ва юрак қон-томир тизими функцияларининг бузилиши кузатилмайди. Яққол намоён бўлувчи тахикардия кузатилиши мумкин. Бундан ташқари гипокинезия, энса мушаклари ригидлиги, тризм, тремор каби енгил экстрапирамидал бузилишлар ривожланиб улар ўз-ўзидан ўтиб кетиши мумкин.

*Ўрта огирликдаги* заҳарланишда эс-ҳушнинг даврий кўзғалишлар даврийлиги билан сопоргача бузилиши кузатилади. Ҳаммасидан характерлиси кўз қорачиғи торайиши бўлиб лекин қорачиғнинг кенгайиши ҳам кузатилиши мумкин. Рефлекслар пасайган бўлиб, лекин кўп ҳолларда гиперрефлексия ҳам кузатилиши мумкин; мушаклар дистонияси пайдо бўлиши ҳам мумкин. Энса мушаклари ригидлиги, мажбурий гримассалар билан тризм, қўл оёқлар спастиклиги, бўйин қийшайиши (тортиколиз), окулогирли криз ( кўзларнинг бир томонлама талвасаси), атетоз типигаги талваса, баъзида патологик рефлекслар, каталептоид ҳолатлар пайдо бўлиши кузатилади. Ҳансираш ривожланиб, нафас олишнинг узок бузилишида ва гипотензия ҳолатларида цианоз келиб чиқиши мумкин. Одатда тана ҳароратининг тушиши кузатилади. Бироқ баъзи ҳолларда ўрта огирликдаги заҳарланиш гипертермия билан кечади. Кўп ҳолларда ичаклар парези ва сийдик тутилиши кузатилади.

*Огир даражали заҳарланиш* кома ҳолатини келтириб чиқариши билан тавсифланади. Нафас олиш юзаки, хириллашлар билан ва кейинчалик даврий (Чейн-Стокс типига) бўлиб қолади. Тери оқимтир, совуқ ёпишқоқ тер билан қопланиб кейинчалик цианоз пайдо бўлиши мумкин. Рефлекслар кучайиши

мумкин, бироқ кейинчалик ўз кучини йўқотиб ёругликка таъсири йўқолади. Юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиб гипотония, тахикардия, суст таранглик ва тебранишли пульс билан намоён бўлади. Баъзида клоник, тоник, опистотонус ва карпопедал спазм типиде талвасалар пайдо бўлиши мумкин. Экстрапирамидал синдромнинг оғир формалари мунтазам торзион спазмларни (тана мушакларининг бурилишлар билан тоник кискариши), Куленкамф-Гарнов синдроми мунтазам пароксизмларини, дискенизия ҳамда вегетатив бузилишлар билан кечувчи бошқа ҳаракатли кризларни ўз ичига олиб мунтазам хуружлар типиде намоён бўлади. Одатда талвасалар кучсиз лекин давомий ва қайталанувчи бўлади. Пайдо бўлиш вақтига қараб талвасалар ёки ривожланаётган кома ёки коллапс фониде нафас олиш марказини тормозлаши мумкин. Ўлим нафас марказини параличи ёки юрак қон – томир етишмовчилиги ривожланиши натижасиде юзага келиши мумкин.

*Асоратлари.* Ўлимга олиб келувчи типик кечки асоратларидан зотилжам ҳисобланади. МАТ функцияларининг тикланиши фониде ўткир захарланиш симптомлари йўқолишидан кейин ҳам тремор ва спастиклик билан кечувчи паркинсоид ҳолатлар юзага келиши мумкин билан бош оғриги, депрессия, ретроград амнезия ривожланишининг узок муддат давомида сақланиб қолиниши ҳам кузатилиши мумкин.

## 2.5. Азалептиндан захарланиш

Охирги йилларда азатептиндан ўткир захарланиш ҳолатлари ошиши кузатилади. Бу интоксикациянинг хусусиятларидан бўлиб унинг оғир кечилиши ва 30%ни ташкил этувчи юқори ўлим ҳолатининг келиб чиқиши ҳисобланади. Азалептиндан захарланишнинг клиник манзараси ўзига хослиги билан ажралиб туриши сабабли, алоҳиде кўриб чиқилади.

Азалептин (8-хлор-11-(4-метил-1-пиперазенил)-5Н-дибензо-диазепин; клозапин, лепонекс ва бошқ.) – яққол седатив таъсирга эга бўлган нейролептик. Азалептиннинг фармокологик таъсири бир неча

компонентларни ўз ичига олади (марказий ва периферик холинолитик,  $\alpha$ -адренолитик, антисеротонин ва антигистамин таъсир, пресинаптик мембранадан дофаминнинг чиқишини тормозлайдиган), лекин олиб келувчи механизми ҳақида ҳар хил муаллифларнинг фикри турлича. Шунга қарамасдан кўпчилик муаллифлар марказий холинолитик таъсирни заҳарланишда яққол намоён бўлади деб таъкидлашадилар.

Дори воситанинг кинетикаси яхши ўрганилмаган. Ичга қабул қилингандан кейин тез сўрилиши (қондаги максимал концентрацияси 2 соатдан сўнг), юқори абсорбцияси (90-95%) ва таъсир доираси 50-60%, плазма оксиллари билан боғланиши улуши кўплиги (95%) каби кўрсаткичлари алоҳида ўрин эгаллайди. Азалептиннинг метабозизми асосан жигарда цитохромом P4501A2 ва P4503A4 ни деметилланиш, ароматик ҳалқани оксидланиши ва конъюгацияланиши жараёнида кечади, натижада фаол (дезметилклозапин, клозапин-N-оксид) ва нофаол (глюкуронидлар, гидрокси- и метилтиоунумлари) метаболитлар ҳосил бўлади. Клозапин учун энтерогепатик циркуляция ва ичакларнинг мотор эвакуатор функциясининг бузилиши характерлидир. Дори воситанинг юборилган дозадан тахминан 50% сийдик орқали ҳамда 30% гача бўлган миқдори ахлат билан метаболитлар кўринишида чиқиб кетади. Клозапиннинг қондаги терапевтик концентрацияси 0,1-0,6 мкг/мл; токсик концентрацияси 0,6-1,3 мкг/мл; летал дозаси 3 мкг/мл. Клозапиннинг токсик дозаси 600 мг/сутка дан ошиб кетади.

*Енгил интоксикация* ҳолатлари турлича бўлиб ўз ичига церебрал (ҳолдан тойиш, уйқучанлик, бош айланиши баъзида- ригидлилик, тремор, атаксия) ва сомато-вегетатив бузилишлар (оғиз қуриши, аккомодация, терлаш ва терморегуляция бузилиши; гиперсаливация; тахикардия, артериал гипо-кам ҳолларда гипертония, баъзан – ЭКГ да ўзгаришлар; аритмиялар, ошқозон ичак тракти томонидан бузилишлар – кўнгил айниш, қусиш, қабзият; биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши – жигар ферментлари индикаторлари зардобли фаоллигининг ошиши, баъзан – жигар ичи холестази; сийдик тутулиши).

Айрим ҳолатларнинг турли йўналишларда намоён бўлиши (артериал гипо- ёки гипертензия, оғиз қуриши, саливация ва бошқ. ) бу эса дори воситанинг бирон бир таъсир механизм доирасида боғланишига йўл қўймайди.

*Ўрта оғир даражадаги* захарланишларда кўрсатилган бузилишлар яққол намоён бўлади. Биринчи навбатда бу МНТ ҳолати учун хос бўлиб – псизомотор кўзғалиш эпизодларидан то ҳушнинг делириоз бузилишларигача, сомноленция, сопор, юзаки кома ҳолатигача намоён бўлади. Сопордан комага ўтувчи делирий одатда эс ҳушнинг қарахтлиги, кўриш галлюцинациялари, психомотор кўзғалиш, марказий холинолитик синдроми типидан кечувчи (ҳаракатли кўзғалишлар ётоқ доирасида чегараланган). Беморнинг комадан чиқишида давомийлиги 50 соатгача бўлган делирий (иккиламчи) ҳолати қайталаниши мумкин. Делирий, кўпчилик ҳолларда гиперсаливация, бронхорея, тери қопламларининг оқариши, тахикардия, гипотензияга, кўз қорачиғининг торайишига мойиллик билан кечади.

*Оғир даражадаги захарланиш* ҳолатларида ҳаётий функциялар бузилишлари, миоз билан кечувчи кома ҳолатлари устунлик қилади (нормал катталиқдаги пасайган фотореакцияли қорачиғлар) ва пасайган пай рефлекслари билан намоён бўлади. Эс-ҳушнинг бузилиш фонидан кучли бронхорея ва гиперсаливация аспирацион-обтурацион типидан ўткир нафас етишмовчилигини келтириб чиқаради, бу эса кечиктириб бўлмайдиган нафас ўтказувчанлигини тиклаш чораларини талаб этади.

Артериал гипотензияга нисбатан гипертензия кўпроқ кузатилади. Азалаптинга кимёвий структураси бўйича ўхшаш бўлган трициклик антидепрессантлардан типик захарланишларда QRS комплексининг кенгайиши кам ҳолларда учрайди ва унинг давомийлиги қондага биноан 0,12-0,14 секунддан ошмайдиган ўзгаришлар билан намоён бўлади. Соматик бузилишлар орасида перистальтиканинг сусайиши, сийдик пуфагининг атониясига олиб келувчи беихтиёр сийиш ажралиб туради. Одатда 1 – ва 2-сутканинг охирида аниқланадиган азалаптиндан оғир захарланишнинг

кўп учрайдиган белгиларидан бўлиб индикатор ферментларнинг фаоллигининг ўртача ошиши (2-5 марта) билан борадиган токсик нефро- ва гепатопатия ҳисобланади. Мушак фракциясининг ферментлари ҳисобига КФК фаоллигининг ошиши (5-20 марта) асосан, рабдомиолиз натижасида скелет мушаклари мембраналари ўтказувчанлиги бузилиши билан кечади.

2-3 суткада ривожланган кўп учрайдиган асоратларига интоксикациянинг соматоген босқичида келиб чиқадиган ўлимнинг асосий сабаби – зотилжам киради.

Ташхис сийдикда дибензодиазепинни аниқлаш орқали 3-5 сутка давомида мусбат синама билан тасдиқланади.

### 3 боб. ПСИХОСТИМУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Психостимулятор дори воситалари (психотониклар, ҳаракатлантирувчи турдаги стимуляторлар, психомотор стимуляторлар) – бу организмнинг ақлий ва жисмоний ҳолати кўзгалувчанлигини оширувчи психотроп дорилар гуруҳи ҳисобланади. Улар фикрлаш жараёнларини фаоллаштиради, кайфиятни кўтарди, жисмоний ва ақлий иш қобилиятини, чидамлилиқни, ташқи таъсирга жавоб реакцияси тезлигини оширади, чарчоқ ҳиссини камайтиради, ухлаш ва дам олишга бўлган эҳтиёжни вақтинча камайтиради. Тез шаклланадиган (жисмоний ва ақлий) қарамлик ушбу дорилар гуруҳининг ноҳўя таъсири ҳисобланади. Турли генезли астеник ҳолатларда, гиперреактивлик билан кечувчи диққат етишмовчиликлариди, ступороз ҳолатларда, тормозланиш билан боғлиқ невротик бузилишлар, нарколепсияларда бу дори воситалари буюрилади. Баъзи бирлари семизлик ҳолатида қўлланилади.

Қуйидаги фармакологик гуруҳлар психостимулятор дори воситалари қаторига киради:

- фенилалкиламинлар (фенамин (амфетамин), первитин);
- сиднонимин ҳосилалари (сиднофен, сиднокарб);
- пиперидин ҳосилалари (пиридрол, меридил);
- метилксантинлар (кофеин, кофеин-бензоат натрий).

10-Касалликларнинг халқаро таснифида (КХТ-10) психостимулятор дорилар билан заҳарланиш Т43.6 "Психостимулятор дорилар билан заҳарланиш, уларга мойил бўлиб қолиш" сарлавҳаси остида кодланган. Дори воситалардан ташқари кўплаб мавжуд бўлган моддалар (чой, қаҳва, тамаки), шунингдек, ноқонуний ишлаб чиқарилган ўсимлик ва синтетик психоактив моддалар (кокаин, катинонлар, метамфетаминлар ва амфетаминлар, синтетик каннабиноидлар ва бошқалар) психостимуляцион таъсирга эга. Ноқонуний психостимулятор моддалар билан заҳарланиш Т40 сарлавҳаси остида кўриб



чиқилади (Т40.9 "бошқа ва аниқланмаган психодислептиклар билан заҳарланиш [галлюциногенлар]").

#### **Фенилалкиламин гуруҳига оид дорилар**

Фенилалкиламин гуруҳига оид психостимуляцион дориларга расмий (фармакопея томонидан буюрилган) эфедрин ва амфетамин воситалари киради.

Эфедрин (2-метиламино-1-фенил-пропанол-1) - ҳар хил турдаги эфедр таркибига кирувчи алкалоид. Эфедрин воситалари табиий ёки синтетик воситалар ёрдамида олинади. Илгари эфедрин дори сифатида ишлатилган, аммо ҳозир у эскирган дори деб ҳисобланади ва кўплаб мамлакатларда дорига боғланиб қолиш сабабли хавfli деб тан олинган. Доимий мунтазам равишда қабул қилиш тана вазнининг камайишига сабаб бўлади. Ҳозирги вақтда эфедрин вазн йўқотиш учун биологик актив қўшимчалар (БАҚ) таркибида мавжуд. БАҚ таркибидаги эфедрин 15% дан ошса, ноқонуний деб ҳисобланади. Шунингдек, эфедрин наркотик моддаларни ноқонуний ишлаб чиқариш учун хом ашё бўлиб хизмат қилади. Шу сабабли, кўплаб мамлакатларда, шу жумладан Россия, Ўзбекистонда эфедрин айланмаси чекланган. Россияда эфедрин ҳосилаларини ўз ичига олган дори воситалар "Россия Федерациясида савдоси чекланган ва Россия Федерацияси қонунлари ва Россия Федерациясининг халқаро шартномаларига мувофиқ назорат чоралари ўрнатилган прекурсорлар рўйхати" ИИВ рўйхатига киритилган. Ноқонуний йўл билан тайёрланган эфедрин ҳам "Россия Федерациясида савдоси тақиқланган гиёҳвандлик воситалари, психотроп моддалар ва уларнинг прекурсорлари рўйхати" ИИВ рўйхатига киритилган. Америка Қўшма Штатларида таркибида эфедрин сақловчи дори-дармонларни қонуний сотиш қатъий чекланган бўлиб, битта харидор учун ойига 9 граммдан ошмаслиги керак ва сотувчилар харидорлардан шахсни тасдиқловчи ҳужжат талаб қилиши шарт, харидор ва у сотган эфедрин миқдори тўғрисидаги маълумотлар электрон базада сақланади.

*Амфетамин* (1,1-а-метилфенилетиламин) синтетик модда, 1920 йилларда у бронхиал астмани даволашда эфедрин ўрнини босувчи восита сифатида ишлатилган. Кейинчалик амфетаминнинг психоактив хусусиятлари аниқланди. 1937 йилдан амфетамин тузлари нарколепсия, Паркинсон касаллиги, депрессияни даволашда ва вазн йўқотиш воситаси сифатида ишлатилади. Ўша вақтдан бошлаб дори воситасини рекреацион фойдаланиш ҳолатлари кайд этилди. Иккинчи Жаҳон уруши пайтида АҚШ ва БуюкБритания аскарларига чарчоқни ва уйқуни камайтириш учун амфетамин таблеткалари берилган. 1960 йилларнинг бошларида "амфетамин психозлари" дори воситаси билан боғлиқлиги, амфетаминларга кучли психологик қарамлик пайдо бўлиши амфетамин истеъмол қилишнинг зарарли таъсири борлиги аниқланди. Россияда амфетамин 1975 йилгача "фенамин" савдо номи остида ишлаб чиқарилган. 2010 йилдан бери амфетамин гиёҳвандлик воситалари, психотроп моддалар ва уларнинг прекурсорлари рўйхатига киритилган, уларнинг Россия Федерациясида муомаласи тақиқланган (ИИБ рўйхат). Бирок, бир қатор мамлакатларда амфетамин сульфат ва фосфатлар шаклида фармакопоя таркибига киради, шунинг учун, бу модда қонуний равишда ишлатилиши мумкин. Бугунги кунда амфетамин сақловчи дори воситасилар АҚШда ва бошқа Ғарбий мамлакатларда тиббий фойдаланиш учун расман тасдиқланган: аддералл, декседрин, вивансе, элвенсе, тивенсе кабилардир.

*Метамфетамин* (Н-метил-а-метилфенилетиламин) боғланиб қолишнинг эҳтимоли юқори бўлган амфетамин ҳосиласидир. У Германияда 1930 йилларда «Первитин» савдо номи билан ишлаб чиқарила бошланди. Дори воситаси армияда катта дозаларда ишлатилган (Франция истилоси арафасида немис аскарларига Первитиннинг 35 миллион дозаси берилган). Иккинчи Жаҳон Урушидан сўнг, первитиннинг маҳсулоти АҚШга экспорт қилинди, у ерда Корея ва Вьетнам қўшинлари учун "куч берувчи таблеткалар" яратилди. 1973 йилдан метамфетамин қабул қилиниши АҚШ армиясида расмий равишда бекор қилинди. СССРда первитиннинг саноат

синтези 1946 йилда ташкил этилган. Дори воситаси психиатрия амалиётда нарколепсия ва турли хил генезли депрессияни даволаш учун ишлатилган. 1954 йилда у наркотик дорилар тоифасига киритилган ва 1975 йилдан у мамлакатнинг фармакопеясида чикариб юборилган ҳамда унинг ишлаб чиқарилиши тўхтатилган. Ҳозирги вақтда метамфетамин Ғарбий мамлакатлар ва АҚШ фармакопеясининг бир қисмидир, у ерда у "дезоксин" савдо номи билан сотилади (модданинг секин ажралувчи шакли).

*Фентермин* (адипеск, ионамин) амфетаминга ўхшаш бирикма, психостимулятор ва симпатомиметик ҳисобланади. Амфетаминдан фарқли ўлароқ, у кучли эйфория туйғусини келтириб чиқармайди ва шу сабабли баъзи мамлакатларда семириб кетишни даволаш учун дори сифатида рухсат этилади ("парҳез таблеткалари").

2014 йилда дунёда 41 тонна амфетамин туридаги стимуляторлар қонуний равишда ишлаб чиқарилган. Амфетамин воситасининг асосий қонуний ишлаб чиқарувчи мамлакатларига АҚШ (71%), Франция (24%) ва Венгрия (5%) киради.

#### *Сиднонимин гуруҳига кирувчи дори воситалари*

Сиднонимин гуруҳига кирувчи психостимулятор дори воситалари 1970 йилда СССРда яратилган Мезокарб (савдо номи "сиднокарб") киради. Ғарбий мамлакатларда дори воситаси деярли номаълумлигича қолмоқда. Мезокарбнинг кимёвий тузилиши амфетамин билан бир қатор ўхшашликларга эга. Мезокарб узок вақт давомида рус тиббий амалиётида ишлатиладиган асосий психостимулятор бўлиб келган. Амфетамин билан таққослаганда унинг токсиклик даражаси паст ва яққол периферик симпатомиметик таъсир кўрсатмайди деб ҳисобланган. Мезокарбнинг стимуляторлик хусусияти аста-секин ривожланади, узокроқ давом этади ва одатда амфетамин қаторидаги дориларга хос бўлган кучли эйфория ва мотор кўзғалиш билан бирга кузатилмайди. Дори воситасининг энергопатоген таъсири кузатилмаган, аммо дори воситасининг энергия кўпайиштириш ва иш фаолиятини кучайтириш ҳолатлари аниқланган. Россияда сидноглутон

номли комбинирланган дори воситаси ҳам ишлаб чиқарилган бўлиб, таркибида сиднокарб ва глутамин кислота (сиднокарбнинг психостимуляцион таъсирини кучайтирадиган воситачи аминокислота) сақлаган. 1990 йиллардан бошлаб рекреацион мақсадда ишлатила бошланган. Ҳозирги вақтда мезокарб психотроп моддалар 3-жадвалига киритилган ва савдоси чекланган. Дори воситаси Россияда 2008 йилгача “Фармакон” заводида ишлаб чиқарилган.

### *Пиперидин гуруҳига мансуб дори воситалари*

Пиперидин гуруҳидаги дорилар пипрадрол (пиридрол) ва метилфенидат (риталин, сентедрин) психостимуляторлик таъсирга эга. Иккала дорининг муҳим афзаллиги шундаки, улар ножўя периферик адреномиметик таъсирга эга эмас. Хусусан, фенаминдан фаркли ўларок, у деярли юрак-қон томир тизимига таъсир кўрсатмайди.

*Пипрадрол* 1950 йилларда семириб кетиш ва нарколепсияни даволаш учун дори сифатида ишлаб чиқилган. Пипрадрол стимуляцион хусусияти амфетаминлардан кам эмас. Ҳозирги вақтда дори воситаси АҚШда ва баъзи Европа мамлакатларида қўлланилади. Россияда пипрадрол савдоси чекланган дориларнинг 3-жадвалига киритилган.

*Метилфенидат* (риталин). Бир неча мамлакатларда (АҚШ, Канада, Буюк Британия, Германия, Франция, Белгия, Австралия, Швеция ва бошқалар) кенг қўлланиладиган дори бўлиб, у ерда диққат етишмовчилигини, нарколепсия ва семизликни даволаш учун фойдаланилади. Ушбу дори мактаб ўқувчилари ва талабалар орасида ўқув жараёнини енгиллаштириш воситаси сифатида кенг тарқалган (хотирани яхшилайти, уйқуга бўлган эҳтиёжни камайтиради). Риталин халқ орасида “ақли таблеткалар” деб номланади. *Риталин* нафақат дозани ошириб юбориш натижасида заҳарланиш нуқтаи-назаридан, балки узок вақт давомида истеъмол қилган болаларда оғир психоэмоционал бузилишларни ривожланиш эҳтимоли нуқтаи-назаридан ҳам хавф тугдиради (2006 йилда риталин бўйича тингловлар АҚШ конгрессида бўлиб ўтди, унда ушбу

гиёҳванд моддаларни истеъмол қилган ўз жонига қасд қилган болаларнинг ота-оналари гапирдилар). 2014 йилдан бошлаб Россияда барча метилфенидат ҳосилаларини ишлаб чиқиш тақиқланган.

### **Метилксантинлар гуруҳига кирувчи дори воситалари**

Метилксантинлар гуруҳига кирувчи - кофеин, шунингдек, психостимуляция қилувчи воситаларга тегишли. Бу чой барглари, қаҳва уруглари, какао ва бошқа ўсимликларда мавжуд бўлган алкалоид. Кофеиннинг ўзига хос хусусияти бу психостимуляция қилувчи ва аналептик таъсирларнинг комбинацияси. Кофеин ақлий фаолиятни рағбатлантиради, ақлий ва жисмоний кўрсаткичларни оширади. Уни қабул қилгандан сўнг, тетиклик пайдо бўлади, чарчок, уйқучанлик вақтинча йўқ қилинади ёки камаяди.

Аналептик фаоллик медулла облонгатасининг нафас олиш ва вазомотор марказларига кофеиннинг бевосита оғоҳлантирувчи таъсири билан боғлиқ. Кофеин мия томирларига тоник таъсир кўрсатади, бу унинг мигренларни даволашда самарадорлигини оширади. Кофеин чарчокни, ортостатик гипотензияни, апноэ, мигренни қисқа муддатли даволашда ишлатилади.

Дори воситаси таблетка ва инъекция шаклида мавжуд (кофеин, кофеин-натрий бензоат) ва у гиёҳванд бўлмаган анальгетиклар ва бошқа моддалар (цитрамон, кофетамин, гриппостад, каффетин, колдрекс, мигренол, пентальгин, ринза, седалгин) билан биргаликда кўплаб комбинацияланган дорилар таркибига киради. Кофеинни узок муддат истеъмол қилиш билан енгил гиёҳвандлик ривожланади. Ақлий қарамликнинг пайдо бўлиши кузатилади (теизм).

### **3.1. Психостимулятор дори воситаларининг токсикокинетикаси**

Фенилалкиламинлар ичга қабул қилинганда овқат ҳазм қилиш тизимидан тез сўрилади. Қонда амфетаминнинг токсик концентрацияси 0,15 мкг/мл дан ортик, ўлимга олиб келувчи миқдори - тахминан 40 мкг/мл. Қабул

килинган дориларнинг таъсири 5-15 дақиқадан сўнг, томир ичига юбориш билан - 30 сониядан кейин намоён бўлади. Фенилалкиламинлар барча тўқималарда тарқалади, асосан буйраклар, ўпка ва мияда тўпланади. Молекулаларининг кичик ўлчамлари туфайли улар кон ва гематоэнцефал тўсиқдан тез ва осонликча кириб борадилар. Фенилалкиламинлар MAO ингибиторлари томонидан фаоллашмайди.

3.1. жадвал

Фенилалкинаминларнинг токсикокинетик кўрсаткичлари

Дори воситасилар	pKa	T <sub>1/2</sub> с	Ўзгармаган холда чиқарилиши, %	Vd, л/кг	Қон плазмасидаги оксиллари билан боғланиши, %
Эфедрин	9,6	3-16	55-75	Маълумот йўқ	Маълумот йўқ
Амфетамин	9,8	7-10	74	3-4	16-40
Метамфетамин	10,1	8-12	43	4-7	10-20

Амфетаминнинг муҳим қисми танадан ўзгаришсиз чиқарилади. Метамфетамин ва амфетаминнинг кўпчилик қисми фаол ва фаол бўлмаган метаболитлар шаклланиши билан биотрансформацияга учрайди (3.1. жадвал). Метаболизмнинг асосий йўналиши фенилацетоннинг фаол бўлмаган метаболитининг шаклланиши билан дезаминланишидир, кейинчалик у бензой кислотасига оксидланиб, гиппур кислотаси ёки глюкуронид шаклда чиқарилади. Бундан ташқари, амфетаминлар глюкуронидларни ҳосил қилиш учун бирлаштирилиб, фаол метаболитлар - норэфедрин, пара-гидроксиамфетамин ва пара-гидроксинорэфедринни ҳосил қилиш учун ҳам гидроксилланишдан ўтадилар. Амфетаминнинг 16-28% гиппур кислотаси, 4% бензонилглюкуронид, 4% пара-гидроксиамфетамин, 2% норэфедрин, тахминан 1% фенилацетон ва пара-гидроксинорэфедрин кўринишида чиқариб юборилади.

Амфетаминларнинг плазмадаги ярим парчаланиш даври 8-12 соатни ташкил қилади, шундан амфетаминнинг оксидланиши буйрак клиренсини ошириб, дори воситасининг тескари резорбциясини пасайтиради. Сийдикнинг кислотали реакцияси пайтида эса ярим парчаланиш даври 7-14 соатни ташкил қилади; ишқорий реакциясида 18-34 соатгача ошади.

Эфедрин N-деметилланиш йўли билан норэфедринга айланади, оксидланишли дезаминланиш йўли орқали бензой ва гиппур кислоталар ҳосил бўлишига олиб келади. Қабул қилинган эфедрин дозасининг 90%, тахминан 55-75% ўзгаришсиз, 8-20% норэфедрин ва 4-13% бензой ва гиппур кислоталар кўринишида 24 соат ичида сийдик билан чиқарилади.

Кофеин - бу ошқозон-ичак трактида тез ва тўлиқ сўриладиган липофил бирикма. Кофеиннинг биологик фаоллиги 100%. Максимал концентрацияга эришиш вақти 30-45 дақиқа. Ярим чиқарилиш даври 2-4 соатни ташкил қилади. Асосий метаболит йўллари бўлиб турли хил азот атомларининг деметилланиши ҳисобланади. N<sub>3</sub> атомининг деметилланиши параксантин ҳосил бўлишига олиб келади; N<sub>1</sub> атомини деметилланиши пайтида теofilлин ҳосил бўлади (вазодилататор, мия ва мушакларнинг қон айланишини кучайтиради); N<sub>7</sub> атоми бўйича деметилланган кофеиннинг ҳосиласи бўлиб теобромин ҳисобланади (мушак толалари, бронхиолалар ва қон томирларининг релаксанти). Метаболизм Р450 жигар цитохромлари тизимида қуйидаги нисбатда амалга оширилади: кофеиннинг 84% параксантинга, 12% теоброминга, 4% теofilлинга айланади. Кофеиннинг 10% буйраклар томонидан ўзгаришсиз чиқарилади. Кофеиннинг қондаги концентрация 10 мг/мл дан ошганда токсик таъсири намоён бўлади. 10 г дан ортиқ дозаси ўлимга олиб келувчи доза ҳисобланади.

Пиперидин ва сиднониминлар токсикокинетикаси ҳақида маълумотлар йўқ.

### 3.2. Психостимуляторларнинг токсик таъсир механизми

Психостимулятор дори воситалари асосий таъсир механизми пресинаптик нерв охирларидан биоген аминларни, хусусан, дофамин ва норадреналинни ажралиб чиқишининг ошириши ҳисобланади. Катехоламинлар синаптик таъсир даражасининг ошиши марказий асаб тизимига ва периферик адренергик рецепторларга кўзгалувчи таъсир кўрсатади.

Трициклик антидепрессантлар каби *амфетамин* ҳосилалари медиаторларнинг (шу жумладан серотонин) қайта тикланишига тўсқинлик қилади ва тўғридан-тўғри адренорецепторларга кучсиз стимуловчи таъсир кўрсатади. Шунинг учун улар энг аниқ адренергик таъсирга эга.

*Мезокарб* - миянинг норадренергик тизимларини рағбатлантиради, амфетаминлар эса кучли дофаминэргик таъсирга эга. Мезокарб амфетаминлардан катехоламинларни нейрон деполаридан оз микдорда жадал равишда ажралиб чиқиши билан ҳам ажралиб туради, бунинг натижасида унинг таъсири одатдотананинг энергия манбалари камайиб кетмасдан, аста-секин ривожланиб боради. Мезокарбнинг периферик симпатомиметик таъсири кам намоён бўлади ва гемодинамикага кучсиз таъсир қилади. Дори воситасига боғланиб қолиш фенилалкиламин ҳосилаларига қараганда секинроқ ривожланади.

*Метилфенидат* ва *пипрадолнинг* таъсир механизми тўлиқ ўрганилмаган. Дори воситалари пресинаптик нейроннинг дофамин ташувчисини (DAT) фалажлаш орқали норадреналин ва дофаминнинг қайта тикланишига тўсқинлик қилади.

Кофеиннинг психостимулятор таъсири унинг марказий аденозин ( $A_1$  ва  $A_2$ ) рецепторларини фалажлаш қобилияти билан боғлиқ. Аденозин (АТФ метаболизмининг оралиқ маҳсулоти) миянинг  $A_1$  рецепторларини рағбатлантиради, нейронларнинг функционал фаоллигини (тормозланиши) секинлаштишига олиб келадиган циклик аденозин монофосфат (цАМФ) ҳосил бўлишини камайтиради. Аденозин  $A_2$  рецепторлари орқали мия



D<sub>2</sub>-дофаминли рецепторлари фаолиятини сусайтиради. Кофеин, аденозиннинг тормозловчи таъсири ҳисобига марказий асаб тизимида (МАТ) кўзгалиш чакириб дофаминэргик тизимни фаоллаштиради. Кофеин таъсирининг ўзига хос хусусияти шундаки, у ҳозирги вақтда физиологик реакцияларда иштирок этадиган ва медиаторларнинг таъсирига жавобан циклик нуклеотидларни синтезлайдиган нейронларнинг ишини кучайтиради.

Психостимулятор дорилари ҳаддан ташқари марказий ва периферик адренэргик стимуляция туфайли улар *нейротоксик (психопатик)* ва *кардиотоксик* таъсирга эга. Бундан ташқари, адренэргик тизимнинг узок вақт ёки ҳаддан ташқари зўриқиши катехоламин депосининг камайишига ва тананинг шошилишч мослашуви симпато-адренал тизимининг ишдан чиқишига олиб келиши мумкин.

### 3.3. Психостимуляторлардан захарланишнинг клиник кўриниши

Психостимуляторлардан захарланишнинг клиник кўриниши катехоламин тизимининг фаоллашиши билан боғлиқ. Дофаминэргик тизим рецепторларини патологик рағбатлантириш психомотор кўзгалиш ва галлюцинацияларга олиб келади. Периферик ва марказий адренэргик рецепторларнинг стимуляцияси қон босими ошишига, тахикардия, мидриаз, тери рангининг оқимтирлиги ва намлиги, гипертермия, ажитация, галлюцинация аломатлари билан бирга келади. Кўзгалиш туфайли ҳаракатланиш фаоллигининг ошиши, тремор ва гипертермия, метаболик ацидоз ва рабдомиолиз ривожланиши мумкин. Қорин бўшлиғи томирларининг торайиши қоринда оғриқ, кўнгил айнаши ва қусиш билан бирга кечиши мумкин. Психостимулятор дориларнинг кардиотоксик таъсири ритм бузилиши ва миокард ишемияси кўринишида намоён бўлади. Узок вақт давомида психостимуляторларни қабул қиладиган беморлар уйқусизликдан, агрессив, ташвишли, ўз жонига қасд қилиш маниясидан азият чекишади. Визуал ва эшитиш галлюцинациялари билан биргалиқда психозлар, талваса ривожланиши мумкин.

#### 4 боб. БОШҚА ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ТАСНИФЛАНМАГАН ТУРЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Т43.8 сарлавҳаси "бошқа психотроп дориларининг таснифланмаган турларидан ўткир заҳарланиш", литий воситалари (нормотимиклар), ноотроп дорилар билан ва ўсимликлардан олинадиган МАТни тинчлантирувчи дорилар билан заҳарланишни ўз ичига олади.

**Литий воситалари** ҳозирги пайтда маниакал-депрессив психозни даволаш учун ишлатилади. Литий воситаларининг ўзига хослиги шундаки, улар касалликнинг ҳар иккала босқичида ҳам самарали ҳисобланади. Кўпгина ривожланган мамлакатларда тахминан 1000 кишидан биттаси литий дориларини қабул қилади.

Литий ишқорий металдир, шунинг учун тиббиётда у тузлар шаклида, асосан, карбонат, шунингдек, цитрат, сукцинат, оротат, хлорид ва литий сульфат кўринишида ишлатилади. Литий бромид эндиликда тиббиётда қўлланилмайди, чунки у сурункали заҳарланишни келтириб чиқаради - бромизм. Россияда литий тузларидан фақат карбонат ишлатилади.

**Фармакокинетикаси.** Литий тузлари ошқозон-ичак трактида тез сўрилади. Унинг қон зардобдаги максимал концентрациясига 1-2 соатдан кейин юзага чиқади. Дори воситасининг катта дозаларини қабул қилганда зардобда максимал концентрацияси узок вақт сақланади ва у такрорий ошиши ҳам мумкин. Литийнинг тарқалиш ҳажми 0,6-0,9 л/кгни ташкил қилади. Дори воситаси плазма оксилларига боғланмайди ва танадаги барча суюкликларда эркин тарқалади. Гематоэнцефалик барьер орқали дори воситаси аста-секин кириб боради. Литий сийдик билан - 95%, қолган 5% нажас билан чиқарилади. Литийнинг буйрак найчаларида реабсорбцияси жараёни натрийнинг концентрациясига бевосита боғлиқ - натрий етарли бўлмаганда литий тескари сўрилишни бошлайди ва унинг қондаги концентрацияси ошади. Шундай қилиб, натрий хлорид литий интоксикациясига қарши табиий антидот бўлиб хизмат қилади.

*Литийнинг токсик таъсири* марказий асаб тизимига, миокардга, буйракларга ва ошқозон-ичак трактига зарар етказиш билан намоён бўлади. Литий моновалент катион бўлиб, тез натрий каналлари орқали хужайрага ўтиб, у қисман натрийни алмаштиради. Аммо литий ионлари хужайраларни секинроқ тарқатади, бу эса хужайрадан ташқари ва хужайра ичидаги натрий ва калий ионларининг алмашинув тезлигини бузади. Электролитларнинг диссоциацияси натижасида деполяризация ва асаб импульсларининг тарқалиш жараёни издан чиқади. Литийнинг серотонин, норадреналин ва дофаминнинг чиқарилишига таъсири ҳақида далиллар мавжуд.

*Литий билан захарланишнинг клиник кўриниши.* Литий тузлари билан ўткир захарланиш эрта босқичларда ошқозон-ичак касалликлари - қусиш, диарея, қорин оғриги билан намоён бўлади. Кейинчалик оғир ҳолатларда беморларда юрак-қон томир тизимида бузилиш кузатилади, улар ритм бузилишлари билан намоён бўлади (брадикардия, экстрасистолия). ЭКГда носпецифик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши - кўкрак қафасидаги текис ёки тесқари Т тўлқинлари. QT оралигининг чўзилиши, синус тугунининг заифлашиши синдроми, брадикардия билан намоён бўлади. Неврологик бузилишлар кейинчалик ривожланади, чунки литий марказий асаб тизимига аста-секин кириб боради. Беморларда титрок, фасцикуляция, гиперрефлексия, хореоатетоз, гиперкинез, клонус, дизартия, нистагм ва атаксия ривожланади. Захарланишнинг оғир ҳолатларида эс-хуш бузилади - қарахтлик, сопор, кома, эпилептик тутканоқлар кузатилиши мумкин. Литий буйракларнинг антидиуретик гормонга сезувчанлигини пасайтиради, бу эса нефроген қандсиз диабетнинг ривожланишига олиб келади. Литийни узок муддат қабул қилиш билан буйраклар шикастланиши мумкин, бу эса ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Шунинг учун, литий воситалари билан захарланишда электролитлар ва қонда мочевиная миқдорини назорат қилиш шарт.

*Ноотрон дорилар* - бу мианинг юқори интеграцион функцияларини фаоллаштирадиган дорилар гуруҳидир - ақлий фаолиятини рағбатлантиради,

хотирани яхшилайдди, ўқув жараёнларини осонлаштиради, шунингдек, миянинг турли зарарли таъсирларга чидамлилигини оширади. Ҳозирги вақтда ноотроп дорилар гуруҳини тайинлаш бўйича ягона нуқтан-назар йўқ. Россия ва Францияда ноотроплар психотроп дорилар, Японияда - МАТ стимуляторлари, Италияда - аналептиклар деб юритилади. Ноотроп дориларга пирролидон ва пиридоксин ҳосилалари (пирацетам, фенотропил, пиритинол), ГАМК ҳосилалари ва аналоглари (аминалон, пикамилон, фенибут), нейропептидлар ва уларнинг аналоглари (ноопепт, семакс), аминокислоталар ва аминокислоталарнинг кўзгатувчи тизимига таъсир қилувчи моддалар (глицин, биотредин), витаминга ўхшаш маҳсулотлар: (идебенон), полипептидлар (кортексин, церебролизин, церебрамин). Нейромодуляторлар (фенотропил), бош мия қон айланишини яхшилайдиган(циннаризин), антигипоксантлар ва антиоксидантлар (мексидол, қахрабо кислотаси асосида олинган дори воситалари) ҳам ноотроп таъсир кўрсатади. Ноотропларнинг фармакотерапевтик таъсири асосида миянинг метаболик (энергия) жараёнларига фойдали таъсири - макроэргик фосфатлар ва оксилларнинг синтези, бир катор ферментларнинг фаоллашиши ва шикастланган нейрон мембраналарини барқарорлаштириш ётади. Баъзи ноотроп дорилар ГАМКнинг метаболик таъсирига таклид қилади. Ноотроп дорилар миянинг дегенератив ва травматик шикастланиши, гипоксия, интоксикация, ақлий заиф болаларда неврологик танқислик ва бошқа ҳолатларда мнемоник функцияларни тиклаш учун ишлатилади.

*Фармакокинетикаси.* Кўпинча ноотроп дорилар, биологик фаол олигопептидлар аралашмасидан иборат бўлиб, улар тўлиқ полифункционал таъсирга эга, бу эса дори воситасининг индивидуал таркибий қисмларини фармакокинетик таҳлил қилишга имкон бермайди.

Пирацетам овқат ҳазм қилиш тизимида яхши сўрилади ва органлар ҳамда тўқималарга осонликча кириб боради. Қондаги максимал концентрацияга 30-60 дақиқадан сўнг эришилади. Дори воситасининг биофаоллиги 95%ни ташкил қилади. Пирацетам деярли организмда

метаболизмга учрамайди ва плазма оксиллари билан боғланмайди. Ярим парчаланиш даври 4,5 соатни ташкил қилади, сийдик билан чиқарилади.

Фенибут ошқозон-ичак трактида юқори ассимиляцияси билан ажралиб туради. ГЭТга осонликча кириб боради. Дори воситасининг кўп қисми (95% гача) жигарда метаболизмга учрайди. Метаболитлар фармакологик жихатдан фаол эмас. Тахминан 5% буйраклар томонидан ўзгаришсиз чиқарилади.

Мексидолнинг юқори биофаоллиги мавжуд. Плазма оксиди билан боғланиши ўртача 42% ни ташкил қилади. Тўқималарда ва қонда дори воситасининг депоси ҳосил бўлиши эҳтимоли бор. Дори воситаси жигарда фаол ва фаол бўлмаган метаболитлар ҳосил бўлиши билан метаболизмга учрайди. Дори воситаси сийдик билан глюкурон конъюгирланган шаклда ва оз миқдорда ўзгармаган ҳолда чиқарилади.

*Ноотроп дори воситаларининг токсик таъсири ва ўткир захарланиш клиникаси.* Ноотроп дориларининг токсик таъсири жуда паст, камдан-кам ҳолларда оғир захарланишга олиб келади. Миёдаги жараёнларнинг ҳаддан ташқари фаоллашиши туфайли метаболик ресурслар камаяди. Натижада, дориларнинг клиник таъсирига қарама-қарши таъсир - уйқучанлик, хушнинг қоронғилашиши, хотира бузилиши, асабийлашиш, уйқу бузилиши кузатилиши мумкин. Дори воситасининг катта дозаларини қабул қилиш ошқозон-ичак трактининг шиллик қаватини безовта қилиши ва кўнгил айниши, қусиш ва ошқозон оғриғига сабаб бўлиши мумкин. Асаб тизимида гиперкинез, бош оғриғи, титроқ, талвасалар пайдо бўлиши мумкин.

**Марказий асаб тизимига тоник таъсир кўрсатувчи дорилар** – бу гуруҳ дори воситалари ўсимликлардан олинадиган тоник восита сифатида ишлатилади. Ушбу гуруҳга спиртли дамламалар ва женшен илдизининг экстракти, элеутерококк, лимонник, родиола, заманиха, аралия, стеркулия ва левзея экстрактлари киради. Дори воситаларининг таъсир этиш механизми тўлиқ ўрганилмаган, аммо узок муддатли фойдаланиш тажрибаси шуни кўрсатадики, дорилар марказий асаб тизимига ва умуман тана функцияларига стимулловчи (тоник) таъсир кўрсатади. Баъзи муаллифлар ушбу дориларни

"адаптогенлар" гуруҳига киритишади. Заҳарланиш, одатда, ўз-ўзидан дори-воситаларини ҳаддан ташқари ошириши ёки кўп миқдордаги спиртли ичимликлар ўрнини босувчи воситадан фойдаланиш натижасида юзага келади. Заҳарланишнинг клиник кўриниши психостимулятор дорилар билан заҳарланиш ўхшаш клиник белгиларга эга, аммо заҳарланиш аломатларининг оғирлиги анча паст. Дори воситаларининг токсик таъсири кўзгалиш, уйқусизлик, тахикардия, кўнгил айланиш, қусиш, титроқ билан намоён бўлади. Кучли ҳиссий кўзгалиш, безовталиқ ва кўрқув ҳисси пайдо бўлиши, ҳаракатли безовталанишлар ҳам характерлидир. Бемор нотинч, тез-тез бўшлиқ ҳисси пайдо бўлади, атроф-муҳитга муносиб баҳо бериш қобилияти йўқолади, хотиржам фикрлаш қобилияти пасаяди. Дори-дармонлар спиртли экстрактлар ва дамламалар шаклида ишлатилганлиги сабабли, катта дозаларни қўллаш худди спиртли ичимликлардан заҳарланишга ўхшаш клиникани намоён қилади. Аммо, одатда, марказий асаб тизимига токсиктаъсир кўрсатадиган дорилар билан кучли заҳарланиш камдан-кам учрайди.

## 5 606. ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ ДИАГНОСТИКАСИ

### 5.1. Клиник диагностикаси.

Психотроп дори воситалари билан ўткир заҳарланишларда ташҳислаш ва бирламчи клиник ташҳис қўйишда диққат билан анамнез йиғиш, воқеа жойини кўздан кечириш, шу билан бирга клиник симптомларини ўрганиш муҳим аҳамият касб этади. Шунинг ўрнида тутиш лозимки, тўғри ва аниқ йиғилган анамнез, даволаш ва диагностик чора тadbирларини ўтказишда жуда муҳим рол ўйнайди. Биргина, анамнезни тўлиқ ва тўғри йиғиш олмаслик, заҳарли моддаларни қабул қилинган вақти ва турини яшириши мумкин, айниқса, ўзини-ўзи заҳарлаган беморларда бундай ҳолат кузатилади.

Психотроп моддалар билан заҳарланишларда бирламчи ташҳис қўйишда, айниқса, кома ҳолатида бўлган беморларда воқеа жойини кўздан кечириш жуда муҳимдир, бу ерда сиз далил сифатида дори воситасини қадоғи ёки жонига қасд қилганлик ёзувларини топишингиз мумкин. Бемор касалхонага ётқизилганда заҳарланишга шубҳа қилинган дори воситаси касалхонага берилиши лозим. Шундай экан воқеа жойида имкони борича қисқа вақт ичида ва аниқроқ заҳарли моддани тури, миқдори ва вақти аниқланади. Тез тиббий ёрдам ходимлари томонидан олинган маълумотлар бемор касалхонага ётқизилганда шифохона бош врачига етказилиши керак. Буларнинг барчаси беморнинг тиббий картасида кўрсатилган бўлиши шарт. Бу эса махсус орган ходимлари учун манба бўлади.

Психотроп дори воситалари билан заҳарланишларда клиник ташҳислаш билан бирга касалликнинг оғирлик даражасини, асосий физиологик кўрсаткичларини (юрак уриш сони, нафас олиш сони, артериал босими, тана ҳарорати) ва ҳушнинг даражасини аниқлаш муҳим рол ўйнайди.

Психотроп дори воситалари билан заҳарланган беморларнинг рухий ҳолатини баҳолашда кўз қорачигини кенглиги ва уни ёруғликка реакцияси,

ичаклар перистальтикаси, сийдик тута олиши, шиллик пардалари ва тери қопламларининг ранги ва намлигини, сийдикни рангини аниқлаш муҳимдир.

Беморни физик текширув маълумотлари касалликлар халқаро таснифи (КХТ) 10 (антидепрессантлар ва нейролептиклар) бўйича Т43 гуруҳидаги психотроп дорилар билан захарланиш учун характерли бўлган қуйидаги синдромларни ўз ичига олади:

- Хушнинг йўқолиши (токсик энцефалопатия);
- Марказий ва периферик холинолитик синдром (делирий, мидриаз, тери ва шиллик пардаларининг қуруқ бўлиши, гиперемия, гипертермия, тахикардия, артериал гипертензия, ичаклар перистальтикасининг сустлиги, сийдик тутулиши);
- Кардиотоксик синдром (ЭКГдаги ўзгаришлар);
- $\alpha_1$ -адренолитик синдром ёки адренергик синдром (МАО ингибиторлари билан захарланишларда);
- экстрапирамид синдром (дистония, акатизия, паркинсонизм).

## 5.2 Лаборатор ташхислаш.

*Кимёвий-токсикологик лаборатор ташхислаш.* Бундай текшириш усули захарли моддани клиник кўринишларини аниқлашнинг имкони бўлмаганда, қайси дори воситасидан захарланганлиги аниқлашда қўл келади. Бундай ҳолатларда кимёвий-токсикологик лаборатор текширувлар тасдиқланган ва тўлиқ бўлиши керак. Одатда, бундай текшириш усулини ўтказишда қон, сийдик ва ошқозон ювилганда унинг шираси ва сувидан тахлиллар олиб текширилади. Одатда врач-токсиколог ўтказилган барча клиник текширувлардан сўнг қайси дори воситаси ёки қайси гуруҳ дори воситаларидан захарланганлиги кўрсатиб беради. Худди шу сабабларга кўра биологик воситалар токсиколог шифокорининг рухсати билан бошқа касалхонага кимёвий-токсикологик лаборатор текширув мақсадида захарли моддани аниқлаш учун юборилади.



Шу билан бир қаторда даволовчи шифокор заҳарли модданинг қайси гуруҳга тааллуқли эканлигини аниқлаб беради. Баъзи ҳолатларда дори воситасини ва унинг метаболитларини аниқлашга тўғри келади. Масалан, трициклик антидепрессантлар билан заҳарланганда заҳарли моддани аниқ топишга тўғри келади, жумладан, бу гуруҳдаги дори воситаларидан амипритилин кўпроқ заҳарли бўлиб, унинг метаболити нортриптилиндир. Баъзи ҳолатларда дори воситасининг қондаги миқдори аниқланади, бу эса ўз навбатида касалликни кечиши ва детоксикация усулини танлаш имконини беради. Кимёвий-токсикологик лаборатор текшириш усули фақатгина қондаги заҳарли модданинг миқдорини аниқлаш учунгина эмас балки, ўтказилган детоксикация усулини самарадорлигини ҳамда заҳарланиш даражасини аниқлаш мақсадида текширилади.

Кимёвий-токсикологик лаборатор текшириш усули психотроп дори воситалари билан ўткир заҳарланганда иккита босқичда организмда мавжуд бўлган дори воситаси сифатини ва унинг миқдорини аниқлашда ишлатилади.

Техник ва иқтисодий жиҳат энг қулай бўлган усул бу *сифатини аниқлашдир*, юпка каватли хроматография усули (ЮКХ) бўлиб, сийдик таркибидаги антидепрессантлар ва нейролептикларни аниқлайди. Бу текшириш усули нафақат заҳарли дори воситасини, балки метаболитларни ҳам текшириш имкони бўлади. Масалан, амитриптилиннинг метаболити – нортриптилин, клозапинники эса – дезметилклозапин (норклозапин). Шу жумладан, организмга клиник таъсири мавжуд бўлган бошқа турдаги дори воситаларини ҳам аниқлашни имконини беради.

У ёки бу даражада мавжуд бўлган метаболитлар организмга таъсир қилади (агар бемор даво муолажаларини олмаса).

ЮКХ дори воситаларини аниқлаш имкони 10 мг/мл ни ташкил этади. AxSym (АҚШ Abbott) қурилмасида аниқлаш имкони – 0,02 мкг/мл.

Антидепрессантлар ва нейролептикларни миқдорий аниқлаш Соғликни сақлаш ва ижтимоий ривожланиш вазирлигининг 2006 йил 27 январдаги 40-сонли буйруғи билан тавсия этилган ускуналар ва материаллардан

фойдаланган ҳолда газ-суюқлик хроматографияси (ГСХ), юқори маҳсулдор суюқ хроматография (ЮМСХ), газ хроматография-масс-спектрометрия (ГС-МС) ёрдамида амалга оширилади.

Кимёвий ва токсикологик тадқиқотлар технологиясини танлашда қуйидаги методик қўлланмалардан фойдаланиш лозим:

- «Химико-токсикологический анализ веществ, вызывающих одурманивание» (утв. №103-91; Еремин С.К., Изотов Б.Н., Веселовская Н.В.).
- «Анализ наркотических веществ», (М., Мысль, 1993; Симонов Е.А., Найденова Л.Ф., Ворнаков С.А.).
- «Россия Федерацияси ҳудудида назорат қилинадиган гиёҳвандлик ва психотроп моддалар» (Гиёҳванд моддаларни назорат қилиш бўйича доимий комиссия томонидан 28.10.2002 йилдаги 2/85-2002-сонли тасдиқланган баённома. М., 2003).
- «Инсон организмидаги гиёҳвандлик воситалари, психотроп ва бошқа маст қилувчи моддаларнинг аналитик ташҳисоти тўғрисида» 5.10.98 йилдаги 289-сон буйруғи.

Қонда ва сийдикда этил спиртининг мавжудлиги ва даражасини ўрганиш мажбурийдир, чунки бу захарланишнинг қиёсий ташҳисоти учун зарурдир. Бундан ташқари, этил спиртининг мавжудлиги психотроп дориларнинг гиёҳвандлик таъсирини кучайтириши ёдда тутилиши керак. Этил спирти учун қон ва сийдикни ўрганиш юқори аниқлик (0,005 г / л этанол сезгирлиги) ва тадқиқотнинг ўзига хослигини таъминлайдиган газ-суюқлик хроматографияси орқали амалга оширилади.

**Клинико-биохимиявий лаборатор ташҳисот.** Психотроп дори воситаларидан захарланишлар махсус клинико-биохимиявий ўзгаришларга эга эмас. Қондаги клиник-биохимиявий ўзгаришлар бемор умумий ҳолатини, касаллик оғирлигини ҳамда асоратлар ривожланганлигини кўрсатади. Клиник-биохимиявий лаборатор текширувлар кенгайтирилган умумий (клиник) қон таҳлили, қоннинг стандарт биохимиявий текшируви ва пешоб умумий таҳлилидан иборат. Қоннинг газ ва кислота-асос ҳолати, сув-

электролит баланси, миоглобинни аниқлаш муҳим ҳисобланади. Юқумли касалликлар билан қиёсий ташҳис ўтказганда орқа мия суюқлигини текшириш (умумий оксил, цитоз, глюкоза, хлоридлар, иммунофермент таҳлиллар) зарурияти тугилиши мумкин.

### 5.3 Инструментал диагностиканинг усули

Психотроп дорилар билан ўткир захарланишда инструментал ташҳисот носпецифик бўлиб, асосан беморнинг аҳволини қиёсий ташҳисот қилиш ва кузатиш мақсадида амалга оширилади.

Ҳуши бузилган беморларда қиёсий ташҳисотнинг мураккаблигини ҳисобга олган ҳолда бош суяги рентгенограммаси, спирал компьютер томографияси, магнит-резонанс томография ва электроэнцефалография каби комплекс чора-тадбирларни ўтказиш тавсия этилади.

Психотроп дорилар билан ўткир захарланиб асоратланган бўлса кўкрак қафаси рентгенографияси ва кўкрак қафаси аъзоларининг спирал компьютер томографиясини ўтказиш керак.

Дори воситаларининг кардиотоксик таъсирини ҳисобга олган ҳолда анъанавий ЭКГ билан бир қаторда эхокардиография (ЭхоКГ), импеданс электроплетизмография, интеграл кардиоинтервалография (юрак ритмининг математик таҳлили - МАРС)ни ўтказиш тавсия этилади. Буйрак шикастланишининг оғирлигини баҳолаш учун буйраклар ва сийдик йўллари ультратовуш текшируви тавсия этилади.

Агар ошқозон-ичак сақланмаси билан трахеобронхиал дарахтининг аспирацияси борлигига шубҳа бўлса санацион диагностик фибробронхоскопияни ўтказиш керак.

Касалхона босқичида беморларнинг аҳволи оғирлиги ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун юрак фаолиятини, нафас олишини ва тана ҳароратини кузатиб бориш тавсия этилади.

#### 5.4. Қиёсий ташҳисот

Антидепрессантлар ва нейролептиклар билан ўткир заҳарланиш ташҳиси аниқ кўрсатиб берадиган анамнезга оид маълумотлар ва одатдаги клиник кўриниш мавжуд бўлганда сезиларли қийинчиликларга олиб келмайди. Аммо, бундай ҳолат камдан-кам ҳолатда амалда учрайди, одатда бошқа соматик патологиялар билан антидепрессантлар, нейролептиклар ва бошқа психотроп заҳарлардан заҳарланиш билан қиёсий ташҳис ўтказиш керак.

Психотроп дорилар билан заҳарланишнинг қиёсий ташҳисоти етакчи клиник синдромга қараб амалга оширилади: кома ривожланиши билан, экстрапирамидал (нейролептик) синдром ва марказий холинолитик синдромлар (делирий).

##### Кома ҳолатлари ривожланишининг қиёсий ташҳисоти.

Психотроп дорилардан ўткир заҳарланиш билан ҳушсиз ҳолатда олиб келинган беморларда қуйидагиларни инкор қилиш керак:

- бош мия жароҳати;
- мия қон айланишининг бузилиши (ўткир ва сурункали);
- бошқа нейротроп таъсирли заҳарлар билан заҳарланиш (барбитуратлар, бензодиазепинлар, опиатлар ва бошқалар);
- бош миянинг юқумли касалликлар билан шикастланиши (менингит, вирусли ва бактериал этиологияли энцефалити);
- миянинг ўсмаси ва сил касаллиги;
- метаболизм издан чиқиши натижасида келиб чиққан комалар (гипогликемик, диабетик, жигар, уремик);
- руҳий-органик бузилишлар.

Периферик холинолитик синдром симптомларининг борлиги антидепрессантлар ва нейролептиклардан ўткир заҳарланишдан далолат беради. Беморни кимёвий –токсикологик текшириш психотроп дорилардан ўткир заҳарланишни ташҳислашда ёрдам беради, лекин шунинг эсдан чиқармаслик керакки, кимёвий –токсикологик текширишдан олинган мусбат

натижа бошқа яна ҳам огиррок соматик патология борлигини инкор этмайди. Ўчоқли неврологик симптоматиканинг борлиги, кома ҳолатининг чўзилиши, ўтказилаётган даволашдан динамикада мусбат натижа йўқлиги бош мия жароҳати ёки бош миёда қон айланишнинг бузилишидан далолат беради ва беморни чуқурлаштирилган текширишдан ўтказишга асос ҳисобланади. Дори воситаларидан заҳарланиш бошқа соматик патологияни яшириши мумкинлигини таъкидлаб ўтиш зарур. Чунки психотроп дори воситалардан ўткир заҳарланиш билан гипогликемия бирга келганда заҳарланиш иккинчи ҳолатни суст ривожланишига олиб келади, ҳаттоки гипогликемияни эрта босқичларида юқори мускул тонуси, профуз терлаш бўлмаслиги ҳам мумкин. Бундай ҳолларда догоспитал этапда қиёсий ташҳислаш учун вена ичига 40% глюкоза эритмасидан 40-80 мл юбориш мақсадга мувофиқдир.

Беморни коматоз ҳолатида қиёсий ташҳислашни ўтказиш қўшимча текширув – мия қутиси рентгенографияси ва бош мия спирал компьютер томографияси, ЭхоЭГ, ЭЭГ ўтказишни талаб этади. Бундан ташқари, жуда кўп ҳолларда беморни шошилиш клинико-биокимёвий текшириш – қонда қанд миқдорини, жигар ферментларини, азотемияни аниқлаш ва орқа мия суюқлиги миқдорини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Бошқа дори воситалардан заҳарланишни инкор этиш мақсадида беморни кенгайтирилган кимёвий токсикологик текширувдан ўтқизишади. Нейрохирург, невролог, эндокринолог, инфекционист, психиатр ва бошқа мутахассислар жалб этилиши жуда муҳим ҳисобланади.

Экстрапирамидал (нейролептик) синдром ривожланганида қиёсий ташҳислаш.

Нейролептиклардан заҳарланиш экстрапирамидал бузилишлар ривожланиши билан бирга кечади. Бироқ шуни эсда сақлаш керакки, экстрапирамидал синдром бир қатор органик касалликлар билан ҳам бирга кечиши мумкин:

- Энцефалитлар ва менингитлар;
- Гентингтон хорейсининг ригид формаси;

- Паркинсон касаллигининг чин формалари;
- мианинг томир, ўсмали ва травматик этиологияли ўчоқли зарарланиши;
- талваса компонентли Рея синдроми билан;
- гепатоцеребрал дегенерация (Вильсон касаллиги);

5.1. жадвал

**Серотонинли ва ёмон сифатли нейролептик синдром  
ўртасида қиёсий ташхислаш  
(Р.ХОФФМАН, 2010)**

Синдром	Ёмон сифатли нейролептик синдром	Серотонинли синдром
<b>Анамнез</b>		
Сабаб (дори воситалар)  Дори восита қабул қилингандан сўнг симптомлар ривожланиш муддати Давомийлиги	Дофаминолитик воситалар  Бир неча кундан бир неча ҳафтагача  Бир неча кундан 2 ҳафтагача	Серотонинергиквоситалар  Бир неча соат  Одатда 24 соат
<b>Симптомлари</b>		
Вегетатив ностабиллик	+++	+++
Гипертермия	+++	+++
Хушнинг бузилиши (англай ололмаслик, карахтлик)	+++	+++
Хушнинг бузилиши (кўзгалувчанлик, гиперактивлилик)	+	+++
Ригидлик	+++	+
Тремор, гиперрефлексия, миоклония	+	+++
Қалтироқ	-	+++
Брадикинезия	+++	-
Диарея	-	+++

Эслатма: (-) – йўқ, (+) – кам ҳолатда, (+++) – кўп ҳолларда

Марказий холинолитик синдром (делирий) ривожланишида қиёсий ташхислаш.

Дори табнатли экстрапирамидал бузилишлар клиникаси ўткир лабиллиги ва одатда тезда корректор препаратлар ёрдамида тўхтатилиши билан характерланади. Люмбал пункцияни ўтказиш инфекцион ва травматик зарарланишларни қиёсий ташҳислашга ёрдам беради. Экстрапирамидал синдромнинг чўзилувчан кечишида бемор невролог ва психиатр томонидан кўриқдан ўтказилиши шарт. Рея синдроми гипераммониемия ва кон зардобида АСТ, АЛТ миқдорининг ошиши билан кечади. Вильсон касаллигида қонда мис миқдори ошиб кетади ва церулоплазмин концентрацияси пасаяди.

Ёмон сифатли нейролептик синдроми ташҳиси МАТ инфекциялари, Гентингтон хорейсининг ригид формаси инкор қилингандан сўнг қўйилиши мумкин. Кўп ҳолларда ёмон сифатли нейролептик синдром галоперидол, фенотиазин ва тиоксантенларни қабул қилгандан кейин ривожланади. Ёмон сифатли нейролептик синдромнинг клиник манзараси серотонинли синдромга кўп ҳолларда ўхшаб кетади (5.1. жадвал).

Марказий холинолитик синдром ривожланишида қиёсий ташҳислашни психопродуктив симптоматикали эс-хушнинг ўткир ўзгаришлари билан кечувчи бошқа касалликлар ва ҳолатлар билан ўтказиш лозим:

➤ Холинолитик хусусиятга (холинолитиклардан) эга бўлган бошқа дори воситалардан захарланиш:

- тропанли алкалоидлар (атропин, скополаминвагиосциамин);
- антигистамин дори воситалар (димедрол ва бошқалар);
- М ва Н-холиноблокаторлар (циклодол, тарен, тропикамид ва бошқалар);

➤ Психодислептиклардан захарланиш (наркотик мақсадда ишлатиладиган ноқонуний психоактив моддалар). Психодислептикларга психоактив моддаларнинг қуйидаги гуруҳлари киради:

- каннабиноидлар (синтетик, табиий);
- фенциклидинлар (PCP);

- катинонлар;
- лизергин кислотасининг диэтиламиди (ЛСД);
- ишлаб чиқаришдаги ноқонуний амфетаминлар (фенилэтиламинлар);
- триптаминлар (табиатдаги псилоцибин).
- Делирийли абстинент ҳолатлар;
- Эндоген психик бузилишлар (руҳий касалликлар).

Беморларда ўткир руҳий бузилишлар сабабларини аниқлашда беморни кенгайтирилган кимёвий-токсикологик текшириш, ишонарли дори-дармон ва алкогольли анамнез катта ёрдам кўрсатади. Делириоз бузилишларда холинолитик компонентни аниқлаш учун физостигминли тест ишлатилиши мумкин (препаратни мушак орасига юборгандан сўнг ҳолатнинг тез, 30 дақиқадан кейин яхшиланиши). Алкоголли делирий, эндоген руҳий бузилишлар ва холинолитик хусусиятга эга бўлмаган дори воситалардан заҳарланишда физостигминни юбориш самара бермайди.

### **5.5 Ноаниқ психотроп воситаларидан ўткир заҳарланганда беморларни текшириш алгоритми**

Аниқланмаган психотроп препаратлардан ўткир заҳарланиш T43.9 билан кодланади. Эс-хушнинг продуктив ёки дефицитар симптомлар билан бузилиши, психотроп дори воситасини қабул қилганлик ҳақида аниқ анамнестик маълумотлар йўқлиги ва биологик суюқликларни кимёвий-токсикологик текширишда мусбат натижанинг йўқлиги қўшимча кенгайтирилган спектрдаги клиник-инструментал текширишни талаб қилади.

*Аниқланмаган психотроп воситалардан заҳарланиш асоратланмаган кечиши таиҳисоти*

#### Клиник текшириш (А):

- Беморнинг оғирлик даражасини баҳолаш;



- Эс-хуш бузилиш даражасини баҳолаш (Кома бўйича Глазго шкаласи, баллар);
- Қорачиклар ҳолати (диаметр, ёруғликка реакцияси, анизокория борлиги);
- Энса мушаклари ригидлиги бор ёки йўқлиги;
- Мушак тонуси ҳолати;
- Рефлекслар ҳолати, патологик рефлекслар борлиги;
- Тери қопламлари ва кўринарли шиллиқ пардалар ҳолати, кўринарли жароҳатлар борлиги;
- Гемодинамика ҳолати (ЮҚС, пульс, АҚБ баҳолаш);
- Ташки нафас функцияси ҳолати (НҚС, спонтан нафас самарадорлиги, патологик нафас типлари борлиги, кўкрак кафаси зъзоларини перкутор ва аускультатив текшириш, пульсоксиметрия);
- Ҳазм қилиш тизими ҳолати (қоринни визуал ва аускультатив текшириш, шакли, симметриклиги, қорин девори таранглашганлиги, пальпацияга реакция борлиги, перистальтикани баҳолаш);
- Сийдик чиқариш тизими ҳолати (сийдик ранги ва миқдори, бел соҳасида туртки симптоми борлиги).

#### Лаборатор текширув (Б):

- умумий (клиник) қон таҳлили;
- биокимёвий қон текшируви;
- умумий сийдик таҳлили;
- газ ва кислота-асос ҳолатини аниқлаш;
- сув-электролит баланси кўрсаткичларини баҳолаш.

#### Инструментал текшириш(В):

- электрокардиографик текшириш;
- миё қутиси рентгенографияси (спиралкомпьютер томография йўқлигида);
- кўкрак рентгенографияси.

*Аниқланмаган психотроп дори воситаларидан заҳарланиш асоратланган кечишининг асоратлари ташҳисотси*

**МНС томонидан асоратлар**

Клиник текширув (А). А га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- невролог шифокори кўриги;
- нейрохирург шифокори кўриги;
- психиатр шифокори кўриги;
- юқумли касалликлар шифокори кўриги.

Лаборатор текшириш (Б). Б га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- орқа мия суюқлигини текшириш.

Инструментал текшириш (В). В га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- бош мия СКТ текшируви;
- бош мия МРТ текшируви;
- электроэнцефалографик текширув.

**Нафас олиш системаси томонидан асоратлар:**

Клиник текширув(А). А га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- терапевт шифокори кўриги.

Лаборатор текширув (Б). Б га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- балғамни микрофлора ва антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун экиш.

Инструментал текшириш(В). В га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- кўкрак СКТ текшируви;
- ФБС (трахеобронхиал дарахт санацион ва диагностик текшируви).

**Юрак кон-томвр тизими томонидан асоратлар**

Клиник текширув (А). А га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- Терапевт шифокори кўриги;
- кардиолог шифокори кўриги.

Лаборатор текширув (Б). Б га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- биокимёвий қон таҳлили (юрак мушаклари зарарланиш маркерлари).

Инструментал текширув (В). В га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- эхокардиографик текширув.

**Сийдик чиқариш тизими томонидан асоратлар**

Клиник текширув (А). А га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

Терапевт шифокори кўриги.

Лаборатор текширув (Б). Б га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- биокимёвий қон таҳлили(КФК, миоглобин, АсАТ, мочевина, креатинин).

Инструментал текширув (В). В га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

Буйрак ва сийдик чиқариш йўллари УТТ.

**Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан асоратлар**

Инструментал текширув (В). В га қўшимча (кўрсатмалар бўйича):

- ФГДС (оқмалар, трахеостомик найча перфорациялари, қон кетишлар).

## 6 боб. ПСИХОТРОП ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШЛАРНИ ДАВОЛАШ

Психотроп дорилар билан ўткир заҳарланишда организмга заҳар тушиши асосан оғиз йўли билан содир бўлади. Шу сабабли, даволашнинг асосий вазифаларидан бири бу заҳарни олиб ташлаш ва ошқозон-ичак трактига сингиб кетишининг олдини олишдир.

Заҳарланишларнинг енгил шаклида *гастроэнтеросорбция* ва *юмшатувчи* дори воситаларни беришнинг ўзи етарли ҳисобланади.

*Гастроэнтеросорбция.* Бу усул энг кўп тарқалган усуллардин бири бўлиб, бунда фаоллаштирилган кўмирдан фойдаланилади. Фаоллаштирилган кўмирни бир неча мартаба киритиш билан унинг самарадорлиги ва энтерогепатик цилкдаги иштирокини камайтиради.

Фаоллаштирилган кўмирининг биринчи миқдори 1г/кг, қайта киритилиши хар 4-6 соатда 0,5 г/кг миқдорда берилади. Фаоллаштирилган кўмирининг биринчи миқдорини юмшатувчи дори воситалари билан бериш мумкин. Полисорб (кунига 3 дозадан 0,1 г/кг), энтеросорб (кунига 5 г 3 маҳал), энтеросгел (кунига 3 марта 22 г), Фортранс (4 г/кг) дан сорбент сифатида фойдаланиш мумкин. кунига) ва бошқалар. Сорбентлар билан даволаниш муддати одатда 3-5 кун. Литий препаратлар билан заҳарланишда фаол углероддан фойдаланиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки у деярли литийни емирмайди.

*Юмшатувчи воситаларни қўллаш.* Тузли юмшатувчилардан фойдаланиш (*натрий сулфат, магнезиум сулфат*) самарасиз, чунки улар заҳарнинг муҳим қисмини сўришини олдини олиш учун тезда ҳаракат қилмайди. Ичакка сингиб кетмайдиган ва ёғда эрийдиган токсик моддаларни фаол равишда боғлайдиган 100-150 млдозада юмшатувчи сифатида вазелин мойидан фойдаланиш афзалроқдир.

*Ўртача зўравонлик билан заҳарланиш қўшимча терапевтик чоратadbирларни, шу жумладан ошқозонни ювиш, ичакни тозалаш, инфузион-детоксикация ва симптоматик терапияни талаб қилади.*

*Ошқозонни ювиш. Ошқозонни ювиш айниқса касалхонага қадар заҳарланишдан кейинги дастлабки икки соат ичида жуда муҳимдир. Трициклик антидепрессантлар ва антипсихотиклар билан заҳарланганда, меъда ювиш заҳарланишдан бир неча соат ўтгач ҳам самарали бўлади, чунки дорилар М-антихолинергик таъсирга эга, бу ошқозон таркибидаги эвакуацияни сусайтиради.*

*Хушнинг чуқур бузулишида ва талваса синдромларида трахея интубацияси амалга оширилгандан сўнг ошқозонни ювиш техникаси бажарилади. Ошқозон таркибидаги маҳсулот чиқарилгандан сўнг кимёвий токсикологик текширувига берилади. Ошқозонни ювиш тоза ювинишлар пайдо бўлгунга қадар амалга оширилади (хона ҳароратидаги 10 литргача сув). Сувнинг кичик ҳажми (200-300 мл) навбатма-навбат киритилади ва олиб ташланади. Ошқозонни ювгандан сўнг сорбентнинг биринчи дозаси зонд орқали юборилади.*

*Ичакни фармакологик стимуляцияси. Организмдан заҳарни чиқаришни тезлаштириш учун ичак ҳаракатини кучайтиришнинг турли усуллари, хусусан тозаловчи ҳуқна, ичакларнинг фармакологик ва электростимуляцияси қўлланилади.*

*Тозалаштирувчи ҳуқнанинг зарарсизлантирувчи таъсири токсик моддаларнинг ингичка ичакдан йўғон ичакка ўтиши учун зарур бўлган вақт билан чекланганлиги сабабли, заҳарланишдан кейинги бир неча соатларда ушбу усулдан фойдаланиш одатда самара бермайди.*

*Ушбу вақтни қисқартириш учун 40 мл глюкоза эритмасида 10-15% 4% калий хлорид эритмасини вена ичига юбориш ёрдамида ичакни фармакологик стимуляциясидан фойдаланиш керак.*

*Электростимуляция, ичаклар электростимуляцияси учун энг самарали усуллардан бири бўлиб, махсус аппаратлар ёки серотонин адаптиннинг 1 %*

2мл 400 мл физиологик эритмага эритилиб вена ичига юбориш билан ичаклар стимуляциясига эришилади.

**Инфузион терапия.** Комплекс даволаш чора-тадбирлар бўлиб, захарланишларнинг ўрта оғир даражасида, кордиотоксик синдромни ривожлантиришни олдини олиш мақсадида амалга оширилади. Бунинг учун юракнинг метаболизмини яхшиловчи (глюкоза-тузли эритмалари, витаминлар, коннинг таркибини яхшиловчи) дори воситалари берилди. Бундан ташқари, инфузион терапия коннинг захарланиш миқдорини камайтириб, айланаётган қон ҳажмини яхшилаб, сийдикнинг ажралишини яхшилайди. Сув-электролитлар ва плазма ўрнини босувчи эритмалар ишлатилади (декстран, желатин, рефортан, стабизол ва бошқа дори воситалари). Инфузион терапиянинг умумий ҳажми кунига 1000–1500 млни ташкил қилади.

Литий дори воситларидан захарланганда ошқозон ичак тракти орқали йўқотилган қон ҳажмини тўлдириш лозим. Бунинг учун 1,5-2 марта тезликда қўллаб турувчи физиологик эритмалар, буйракда қон оқиши ва захарли моддани чиқариш мақсадида вена ичига юборилади.

**Форсирланган диурез.** Антидепрессантлар ва нейрорептиклар билан захарланишда ушбу дори-дармонларни плазма оксиллари билан аниқ боғланганлиги сабабли детоксикация қилишнинг бу усули оқланмайди. Амфетамин билан захарланганда, форсирланган диурез қонда аскорбин кислотаси билан 8 мг / кг,  $n\text{X} < 5$  дозасида оксидлаб бажарилади.

**Симптоматик терапия.** Захарланишларнинг ўрта оғир даражасида экстрапирамидал синдромларнинг пайдо бўлиши медикаментоз даво чораларини талаб қилади. Енгил ҳолатларда, баъзи бир мушакларнинг тоник қисқаришлари юзага келади, буларга, бўйин мушакларини қийшайиши ва бошни орқага эгилиши кузатилади, бундай ҳолатларда талвасага қарши дори воситалари (бензодиазепиннинг унумлари 10–20 мг мушак орасига,) ва антихолинэргик дори воситалари – Циклодол (2–4 мгдан) ёки Акинетон (МНН Бипереден) (1–4 мгдан) ичишга берилди. Нейрорептик синдромнинг

оғир формаларида талвасага қарши ва антихолинэргик дори воситалари қайтадан тавсия этилиб, кунига 4 маҳал берилади. Агар холинэргик синдромлар (уйқучанлик, мидриаз, тахикардия) юзага келган бўлса, антихолинэргик дори воситаларни киритиш тўхтатилади. Талваса хуружлари вақтида витамин В<sub>6</sub> (2–3 мл/кун.) буюрилади, талваса синдромининг тез тез қайталаниши унинг захирасини тугашига олиб келади. Агар талваса синдромлари давом этаверса, бундай ҳолатларда, барбитуратлардан (тиопентал натрий 200-300 мг вена ичига юборилади). Агар, беморнинг аҳволи янада оғирлашса, форсирланган диурез типини инфузион терапия ўтказилади, шу жумладан юрак қон томир тизими ва нафас олиш тизими назорат қилинади.

Заҳарланишларнинг оғир даражасида детоксикация усули кучайтирилади ва инфузион терапия ҳажми орттириб борилади. Шу билан бир каторда жаррохлик, экстрокорпорал ва маҳсус антидод терапия усули ҳам қўлланилади. Н.В. Склифосовс номидаги Москва илмий–тадқиқот институтининг токсикология клиникасида ўтказилган тадқиқотлар шунини кўрсатадики психотроп дори воситалар билан заҳарланишларда химио–физиогемотерапия усули самарали ҳисобланади.

*Ичакларни ювиш (ичаклар лаважи).* Заҳарли моддаларни ички муҳитда узок муддат туриб қолиши, ошқозон ичак тизими парези ва энтерогепатик циркуляцияда иштирок этади, шунинг учун психотроп дори воситалари билан оғир заҳарланганда қуйидаги усул жуда самарали ҳисобланади. Ичаклар лаважи– ошқозон ичак тизимини детоксикация ва гомеостазнинг кўрсаткичларини яхшилаш мақсадида маҳсус тузли эритмалар билан ювилади. Тузли эритмалар таркибига: калий – 20,5 ммоль/л, натрий – 95,6 ммоль/л, кальций – 7,5 ммоль/л, фосфор – 15,6 ммоль/л, магний – 6,6 ммоль/л, хлор – 98,6 ммоль/л, углеводлар ва органик кислоталар каби микроэлементлар кирди. 38-40°С хароратда илитилган тузли эритмалар назоеюнал зонд орқали 60-100 мл/мин ёки 150-200 мл ҳажмда хар 5 миinda

тез-тез юборилади. Умумий миқдори беморнинг тана массасига 70-80 мл, 1 кг нисбатан олинади. Бу муолажанинг давомийлиги 3—4 соатни ташкил этади.

**Химногемотерапия.** Қоннинг бевосита электрокимёвий оксидланиши билан детоксикация жараёнини тезлаштириш учун ЭДО-4 ва ДЭО-01-МЕДЭК аппаратлари ёрдамида 0,06%ли натрий гипохлорид эритмаси ишлатилади. Гипохлорид эритмаси, гипогликемия ва гипокалемияни коррекция қилгандан сўнг марказий веналарга (ўмров ости, бўйинтурук ва сон веналари) минутига 80 90 томичидан, 400 мл юборилади. Юқори даражали заҳарланишда гипохлорит эритмаси сунъий зарарсизлантириш (гемосорбсия) усуллари билан биргаликда қўлланилади, шу билан бирга эритманинг умумий ҳажми икки баравар кўпайтирилиши мумкин (ёки гемосорбция олдида натрий гипохлоритнинг иккита инфузиясини киритиш орқали 0,5-1 соат инфузиялар оралиғида; ёки натрий гипохлоритнинг иккинчи инфузиясини интраоператив равишда экстракорпорал занжирга (гемосорбсия давомида) 20-30 минут, томир ичига томчилатиб, 13 мл / мин тезликда киритилиши туфайли юқори самарага эришилади.

**Физиогемотерапия.** Магнитли тозалаш қоннинг таркибий қисмини яхшилаш мақсадида ўтказилади. Магнитли гемотерапия гемосорбциянинг гемодинамикага (коллапсга учрашини) зарарли таъсирини камайтиради. Магнит гемотерапия учун саноат мосламалари ("Поле-1" ва АМТЛ-01 "Магнитер") ташқи таъсир қилиш учун мўлжалланган (индукцияси 10-100 мТ ва частотаси 50 Ҳз бўлган магнит майдонлар, машгулотлар давомийлиги 3-30 минут).

**Жисмоний гемотерапия усуллари** - ўпкада яллиғланиш жараёнларини олдини олиш ва даволаш учун оғир заҳарланишда ультрабинафша гемотерапия (УБГТ) ва лазер ультрабинафша гемотерапия (ЛУФГТ) дан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Иммуниет тизимининг детоксикация потенциалининг ошиши туфайли



УБГТнинг аниқ иммунокректив таъсири исботланган. Лазерли гемотерапия гелий-неон лазер билан экстракорпорал тарзда ЛГ-79-1 ва Изолд-ЭЛОК серияли қурилмалари, ультрабинафша гемотерапия - МД-73М Изолд аппарати ёрдамида амалга оширилади.

*Липиттерапия.* Трициклик антидепрессантлар билан кучлизахарланишда липид эмулсиясини (Интралипид) қўллаш тавсия этилади.

Дори таъсирининг иккита мумкин бўлган механизмлари кўриб чиқилган:

1) "липидқобиғи" ятроген липид бўлими вазифасини бажаради ва ёғда эрийдиган токсикантларнинг гсеквестрацияси учун шароит яратади;

2) липид эмулсияси миокардда митохондрилар оксидланиш учун субстрат вазифасини бажаради.

Тавсия этилган доза 30 мл / кг / кунига. (Интралипид 10%) ёки кунига 15 мл / кг (Интралипид 20%). Инфузиянинг тезлиги 1,5 мл / мин.

*Антидот детоксикацияси.* Марказий антихолинергик синдромни енгиллаштириш учун холинестераза ингибиторлари гурухидан дорилар қўлланилади - физостигмин, аминостигмин, галантамин.

Препаратлар қуйидаги дозаларда қўлланилади:

- аминостигмин 1-2 мл 0,1% ли эритмадаи / ёки / аста-секин АОК қилинади;

- галантамин (нивалин) физиологик эритмада 1-2 мл 0,25% ли эритма ёки / томчилатиб юборилади;

- физостигмин томир ичига 10 дақиқа давомида 1-2 мг 0,25-1% эритма дозасида юборилади.

Дори воситаларининг таъсири тезда ўзини намоён қилади ва бир неча дақиқада қўзғалиш ва галлюцинацияларни йўқ қилади. Агар керак бўлса, 3-5 соатдан кейин антидот терапияси такрорланади (юрак уриш тезлиги дақиқада 60-70 мартагача пасайгунча).

Ушбу дориларнинг хаддан ташқари дозаси миоз, гиперсаливация, бронхорея, терлаш, корин огриги, брадикардия, артериал гипотензия, мушакларда тарқок фасцикуляциялар ва баъзида холинергик кризни ривожланишига олиб келиши мумкин.

Холинэстераза ингибиторларининг қўлланишига карши кўрсатма брадикардия ва юракдаги секин ўтказувчанликдир. КРС комплексининг кенгайиши 0,12 с дан ошганда, препаратлар киритилмаслиги керак.

Холинэстераза ингибиторларни бошқа турдаги психотроп дори воситалари билан дифференциал-диагностика қилиш мақсадида шифохонагача бўлган босқичда қўлланилади.

**Симптоматик терапия.** Оғир захарланишларда реанимацион характердаги чора тадбирларни ўзи ичига олади. Юрак қон томир етишмовчилиги ва нафас етишмовчилигида реанимацион чора тадбирларни олиб бориш, детоксикация усулларини қанчалик даражада сифатли ўтказилганлигига боғлиқдир. Ҳаётини муҳим аъзолар фаолиятини бузулиши кузатилганда, реанимациянинг умумий тамойилларига асосланган ҳолатда олиб борилади: ўпканинг сунъий вентилляцияси; вазопрессор препаратлари, УҚХ оширишга, микроциркуляцияни яхшилашга қаратилган инфузион терапия, сув электролит баланси ва кислота ишқор мувозанатини коррекция қилиш. Экзотоксик шокни даволаш муҳим аҳамият касб этиб, у психотроп препаратлардан захарланишда аралаш характерга эга бўлади (гиповолемик, кардиоген, дистрибутив). Гиповолемия нисбий характерли бўлиб АЮҚХ ни тиклашни марказий веноз босим (МВБ) ва гемокрит назорати остида олиб бориш керак. АЮҚХни тўлдириш мақсадида кристаллоид, коллоид, плазма ўрнини босувчи эритмалар ва электролитларнинг эритмалари ишлатилади. Миокард кискарувчанлик функциясини яхшилаш мақсадида дофамин ишлатилиши мумкин. Қоннинг минутлик ҳажмини ошириш учун керак бўладиган дофамин инфузиясининг тезлиги 2,5-10 мкг/кг/мин ни ташкил этади. Босим тезлигини 20 мкг/кг/мин гача ошириш ҳам мумкин. Дофаминни юборишни тўхтатиш уни юбориш тезлигини бир соат ичида 5 мкг/кг/мин

гача пасайтириш билан олиб борилади. Юрак зарарланиши белгилари борлиги юрак гликозидларни қўллашга қарши кўрсатма эканлигини эсда сақлашимиз лозим.

Антидепрессант ва нейролептиклардан оғир захарланишда симптоматик терапиянинг муҳим вазифаларидан бири бу кўпинча ўлим ҳолатига сабаб бўлувчи бирламчи кардиотоксик таъсирни (юрак ритмининг ва ўтказувчанлигининг бузилиши, миокард қисқарувчанлик функциясининг пасайиши) даволаш ва профилактикаси ҳисобланади. Қоринчалар аритмияси ва QRS комплексининг  $> 0,1$  с кенгайишида танлов препарати бўлиб 4-8 мл/кг дозада 4% натрий гидрокарбонат эритмаси ҳисобланиб уни қайта то қоннинг рН кўрсаткичи 7,5 га кўтарилмагунича юборишади. ЭКГ белгилари нормаллашганидан сўнг натрий гидрокарбонат эритмасини 12-24 соат давомида токсикантни тўқималардан қайта тақсимланишини эътиборга олган ҳолда юбориш тавсия этилади.

Натрий гидрокарбонат юбориш фонида сақланиб турувчи қоринчалар аритмиясида узлуксиз инфузия кўринишида лидокаин (1-2 мг/кг) буюрилади. Антиаритмик дори воситаларининг I а, I с синфи –натрий каналлари блокаторлари (прокаинамид, дизопирамид, хинидин, пропафенон, энкаинид, флекаинид) ва III синфига кирувчи таъсир потенциали давомийлигини оширувчи воситалар (амиодарон, соталол, бретилия тозилат) кардиотоксик хавфини чуқурлаштиришини инобатга олган ҳолда қарши кўрсатма ҳисобланади. QT интервалини узайиши махсус даво талаб қилмайди. Одатда гипокалиемиа ва гипомагниемияни коррекциялаш кифоя ҳисобланади. Пиузрет тахикардия вақтида артериал гипотония ҳолати ривожланишига олиб келмасдан вена ичига томчилаб магний сульфат юборилади. Магний сульфат таъсир этмаганда изопреналин буюрилади ёки ташки ёки эндокардиал кардиостимуляцияни оширувчи препаратлар қўлланилади. Синоатриал ёки III даражали AV-блокадада олиб борилган терапия самарасиз бўлганда кизилўнгач орқали ёки трансвеноз электрокардиостимуляция кўрсатма ҳисобланади.

Адренэргик синдром ривожланишида (МАО ингибиторлари ва психостимуляторлардан заҳарланишда) дозасини осон коррекция қилиш мумкин бўлган - нитропруссит натрия ва нитроглицерин каби препаратларни ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Натрий нитропруссити вена ичига томчилатиб 1-1,5 мкг/кг/мин ҳисобидан юборилади, керак бўлса юбориш тезилигини аста-секинлик билан 8 мкг/кг/мин гача оширишади. Нитроглицерин ҳам автоматик дозатор ёки инфузомат орқали 1 мг/соат тезликда (максимал тезлик 8-10 мг/соатни ташкил этади) юборилади. Амфетаминлардан заҳарланганда намоён бўлувчи юрак аритмияси 100 мг лидокаинни вена ичига томчилаб юборишга кўрсатма ҳисобланади.

*Хурургик даволаш усуллари.* Оғир заҳарланишларда, кўп ҳолларда детоксикацион терапиянинг экстракорпорал усулларини ўтказиш муҳим (6.1. жадвал).

Хорижий адабиётларда трициклик антидепрессантлардан заҳарланишда экстракорпорал даволаш усулларини қўллаш мақсадга номувофиқлиги ҳақида маълумотлар учрайди. Бироқ, маҳаллий муаллифлар ишларида амитриптилиндан оғир заҳарланишларда гемосорбциянинг самарадорлиги кўрсатиб ўтилган. Гемосорбция ўтказилган беморларда эс хушнинг тезроқ тикланиши ва юрак ритмининг нормаллашуви ҳамда ўлим ҳолатларининг камайиши кузатилган. Гемосорбцияда амитриптилин клиренси  $36,0 \pm 6,2$  мл/мин, бир сеанс давомида чиқариб юборилган заҳарнинг миқдори -2,32-4,24 мгни ташкил этади.

## Қонни эстракорпорал тозалаш самардорлигига кўрсатма.

Нозологик шакл	Қонни экстракорпорал тозалашга кўрсатма	Усул	Усул самарадорлиги <sup>1</sup>	Тезкорлик даражаси ва хусусиятлари
Азалептиндан ўтқир захарланиш	0,6 г дан зиёд дозада қабул қилинганлиги анамнези + оғир захарланишнинг шунга мос клиникаси (эс-хушнинг кома даражасигача пасайиши ( $\leq 8$ балл) ёки делирий, гиперсаливация, бронхорея, миопатия), препарат қабул қилингандан сўнг биринчи 2 суткада Ёки оғир захарланиш клиникаси+қонда/сийдикда захарнинг борлиги, Ёки препаратнинг қонда 2 мкг/мл (0,2 мг%) дан орттик концентрацияси	Гемодиализ Плазмаферез Гемосорбция	- + -	Кечиктирилган <sup>2</sup> Делириоз шаклида ангиidot юборилгандан сўнг
Амигтриптиндан ўтқир захарланиш (трициклик антидепрессантлар дан)	0,5 г дан зиёд қабул қилганлиги ҳақида маълумот + оғир захарланишнинг клиник манзараси (кома $\leq 8$ балл), кўришнинг бузилиши, артериал гипотензия, ичак парези, талваса синдроми, тахикардия, QRSкомплексининг кенгайиши, блокадалар, аритмиялар) препарат қабул қилингандан сўнг биринчи 2 суткада; Ёки оғир захарланиш клиникаси+қонда/сийдикда захарнинг борлиги, Ёки препаратнинг қонда 1 мкг/мл (0,1 мг%) дан орттик концентрацияси	Гемодиализ Плазмаферез Гемосорбция	- ++ +	Кечиктирилган <sup>2</sup> Холинэстераза блокаторлари юборилгандан сўнг
Фенотиазин хосилаларидан ўтқир захарланиш	0,6 г дан зиёд дозада қабул қилинганлиги анамнези + оғир захарланишнинг клиникаси (кома ( $\leq 8$ балл), артериал гипотензия, тахикардия, миоз, талвасалар) препарат қабул қилингандан сўнг биринчи 2 суткада; Ёки оғир захарланиш клиникаси+қонда/сийдикда захарнинг борлиги, Ёки препаратнинг қонда 1 мкг/мл (0,1 мг%) дан орттик концентрацияси	Гемодиализ Плазмаферез Гемосорбция	- + +	Кечиктирилган <sup>2</sup>

Эслатма: усулнинг самарадорлиги<sup>1</sup> – +++ яхши; ++ ўрта; +кучсиз; – шубҳали ёки йўқ; <sup>1</sup> – қоннинг экстракорпорал детоксикацияси тўлиқ даволаш ва шифохонада даволаш бошлагандан 6 соат давомида заҳарланиш клиник манзараси яхшиланиши кузатилмаганда ўтказилади. Уни бошлашдан олдин қуйидагиларни чеклаш керак: алкоголь ва нейротроп моддаланинг устунлик таъсири, детоксикациянинг экстракорпорал усуллари билан чеклаб бўлмайдиган, экзотоксик генезли эс-хушнинг бузилиши; ўткир неврологик ва нейрохирургик патологияни. Қоннинг экстракорпорал детоксикацияси қуйидагилардан кейин амалга оширилади: ошқозонни такрорий зонд билан ювишда, энтеросорбцияда, ичакларни тозалашда, адекват инфузион терапияда; ЭКГ ўтказишда, қоннинг умумклиник ва биокимёвий таҳлили, коагулограммада, қон гуруҳини ва резус омилни аниқлашда. Ўтказилаётган тўлиқ даволаш фониди беморда заҳарланиш симптоматикаси ошиши, умумий аҳволини ёмонлашишида қоннинг экстракорпорал детоксикацияси шифохонада даволаш бошлангандан 6 соат ўтмасдан ўтказилади.

Амитриптилин ва клозапиндан оғир заҳарланишда яққол мусбат клиник таъсир қўшма физиогемотерапияда кузатилиб ўз ичига магнитли гемотерапияни, УФГТ, лазерли гемотерапияни, натрий гипохлорит инфузиясини олади. Қўшма физиогемотерапия артерия ёки вено-венозли усул билан ўтказилади. Магнитли гемотерапияни УМГТ-3 аппарати билан (окиб ўтувчи магнитли терапия ўтказиш учун ускуна) гепаринизациядан кейин (вена ичига 5000 ЕД гепарин), гемосорбциядан олдин, 1 соат давомида 30 мТл индукцияли доимий магнит майдони таъсир эттириш йўли билан ўтказишади. Гемосорбцияни 40 мин давомида 350 мл носелектив сорбент (ФАС) сакловчи флаконлар ёрдамида олиб боришади. Натрий гипохлоритни (0,06% ли 400 мл эритма) гемосорбцияни биринчи 20 дақиқасида вена ичига юборишади. УФГТ ни МД-73М «Изольда»(УБ-нурларининг тўлқин узунлиги 254 нм) аппарати ёрдамида гемосорбциянинг кейинги 20 дақиқаларида кювета орқали колонкага киришда қонни нурлатиб ўтказишади. Магнитли гемотерапияда қон айланиши 50 мл/мин ни, гемосорбция ва УФГТ да эса 70-150 мл/мин ташкил этади.

Магнитли гемотерапия, гемосорбция ва УФГТ тугаганидан 6-12 соат ўтгандан сўнг оғир захарланишларда лазерли гемотерапия («Изоolda-ЭЛОК» аппарати ёрдамида 67 дақиқа давомида) ўтказилади.

Қўшма физиогемотерапияга қарши кўрсатма –ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги ва ҳар қандай локализацияли қон кетишдир.

Литий препаратлари билан захарланганда *гемодиализ* ўтказилади. Гемодиализ оғир асаб касалликлари, шу жумладан эс-хушнинг йўқолиши билан оғриган беморларда, шунингдек литий концентрацияси 4 ммоль/л дан юқори бўлган ўткир захарланишларда ва литий концентрацияси 2,5 ммоль/л дан юқори бўлган сурункали захарланишларнинг барчасида амалга оширилади. Бундай ҳолда, диализ суюқлиги таркибида ацетат эмас, балки бикарбонат бўлиши керак.

#### *Асоратларни даволаш.*

Токсико-гипоксик энцефалопатия. Токсикогипоксик энцефалопатияни даволашда органлар ва тўқималарни етарли миқдорда кислород билан таъминлаш керак. Шу мақсадда даволашнинг биринчи босқичида кислород ингаляцияси, оғир ҳолатларда – СЎВ ўтказилади. Бемор касалхонага ётқизилганидан кейинги бир неча соат ичида гипербарик оксигенация (ГБО) ўтказилади ва асосида қахрабо кислота сақловчи - реамберин (10 мл/кг вена ичига томчилаб 1-4 мл/мин тезликда, даволаш курси – 10 кунгача) ёки цитофлавин (кунига 10 мл дан 100 мл 5% глюкоза эритмаси билан вена ичига суткада 2 марта ҳар 8-12 соатда 5 кун томчиланади).

Рабдомиолиз ва позицион сиқилиш синдроми билан ривожланувчи ўткир бўйрак етишмовчилиги. Дастлабки даврда, шок ҳолатида бўлган беморларда МВБ, АҚБ, ЮУС, гематокрит ва диурез динамикаси бўйича эритмаларни томир ичига юбориш ҳажми ва тезлигини қатъий назорат қилиш керак. Ушбу даврда қисқа вақт ичида АҚХ етишмовчилигини, КИМ бузилишларини бартараф қилиш, хужайралараро суюқлик ҳажмини тўлдириш, қоннинг микроциркуляцияси ва кислород ташиш функциясини тиклаш муҳимдир. Многобинурик нефрозни олдини олиш мақсадида натрий гидрокарбонат

эритмасини ишқорий захирага эга бўлган 1,5% реамберин эритмаси билан биргаликда вена ичига (коннинг электролитлар таркиби назорати остида) жўнатилиб сийдик ишқорланади. Буйракнинг айриш фаолияти сақланиб қолганда, мажбурий диурез қўлланилади. Азотемия даражасининг пасайиши гастрозитеросорбция ўтказиш орқали эришилади. Йирингли-септик асоратларни олдини олиш мақсадида фотогемотерапия (УФГТ ёки ЛУФГТ), иммуномодулятор терапия (Т-активин 1 мл 0,01% эритмаси т/о ёки тималин 10 мг дан м/о суткада 1 марта 5-14 кун давомида юборилади), антибактериал терапия ўтказилади. Организмдан токсик метаболитлардан (олиго- и полипептидлар, миоглобин, ўрта оғирликдаги молекулалар) тозалаш учун эрта эндоген интоксикация даврида (касалликнинг 1-4 кун) плазмаферез, плазма алмашинуви ва сорбцияли детоксикация (гемо, плазма, лимфосорбция) усуллари қўлланилади. Гиперкалиемида, декомпенсациялашган метаболик ацидозда, қон плазмасида миоглобиннинг юқори концентрацияси детоксикация ва гемосорбциянинг плазма усулларида ташқари, қўшимча узок муддатли вена-вена гемодиальтизация (УМВВГДФ) ёки узок муддатли вена-вена гемофильтрация (УМВВГФ) амалга оширилади. Кечки эндоген (азотемик) интоксикация даврида (касалликнинг 4-20 кунлари) диализ-фильтрация усуллари қўлланилади: гемодиальтизация, гемодиализ. Касалликнинг кечки эндоген захарланиш (азотемик) даврида (касалликнинг 4-20 кунлари) гемодиальтизация, гемодиализ, УМВВГДФ ва УМВВГФ диализ-фильтрацион усуллардан фойдаланилади.

Зотилжам. Зотилжамни даволаш учун антибиотик терапиядан ташқари антикоагулянтлар, иммуномодулятор дорилар, шунингдек ультрабинафша нурланиш ва қонни лазер билан даволаш киради. Антибиотикларни микрофлоранинг уларга нисбатан сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда буюриш керак.

Ёмон сифатли нейролептик синдром (ЁСНС). Даволаш нуқтаи назаридан энг қийин синдром бу - ёмон сифатли нейролептик синдромдир. Даволаш қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:



1. Максимал тез гидратация – АКХ ва коннинг ион таркибини тўлдирши мақсадида кристаллоид ва коллоид эритмаларини томир ичига жўнатиш. Вена ичига юбориладиган суюқлик миқдори, сувсизланиш даражасига қараб, кунига 2 л. дан 6 л. гача ўзгариши мумкин. Зарур бўлса, натрий гидрокарбонат билан ишқорлаш терапияси ўтказилади.

2. Гипертермия билан курашиш – физик методлар (совуқ ўрамалар, магистрал томирларни муз билан ўраш, буглатиб совутиш). Антипиретиклардан фойдаланиш самарасиз бўлиши мумкин, чунки ЁСНС да иссяклик ҳосил бўлиши мушакларнинг қаттиқлиги билан боғлиқ ва уни анъанавий фармакологик воситалар билан тuzатиб бўлмайди, шунинг учун иситма билан курашиш учун мушакларнинг қаттиқлигини юмшатувчи дори воситалардан фойдаланиш керак.

3. Айниқса бензодиазепинларни (кунига 4 марта 10-20 мг м/о), мушакларнинг қаттиқлиги ва оғир кататония ҳолатларида қўллаш муҳимдир. Бензодиазепинлар тўғридан-тўғри дофаминергик фаолликни оширади, марказий миорелаксант таъсир кўрсатади, бу эса ҳароратнинг пасайишига олиб келади, деган фикрлар мавжуд.

4. Экстрапрамидал симптомларнинг яққол белгиларни намоён бўлганда антипаркинсон дори воситалари – циклодол 6 дан 12 мг гача кунига ёки акинетон 1 млдан м/и ёки в/ига секинлик билан кунига 4 маҳал.

5. Тромботик асоратларни олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар (гепарин 10-20 БИР/кун. т/о) ва дезагрегантлар (пентоксифилин 5,0 мл/кунига. вена ичига инфузия шаклида) тавсия этилади.

Консерватив терапия самараси бўлмаганда ва МНТ касалликлари симптомлари ортиб борса махсус даво чора тадбирлари қўлланилади:

- **Дофамин рецепторларини стимуляторлари** – амантадин (ПК-мерц) 100-200 мг/кундан, вена ичига ёки бромокриптин перорал 2,5 мг 3-4 маҳал кунига. Бромокриптин ва амантадин марказий дофамин блокадасига таъсир қилиб мушаклар релаксациясини чакиради ва тана ҳароратини туширади.

• **Мушак релаксантлари.** Дантролен – марказий таъсир қилувчи мушак релаксантларидир. Дантроленнинг асосий таъсир механизми рианодин рецепторларига (миоцитларнинг саркоплазмасидаги ретикулоцитларга) блокада қилади. Дантролен асаб-мушак тўқималарига таъсир қилиб, мушакларда метоболизм ва иссиқлик ҳосил бўлишини пасайтиради, шу билан бирга гипертермияни камайтиради. Дантролен, МНТ касалликларида юзага келадиган мушаклар тортилиши ва юқори бўлган тана ҳароратини даволашда ишлатилади. Даволаш 2,5 мг/кг дан бошланади. Ушбу миқдорни 500 мл 5% глюкоза эритмасига солиниб, 15 мин давомида ҚБ, ЮУС, ЭКГ назорати остида юборилади. Агар самараси кузатилмаса миқдорини ошишириш мумкин. Максимал кунлик миқдори 30 мг/кг. Баклофен – марказий таъсир қилувчи мушак релаксантлари бўлиб, гамма-аминомой кислота (ГАМК-стимулятор) унумлари. Бу дори воситаси овқат вақтида ичишга буюрилади. Баклофеннинг бошланғич миқдори – 5 мг 3 марта кунига, кейинчалик, 20-25 мгдан оширмаган ҳолда 3 маҳал кунига буюрилади; юқори кунлик миқдори – 100 мг/кун. Жуда оғир ҳолатларда деполяризацияланмайдиган мушак релаксантлари кўрсатма бўлиб ҳисобланади: панкурониум (павулон) – бошланғич миқдори 0,08-0,09 мг/кг; таъсир давомийлиги 60-80 мин; қайти киритиш миқдори 0,02-0,03 мг/кг; пипекурон (ардуан) – бошланғич миқдори 0,06-0,1 мг/кг; таъсир давомийлиги 60-80 мин; ушлаб турувчи миқдори 0,02 мг/кг. Деполяризацияланмайдиган мушак релаксантлари, ўпканинг сунъий вентилляциясини бажаришда тавсия қилинади. Бир қатор текширишлар натижаси шуни кўрсатадики, дантролен ва бромокриптин биргаликда қўлланилиши оғир нейролептик синдромни даволашда самарали эканлиги аниқланган. Бундай дори воситаларининг биргаликдаги қўлланилиши МНТ касалликларининг оғир касалликларида, узок ёки резистентликларини даволашда ишлатилади. МНТ касалликлари аломатлари камайиб бошлагандан сўнг, дантролен бекор қилинади ва бромокриптин давом эттирилади.

## ХУЛОСА

Антидепрессантлардан ўткир, оғир захарланиш клиникаси марказий ва холинолитик синдром белгилари билан, марказий асаб тизимининг токсик зарарланиши симптоматикаси билан характерланади. Эс-хушнинг бузилиши юракнинг токсик зарарланиши (ЮТЗ) – Гис тутами оёқчалари блокадаси, АВ-блокада, QRS комплексининг кенгайиши ва деформацияси симптомлари билан бирга кечганда захарланиш жуда хавфли бўлади. Таъкидлаш жоизки, трициклик антидепрессантлар периферик  $\alpha_1$ -адренорецепторларни блоклаб нейролептиклар ва гипотонияга резистент терапияни келтириб чиқаради, бу эса препаратларнинг тўғридан-тўғри кардиотоксик таъсири туфайли экзотоксик шок ривожланишига олиб келади. MAO ингибиторлари антидепрессантлардан захарланишни фарқловчи хусусияти бўлиб, захарланишнинг биринчи соатларида адренэргик таъсири билан боғлиқ бўлган артериал гипертензиянинг ривожланиши ҳисобланади. Антипсихотик нейролептиклардан (галоперидол, сульпирид ва бошқ.) захарланиш экстрапирамидал бузилишлар билан, оғир ҳолатларида эса ёмон сифатли нейролептик синдром ривожланиши билан фарқланади.

Антидепрессантлардан ва нейролептиклардан ўткир захарланиш эс-хушнинг бузилиши билан кечиб тўғри ташҳис қўйишда қийинчилик туғдиради. Эс-хушнинг бузилиши КХК-10 бўйича соматик патология диапазони катта (бош миyaning травматик, инфекцион ва органик шикастланиши, метаболик комалар, эндоген психик бузилишлар), бошқа психотроп воситалар ва моддалар билан, T43 гуруҳи психотроп воситаларидан захарланишда қиёсий ташҳислаш ўтказишни талаб этади. Психотроп воситалардан ўткир захарланишни даволашда дастлабки масалалардан бири бўлиб токсикантнинг организмдан чиқиб кетишини таъминлаш, унинг сўрилишини олдини олиш ҳисобланади. Шу мақсадда, захарланиш даражасига боғлиқ ҳолда сорбентлар, ич юмшатувчи воситалар, ошқозонни зондлаш орқали ювиш, ичакни фармакологик стимуляция қилиш ва ичаклар лаважи қўлланилади. Ҳозирги кунда детоксикацион терапия доирасида токсикантнинг қонга секвестрация

клинишини таъминлайдиган липидли эмульсия қўлланилиши кўриб чиқилмоқда. Марказий антихолинэргик синдромни бартараф этиш мақсадида холинэстераза ингибиторларидан – аминостигмин, галантамин (ниваллин), физостигмин ишлатилади. Экстрапирамидал синдромни бартараф этиш учун талвасага қарши ва седатив воситалар (бензодиазепин ва барбитурат кислотаси ҳосилалари) буюрилади. Оғир ҳолларда антипаркинсон (циклодол ёки акинетон), дофамин рецепторлари стимуляторларини (амантадин (ПК-мерц) ёки бромокриптин) ва миорелаксант (дантролен, баклофен, павулон) дори воситаларини буюриш талаб этилади. Антидепрессантлар ва нейролептиклардан заҳарланганда симптоматик терапиянинг муҳим вазифаларидан бири бўлиб, кардиотоксик синдромнинг давоси ва профилактикаси ҳисобланади. Асосий диққатни плазмани ишқорийлашувига қаратиш керак, чунки, юрак бузилишлари асосида юрак ўтказувчанлиги тизимидаги тезкор натрий каналлари блокадаси ётади ва натрий гидрокарбонат юбориш орқали оғир гемодинамик бузилишлар ривожланишини олдини олиш мумкин. Амитриптилин ва клозапиндан оғир заҳарланганда детоксикациянинг экстракорпорал усулларини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Антидепрессантлардан ўткир заҳарланишнинг кечиши ва оқибатлари авваламбор заҳарланишни ўз вақтида ташхисланишига, бемор ҳолатини объектив тўғри баҳоланишига, ўз вақтида ва сифатли терапия ўтказилишига бевосита боғлиқлиги барча адабиётларни таҳлил қилиш вақтида намоён бўлди.

## 7 боб. ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИБ ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ

Шубҳа йўқки, сўнгги ўн йилликда дунёнинг аксарият мамлакатларида аҳолининг юқори суицидал фаоллиги кузатилмоқда. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ, 2021) маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 1 миллионга яқин киши ўз жонига қасд қилишдан вафот этади ва 10 дан 20 миллионгача ҳолатда ўз жонига қасд қилишга уринади. Ўз жонига қасд қилиш ўлим сабаблари рўйхатида саккизинчи ўринни, зўравонлик туфайли ўлим сабаблари орасида биринчи ўринни, ёшлар ва ўрта ёшдаги одамлар ўлим сабаблари орасида биринчи ўринни эгаллайди. Ўз жонига қасд қилишдан кўра ўз жонига қасд қилишга уринишлар икки баравар кўпроқ қайд этилади, шунинг учун улардан дунёдаги барча қуролли тўқнашувларга қараганда кўпроқ одамлар вафот этади. Ўз жонига қасд қилиш туфайли ўлганларнинг умумий сони энг хавфли юқумли касалликлардан ўлганларнинг умумий сонидан ошиб кетади.

Шу билан бирга, ўз жонига қасд қилиш муаммосининг энг кам ўрганилган жиҳати, яъни ўлим билан яқунланмаган тўлик бўлмаган ўз жонига қасд қилиш (ўз жонига қасд қилиш уринишлари - парасуицидлар, ўз жонига қасд уюштириш), ҳамда аутоагрессив ҳаракатлар ўлимга олиб келмайдиган ҳолатлар ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ўз жонига қасд қилишга уринишлар сони ўсишда давом этмоқда, аммо тўртта ўз жонига қасд қилишга уриниш ҳолатларидан фақат биттасигина расмий статистикага киритилади, сабаби ўз жонига қасд қилганларнинг катта қисми нафақат психологлар ва конфликтологлар, балки тиббий психологлар, суицидологлар, психиатрлар ва кўп ҳолатларда тиббиёт ходимлари эътиборига тушмаслиги билан боғлиқ. Бундай шахсларга ёрдам кўрсатишга мажбур бўлган умумий тиббиёт муассасалари ҳар доим ҳам уларнинг ҳаракатларида ўз жонига қасд қилиш ниятларини кўрмайдилар ва ҳолатга бахтсиз ҳодиса сифатида баҳо берадилар. Бундай кўринишлар ўз жонига қасд қилган шахснинг шифокорга ўз ҳаракатларининг ҳақиқий

сабабларини билдиришни истамаётгани маълум бўлади. Тугалланмаган ўз жонига қасд қилишга уриниш ҳаракатлари уларнинг такрорланиш хавфи юқори бўлишига олиб келади, чунки анамнезида дастлаб ўз жонига қасд қилишга уринишнинг мавжудлиги кейинги ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг "муваффақиятли" эҳтимолини кескин оширади.

Ўз жонига қасд қилиш муаммоси ижтимоий, маданий, тиббий-психологик жабҳаларни қамраб олган ҳолда, жамоат тартибига, оилавий муносабатларга, ўсиб келаётган ёш авлод ва умуман жамиятнинг ақлий ва жисмоний саломатлигига салбий таъсир кўрсатади.

Ўз жонига қасд қилишга уринган беморни реабилитация даврида бемор турли хил тиббий хизматлардан (тез ёрдам, психосоматик ва психиатрия шифоналари, умумий соматик бўлимлари) ёрдам олишга мухтожликлари мавжудлигини ҳисобга олиб, ҳар қандай терапиянинг асосий тамойилларига риоя қилиш керак: комплексли, узлуксиз, мажбурий ва қатъий махфийликни талаб этади.

Ўз жонига қасд қилишга уринган шахснинг суицидал хулқ-атвор шаклланишида, таъсир қилган муаммонинг жиддийлиги, шахснинг индивидуаллиги ва бир қанча омиллар таъсири роль ўйнайди. Ўз жонига қасд қилиш ва ўз жонига қасд қилишга уринишлар ижтимоий стигматизация (айблов, нуқсон, қусур) шаклланишига олиб келади. Ўз жонига қасд қилишни матбуотда, ойнаи жаҳонда ва микросоциал муҳитда носоғлом ёритиш катта салбий резонанс яратади ва бутун жамият ҳаётига, айниқса ўз жонига қасд қилишга уриниш қилган одамга ҳалокатли таъсир кўрсатади. Шу билан бирга ўз жонига қасд қилишга уринган шахс тиббий, руҳий, психологик ва маънавий кўмакка мухтож жабрланувчи ҳисобланиб, жамият, одатда уни қоралайди. Ушбу ҳолатларда, айниқса жиддий салбий омил шундаки, реабилитация даврида ўз жонига қасд қилган киши салбий омиллар сабабчи бўлган жойга қайтади, бу эса уни фикрларига, сўнгра ўзини ҳаётдан маҳрум қилишга қаратилган ҳаракатларга олиб келади. Шу аснода орттирилган суицидал

тажриба тирик қолган суицидентларнинг фикрларида "ихтиёрсиз доимий ҳамроҳи" га айланади.

Шундай қилиб, ўз жонига қасд қилиш жамият учун энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан биридир. Бироқ, ушбу жараёни тушуниш кўпинча ўз жонига қасд қилиш ҳолатини ўз вақтида тан олиншига тўсқинлик қиладиган эскирган ва нотўғри гоёлар билан адаштирилади.

Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий марказининг (РШТЎИМ) токсикология бўлимига қабул қилинган беморларнинг анамнезини таҳлили шунини кўрсатадики, одатда, ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг катта қисми дори воситалар ёрдамида амалга оширилади. Ўз жонига қасд қилиш усулини танлашга маданий муҳит омили ва ўз жонига қасд қилиш усулларида хабардорликни мавжудлиги таъсир қилади:

– ўз жонига қасд қилиш фикри ва ниятларига сингиб кетган инсон кўпинча эътибор доирасида дори воситалари ёки сирка кислотасини мавжудлиги, ушбу жараёни жадаллашишига туртки бўлади

– аёллар кўпинча парасуицидал ҳаракатлар содир этишади, эркаклар эса ўз ниятларини жиддий амалга ошириш пайида бўлиб, ҳақиқий ўлимга олиб келувчи усуллардан фойдаланган ҳолда, яъни, ўз-ўзини осий, чўкиш, баландликдан ташлаш, ўқотар қуроллар ёрдамида қайтмас натижаларга эришмоқчи бўлишади. Бу ҳодиса фанда "гендер парадокс" деб тушунтирилади.

– қасддан ўз-ўзини захарлаш, ҳақиқий ўз жонига қасд қилиш хусусиятидан фарқли ўлароқ, ўз жонига қасд қилиш уринишларига кўпроқ хосдир. Ўз жонига қасд қилишда аёллар кўпинча дори-дармонлар дозасини оширишдан фойдаланишади, кўпинча бу ҳолатларда ўлим эҳтимоли камроқ эканлигига ишонилсади. Аёлларда депрессия касаллиги ва унинг белгилари кўпроқ кузатилганлиги сабабли, ўз жонига қасд қилишга уринишлар ҳақиқий ўз жонига қасд қилишдан устун туради, эркакларда эса, ҳақиқий ўз жонига қасд қилиш сони ва шу туфайли ўлим кўрсаткичи юқори бўлади.

Дори воситалари орқали ўз жонига қасд қилиш ҳаракати бутун дунёдаги ўз жонига қасд қилган аёлларнинг 1/4 қисмини ва Финляндия, Исландия,

Англия ҳамда Шотландияда ўз жонига қасд қилишнинг деярли 1/2 қисмини аёллар ташкил қилади. Турли мамлакатларда ўз-ўзини захарлаш учун ҳар хил турдаги моддалар ишлатилади. Жаҳон статистикасига кўра, ўз жонига қасд қилиш уринишларида кўп ҳолларда турли хил психотроп дори воситаларидан фойдаланилади. Россияда, кўп ҳолларда ўз жонига қасд қилувчилар транквилизаторлардан фойдаланишади. Кўп ҳолларда феназепам ишлатилган. Юрак-қон томир тизимига таъсир этувчи дори воситаларлар (эналаприл, кордафлекс, нитроглицерин) суицидал мақсадларда фойдаланиш бўйича иккинчи ўринда туради. Антидепрессантлар ва нейролептиклар бир хил миқдорда суицидентлар томонидан қўлланилган. Англия ва Уэлсда 1900 йилларнинг бошидан буён, ўз жонига қасд қилишда маиший тозаловчи воситалар ва дезинфекцияловчи воситаларидан захарланиш ҳолатлари умумий захарланишнинг деярли ярмини ташкил қилган, гиёҳванд моддалар билан ўз-ўзини захарлаш эса 2001-2007 йилларда энг юқори кўрсаткичларни ташкил қилган. Янги Зеландияда 2001 йилдан 2005 йилгача ўз жонига қасд қилиш мақсадида энг кўп ишлатилган дори воситаларидан трициклик антидепрессантлар ва ис гази бўлган. АҚШда гиёҳванд моддалар ва гиёҳванд моддалар билан қасддан захарланиш туфайли 2010 йил 6599 ҳолатда ўз жонига қасд қилиш ҳодисалари қайд этилган.

Турли туман ва аниқланмаган дори воситалари ҳамда биологик моддалар дозасини ошириб юбориш натижасида Франция, Люксембург, Португалия ва Испанияда қасддан ўз-ўзини захарлаш энг кўп қайд этилган ва ўлимнинг 70% дан ортигини ташкил этган. Антиэпилептик, седатив, ухлатувчи, антипаркинсон таъсирга эга ва психотроп дори воситалари иккинчи ўринни эгаллади.

Яқин-яқингача ўз жонига қасд қилиш муаммоси унчалик долзарб эмас деб ҳисобланган. Ўзбекистонда ўз жонига қасд қилиш жараёнининг ривожланиш динамикаси, ўз жонига қасд қилиш хавф омиллари ва ўз жонига қасд қилишнинг ҳимоя омиллари билан боғлиқ муаммолар ҳали ҳам кам ўрганилган. Бироқ, сўнгги йилларда ушбу муаммони ўрганиш учун тадқиқот



ишлари фозл олиб борилмоқда. Давлатимиз ўз жонига қасд қилувчилар сони бўйича нафақат жаҳон статистикаси рейтингдаги давлатлар орасида, балки Марказий Осиё давлатлари орасида Қозоғистон ва Қирғизистондан кейин учинчи ўринда туриб ҳам етакчи эмас. Аммо шунга қарамай, РШТЎИМ ва унинг бутун республика бўйлаб филиаллари токсикология бўлими ҳар куни ўз жонига қасд қилишга уринган ўнлаб беморларни қабул қилади. Ушбу беморлар оғирлик ҳолати бўйича дастлаб токсикология қабул бўлимида шифокор токсиколог томонидан текширилиб, амбулатор ёки госпитализация қилишга муҳтожлиги аниқланиб, тезкор ихтисослашган ёрдам чоралари кўрилади. Мамлакатимизда токсикологик хизматнинг ривожланиши заҳарланиш туфайли ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада камайтиришга имкон берди ва ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг кўплаб ҳолатларини олдини олиш мумкин.

Шу жумладан, РШТЎИМ токсикология бўлимига биргина Тошкент шаҳридан ўтқир заҳарланиш билан марказга ётқизилган барча беморлар орасида ўз жонига қасд қилган беморлар ўртача 14,3% ни ташкил этади. Баъзи ҳолатларда, ўз жонига қасд қилган бемор тиббий ёрдам олишга қаршилик кўрсатади. Беморлар токсиколог, реаниматолог, психолог ва психотерапевт томонидан текширилиб, ўз жонига қасд қилиш сабаблари аниқланиб, уларнинг психологик ҳолати баҳоланади, қисқа муддатли психотерапевтик ёрдам кўрсатилади ва керак бўлса уларни кейинги мақсадли даволашга юбориш учун кўрсатмалар берилади. Шунга қарамай, госпитализация қилинган ўз жонига қасд қилган беморлар токсикология бўлимига ётқизилган барча беморларнинг 39,1 %ни ташкил қилади. Ушбу беморлар кўпинча ихтисослашган ва юқори технологияли тиббий ёрдамга муҳтож бўлган энг оғир контингент ҳисобланади. Йил давомида касалхонага ётқизилган ўз жонига қасд қилувчи беморлар кўрсаткичининг нисбий барқарорлиги ҳам муҳим муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Токсикология бўлими ишини суицидология ва психология нуқтаи-назаридан муҳокама қилиниб, ушбу мутахассисларнинг қасддан заҳарланиш

сабабларини оқилона ташхислашда, поаниқ ниятлар ёки бахтсиз ходисалар туфайли ўз-ўзига зарар етказишнинг қиёсий ташхисоти зарурлиги ва муҳим ролини таъкидлаш жоиздир, бу чора тадбирлар, нафақат статистик кўрсаткичларга таъсир қилади, балки беморнинг тақдири учун ҳам муҳим аҳамиятга эга бўлади. Бу муаммонинг долзарблигини яна бир муҳим жихати шундаки, мутахассисларнинг бемор билан бўладиган мулоқот жараёнида, беморлар, ҳатто объектив кўринадиган маълумотлар мавжуд бўлганда ҳам ўз-ўзига зарар етказишнинг қасддан моҳиятини онгли равишда инкор этишлари мумкин, шу жумладан, ҳатто ёлгон кўрсатмаларни ҳам беришлари мумкин. Беморлар орасида марказий асаб тизимига жиддий токсик зарар етказилган ҳолатдаги шахслар ҳам, госпитализация қилинади. Улар касалхонага ётқизилишидан олдинги даврдаги амнезия туфайли ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларини чин дилдан рад этишлари мумкин. Спиртли ичимликлар фониди суицидал уринишлар содир этилган бўлса, суицидал ҳаракатларнинг "амнестик" шакли кузатилади ва ўз жонига қасд қилганларнинг 25 % улушига тўғри келади.

"Ўз жонига қасд қилиш билан захарланишга уриниш" ташхисини қўйишда шифохонагача бўлган босқичдан бошлаб олинган маълумотларни ҳам ҳисобга олиш муҳим саналади. Хусусан, қуйидаги белгиларга эътибор бериш керак бўлади:

- шифокор буюрганидан кўра кўпроқ таблеткаларни қабул қилиш;
- анамнезда суицидал уринишлар мавжудлиги;
- ўз-ўзига зарар етказиш тенденциялари (томир кесиш);
- беморнинг саволларга жавоб беришдан бош тортиши;
- руҳий касалликнинг мавжудлиги;
- ҳозирги вақтда ёки анамнезида оғир депрессия ҳолатининг мавжудлиги;
- спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;
- психоактив дориларни қўллаш;
- ноодатий рационга киритилмаган доривор моддаларни қабул қилиш;

- анамнезида сўнгги пайтларда олган жароҳатлари, йўл транспорт ҳодисалари ва бош миёна жароҳатлари (БМЖ);
- оғир соматик касалликларнинг мавжудлиги;
- қариндошлар орасида ўз жонига қасд қилганлар мавжудлиги;
- жиддий низоли вазиятнинг мавжудлиги;
- оилавий муаммолар (оилани тарқ этиш, ажралиш, хиёнат, иккинчи оилалар);
- оғир йўқотишлар (ўтқир қайғу);
- ўлимдан олдин ёзилган хатнинг мавжудлиги.

Касалхонага қабул қилишда тез ёрдам шифокори, шошилишч тиббий ёрдам бўлими шифокори ва даволовчи шифокор (токсиколог) томонидан тўплаган ва психотерапевт, суицидолог, психолог, конфликтологлар томонидан тўпланган маълумотлар билан биргаликда кейинги текширув ўтказиш учун вазиятни аниқроқ баҳолашга ёрдам беради.

Худди шундай ёндашув РШТЎИМ психотерапевт ва психолог мутахассислари томонидан ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш тизими ишлаб чиқилган, амалиётга тадбиқ қилиниб фаол қўлланилмоқда. Бу ўз жонига қасд қилган беморларни даволаш натижаларига ва айниқса уларни кейинги реабилитациясига сезиларли таъсир кўрсатади.

Хусусан, қабул бўлими шифокорлари ўз жонига қасд қилишга уринган беморларга ёрдам кўрсатишдаги вазифалари вазиятни янада синчковлик билан ўрганиш ва батафсил анамнез йиғишни ўз ичига олади. Ўз жонига қасд қилишга уриниш мавжуд ёки шубҳа қилинган тақдирда, улар "рўйхатдан ўтиш журналини" тўлдиришлари ва Адлия вазирлигининг 09.08.2018 йилдаги 3050-сонли қарорига мувофиқ ва Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 13.07.2018 йилдаги 39-сонли буйруғига асосан улар ушбу беморни ички ишлар органларининг "102" рақамига хабар беришади, бу эса ўз навбатида ўз-ўзига зарар етказишга уриниш фактини аниқлагандан сўнг, маълумотларни ўз жонига қасд қилган шахснинг яшаш жойидаги диспансеридаги мутахассис-психоневрологга юборади. Касалхонадан чиққандан сўнг, психоневрологик

диспансер мутахассиси бемор билан маслаҳатлашиши ва агар керак бўлса, уни даволаниш учун амбулатория ёки стационар муассасага юбориши керак.

РЦТЁИМ шифохонасида даволаниш даврида, детоксикация муолажасидан ташқари, қасддан ўзига зарар етказиш ташхисини тасдиқлаш ва беморларнинг умумий сонидан суицидал контингентини ажратиш зарурлигини тасдиқлаш ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш чоралари (иккиламчи профилактика), идеал ҳолатда уларнинг яқинларига ёрдам бериш (учинчи даражали профилактика) нуқтан назаридан ҳам муҳимдир.

Бирламчи профилактика ўз жонига қасд қилиш ички омилларини аниқлаш, пайдо бўлаётган ҳаётий кийинчиликларга етарлича жавоб беришга имкон берадиган ёки имкон бермайдиган шахсий хусусиятларнинг шаклланиши ва ривожланишини ўрганишдан иборат. Иккиламчи профилактика ўз жонига қасд қилган шахс, унинг мақсади ва ҳаракатлари билан ишлашга қаратилган, чунки парасуицидал ҳаракат сабаблари касаллик ва қийин ҳаётий вазиятларда яширин бўлиши мумкин. Учинчи даражали профилактика бу- парасуицидал ҳаракатнинг кейинги ҳолатлари такрорланмаслиги эҳтимолини камайтириш, ўз жонига қасд қилган шахснинг қариндошлари ва қариндошлари оиласи, кичик жамият билан ишлаш, яъни ўз жонига қасд қилган шахснинг ижтимоий ва психологик реабилитацияси бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Психотерапевт ва психологнинг вазифаларига ўз жонига қасд қилишдан кейинги даврнинг эҳтимоллик вариантини аниқлаш ва такрорий ўз жонига қасд қилиш хавфини баҳолаш киради. Маълумки, ўз жонига қасд қилишга уринган шахслар 17% дан 20% ҳолатларда ўз жонига такрорий қасд қилишга уринади. Айниқса, қасддан заҳарланишга уринганлар орасида, бу ҳолат бир йилгача сакланиб туриши, касалхонадан чиққандан кейинги дастлабки 3 ой давр такрорланиш хавфи юқори бўлган муддат ҳисобланади. Шу билан бирга, беморларнинг ўз жонига қасд қилишдан кейинги ўткир даврда содир этилган ҳаракатларга муносабати муҳим прогностик белгидир. Беморнинг бўлиб ўтган воқеага танқидий муносабатини бўлмаслиги, вазиятни ижобий баҳолаши яқин

келажакда такрорий ўз жонига қасд қилиш хавфини кескин оширади. Такрорий ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари психиатрик нуқтаи-назардан жиддий рухий касалликнинг мавжудлиги ёки унинг дебюти бўлиб хизмат қилиши мумкин. Айниқса куз-баҳор даврида унинг аломатлари жадаллашади ва бу ўзгаришларни кўпинча яқин атрофидагилари сезишмай қолишади. Такрорий ўз жонига қасд қилишга уринган контингент орасида дори воситаларини дозаси ўлимга олиб келадиган миқдорда қабул қилиниши кузатилади.

Сўнгги ўн йил ичида пойтахтда ўз жонига қасд қилиш тарқалишининг сезиларли ўсиши қайд этилди – бу йилига 100 минг аҳоли сонига 32 тагача ҳолатни ташкил этади. Ўз жонига қасд қилиш сонидан ташқари, камида 4-10 барабар кўпроқ кўрсаткичда ўз жонига қасд қилишга уриниш тўғри келади.

Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази маълумотларига кўра, Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятидан турли хил сабабли мурожаат қилган ўткир захарланган деярли барча беморлар шифохонага ётқизилган, 2017 йилдан 2021 йилгача мурожаатларнинг умумий сонидан 7723 (14,3%) беморда ўз жонига қасд қилиш аниқланган. Ўз жонига қасд қилиб захарланган беморларнинг умумий сонидан 4402 амбулатория беморлари ва 3321 стационар беморлар ўз ичига олган. Шулардан ўз жонига қасд қилишга уринган беморлар орасида 20 ёшдан 39 ёшдаги аёллар кўрсаткичи устунлик қилиб-78,3%ни ташкил қилган. Ўз жонига қасд қилишга уринган эркак жинси вакиллари 21,7% ни ташкил этди. Ўз жонига қасд қилишга уринган беморлар ичида шаҳар аҳолиси (68,2%) вилоят аҳолисида устун келди (31,8%), аммо вилоят аҳолиси орасида захарланишнинг оғирлиги ва хавф кўрсаткичи (реанимация ва интенсив терапия палатасида бўлиш) юқори эди.

Ўз жонига қасд қилиш фаоллигининг чўққиси 20 ёшдан 29 ёшгача бўлган ёшлар орасида кузатиладиган (38,5%). 30 ёшдан 49 ёшгача бўлган катталар эса 27,2% ни ташкил этган. 4,3% ҳолларда 14 ёшгача бўлган болалар орасида ўз жонига қасд қилишга уриниш қайд этилган. Тахминан 3% ҳолатларни (3,0% ва 2,7%) 50 ёшдан 59 ёшгача ва 60 ёш ҳамда ундан катта ёшдаги одамлар ташкил қилган.

Тадқиқотларимиз натижаларига кўра, дори воситалари билан заҳарланиш (антидепрессантлар, нейролептиклар, психостимулятор ва нормотимик дорилар) барча ўз жонига қасд қилиш умумий сонининг деярли 82% (81,6%) ни ташкил этди. Дори-дармонлардан сўнг сирка кислотаси билан заҳарланиш ўртача 16% ни ташкил қилади. Бизнинг кузатувларимизга қараганда, мамлакатимизда сирка кислотаси кундалик ҳаётда ва озиқ-овқат билан истеъмол қилишда кенг миқёсда ва доимий равишда узок муддатли анъанавий қўлланилиши (концентрланган 70% ва 96%) билан боғлиқ. Бу ҳолатларнинг барчаси Ўзбекистон Республикасида концентрланган сирка кислотасини 10% дан юқори ишлаб чиқариш ва сотишни тақиқлаш доирасида ҳам содир бўлмоқда (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2013 ноябрдаги 306-сонли қарори "Ўзбекистон Республикасида чакана савдо қоидаларига ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш тўғрисида"). Учинчи ўринда – алкогольдан заҳарланиш-2,7% ва кейинги ўринни пестицидлар – 1,05% ташкил этади.

Психофармакологик воситалар (ПФВ) билан энг кўп ўткир заҳарланиш сабаби 2005 йилдан бери рецептсиз сотишга рухсат берилган дорилар рўйхатига тўлиқ мос келади. Заҳарланиш учун кўпинча трициклик антидепрессантлар, нормотимиклар, нейролептиклар ва комбинацияланган психотроп дорилар ишлатилган (7.1. жадвал). Барча суицидентларнинг тахминан ярми ўз-ўзини заҳарлаш учун, даволаниш мақсадида илгари қабул қилиб юрган дориларинидан фойдаланишган.

Психотроп дори моддалар билан ўз жонига қасд қилиш мақсадида заҳарланишлар сони таҳлил қилинган даврда барқарор бўлиб қолди.

Тадқиқот даврида, 2017-2021 йилларда токсикология бўлимига 7723 бемор госпитализация қилинган. Шулардан 67% ини психотроп дори воситалари билан заҳарланган беморлар ташкил этди. Ушбу даврда фойз кўрсаткичидан сезиларли оғишлар бўлмаган, бу ўз жонига қасд қилиш мақсадида ишлатиладиган воситалар орасида психотроп дориларнинг жуда барқарор улушини кўрсатади.

Заҳарланиш ташхиси беморга ҳамроҳ бўлган кариндошлар, дори-дармонлардан бўш идишларини топиш, беморнинг шахсий нарсаларини текшириш, хуши сақланганда беморнинг ўзини сўроқ қилиш, шунингдек лаборатория ва токсико-химёвий тадқиқотлар ёрдамида тасдиқланади. Рухий ҳолат тўғрисидаги хулоса суицидолог ва психолог томонидан такрорий текширувлар, анамнез маълумотлари ва агар керак бўлса психиатрнинг маслаҳати асосида амалга оширилади.

7.1. жадвал

**Суицидентларни психосоматик ўзгаришлари бўйича тақсимлаш**

Нозологик бирлик	2017й	2018й	2019й	2020й	2021й
Адаптация бузилиши	23%	18%	17%	19%	19%
Стресс билан боғлиқ бўлган невротик бузилишлар	19%	17%	13%	13%	10%
Аффектив бузилишлар	16%	19%	21%	21%	20%
Алкоголизм ва психоактив моддаларга қарамлик	14%	17%	20%	19%	20%
БМЖ асоратлари	13%	15%	15%	13%	15%
Шизофрения ва параноид бузилишлар	9%	10%	10%	9%	11%
Шахс бузилиши	6%	4%	4%	6%	5%

Нозологик тузилиши бўйича ўз жонига қасд қилган шахслар орасида, адаптация бузилишлари билан бирга кечувчи аффектив бузилишлар, иккинчи ўринда спиртли ичимликларга ва психоактив моддаларга қарамлик, учинчи ўринда эса стресс билан боғлиқ бўлган невротик бузилишлар устунлик қилган (7.2. жадвал). Сўнгги 5 йил ичида динамикада аффектив бузилишлар сонининг кўпайиши (16 дан 20% гача) ва БМЖ оқибатлари (13 дан 15% гача), шунингдек (14% дан 20% гача) алкоголизм ва психоактив моддаларга қарам шахслар (айниқса, уларни доимий қабул қилиш бошлангандан бошлаб дастлабки 6 ой ичида) сонининг кўпайишини кузатишимиз мумкин.

Ўз жонига қасд қилиб заҳарлаш мақсадида танланган дорилар КХТ-10 бўйича Х61 - гуруҳга киритилган ва сарлавҳа билан кодланган

(антиконвульсантлар, седатив дори воситалар, ухлатувчи таъсирга эга, антипаркинсон ва психотроп дорилар билан қасддан ўз-ўзини захарлаши ва таъсир қилиши бошқа сарлавҳаларда таснифланмаган).

Бизнинг материалимиздаги антидепрессантлар гуруҳи асосан трициклик антидепрессантларга тегишли бўлган барча дориларнинг 90% амитриптилин билан ифодаланади. Бу ерда ўз жонига қасд қилишга уринганларнинг аксариятини (76% гача) 18 ёшдан 42 ёшгача бўлган аёллар ташкил қилди, гарчи захарланишнинг катта қисми (45% гача) 19 ёшдан 35 ёшгача бўлган шахслар бўлган. Антидепрессантларни қабул қиладиган беморларнинг ярмидан кўпи уйқусизлик (уйқу бузилиши) ва турли хил келиб чиқадиган депрессив касалликларга чалинганлиги маълум бўлган. Кичикроқ қисми психоактив моддаларга қарам ёки сурункали оғриқ бузилиши билан боғлиқ бўлган шахслардан иборат бўлган.

7.2. жадвал

**Ўзини-ўзи захарлашда энг кўп ишлатиладиган психотроп дори гуруҳлари**

Дори воситалар	2017й	2018й	2019й	2020й	2021й
Трициклик антидепрессантлар	27%	28%	29%	30%	31%
Антиконвульсантлар	23%	25%	26%	26%	27%
Нейролептиklar, антипсихотиклар	9%	9%	13%	12%	14%
СИОЗС	10%	12%	11%	14%	13%
Барбитуратлар	4%	3%	2%	4%	3%
Комбинирланган дори воситалар	27%	23%	19%	14%	12%

Антидепрессантлар билан ўткир захарланишнинг клиник кўриниши биринчи бобда батафсил тавсифланганига қарамай, ўткир захарланишдан тикланиш даврида психологик ёрдам доирасини тушуниш учун ўткир захарланишда сўрилиш ва дори воситасини элиминация боскичларида антидепрессантларнинг аломатлари, клиник кўриниши ва таъсир механизмини қисқача такрорлаш керак деб ҳисоблаймиз. Захарланиш манзараси эс-хушнинг сопор, комагача, делирий шаклидаги антихолинергик синдромгача кўринишда



бузилиши мумкин. Ушбу заҳарланишнинг жиддий асоратлари конвульсив синдром бўлиб, у гипертермия билан терморегуляциянинг бузилишига олиб келиши мумкин, бу эса мианинг шикастланишига олиб келади. Кўп сонли таблеткаларни қабул қилгандан сўнг, амитриптилиннинг фаол компоненти тезда қонга сингиб кетади. Организмда серотонин ва норадреналиннинг катта концентрацияси тўпланади. Бу асаб тизимининг кучли, ҳаддан ташқари кўзғалишига, галлюцинациялар ва тутқанокларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Кейин эса, бу ҳолат мия функцияларининг кескин пасайишига ва эс-хушнинг комага қадар бузилиши билан алмашинади. Заҳарланишнинг оғирлиги қабул қилинган таблеткалар сонига, ўз жонига қасд қилган одамнинг тана вазнига ва ёшига, бошқа дорилар билан бирикишига, шунингдек дори воситаларни қабул қилиш вақтига (дори воситаларнинг сўрилиши) ва кўрсатилган ёрдамга боғлиқ. Катталар оғир (критик) ҳолатдан болалар ва қарияларга қараганда тикланиш даври тезроқ ва минимал асоратлар билан чяқиб кетишлари мумкин.

Оғир заҳарланган беморларда эс-хушни тикланиш динамикаси фазали характерга эга эди: чуқур ёки юзаки кома даври оғир посткоматоз астения даври билан алмашади ва бу эса ўз навбатида узок давом этувчи ўртача астеник ҳолатга ўтиб кетади.

Суицидолог, психотерапевт, психиатр, психолог ёки конфликтологларнинг бемор билан иши дезинтоксикацион терапиядан бир кун ўтгач, оғир ҳолатларда – 2-3 кун давомида амалга оширилиши мумкин.

Суицидентнинг рухий ҳолати (умумий, энг кенг тарқалган белгилар):

- эс-хуши аниқ, лекин баъзида хиралашган бўлади;
- вақт ва жойда ориентация сақланган;
- ҳатти-ҳаракатлар астенизациялашган, тормозлашган;
- юз ифодалари ва имо-ишоралар бироз камроқ;
- нутқ суръати сусаяди;
- ақлий қобилият изчил, лекин кўпинча ўзига хос конкрет кўринишда;

- кайфият бекарор, асосан тушкун;
- узок муддатли хотира - бузилишларсиз, аммо вазият ва дори воситаларни қабул қилиш билан боғлиқ ҳодисалар кўпинча амнестик характерга эга бўлиб, бемор тўлиқ эслолмайди, лекин интеллектуал қобилиятлар ўзгаришсиз қолади;
- ҳукмлар ва қарорлар иккиланган кўринишда;
- диққатни чалғувчан, тез чарчаш билан; ўз ҳолатларига танқидий муносабат сакланган; ўз ички кечинмалари билан овора фрустрацияланади.

Тадқиқот даврида Амитриптилиндан заҳарланиш туфайли 1 ўлим ҳолати қайд этилди.

Антидепрессантларнинг СИОЗС гуруҳи дори воситалари билан заҳарланиш камроқ рўйхатга олинган (8 беморда) ва дори воситаси дозасининг 15-20 мартадан кўпроқ ошгани кузатилган бўлса ҳам жиддий оқибатларга олиб келмади.

Сўнги йилларда аффектив бузилишларни даволашда трициклик антидепрессантларнинг улушини камайтириш тенденцияси кузатилганига ҳамда фарм бозорда токсик таъсири камроқ бўлган дорилар пайдо бўлганига қарамай амитриптилин билан заҳарланган беморлар сони анча юқори бўлиб қолмоқда. Бу айрим беморларнинг психиатр томонидан белгиланган дори воситаларини белгиланган тартибда қабул қилиши, шунингдек беморларнинг яхши таъсир кўрсатувчи уйқу дорисини дорихоналар провизор ва фармацевтларидан сўраб қабул қилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолатда жуда муҳим омил – бу шифокорларнинг консерватизми ва уларнинг "эски, вақт синовидан ўтган" дори-дармонларга "бириктирилиши", айниқса тез седатив таъсирга эга бўлиш зарур бўлганда ва унинг нисбатан арзонлиги ва дорихона тармоғидаги эркин тарзда яъни, ҳеч қандай рецептсиз харид қилиниши эътиборни ўзига тортади.

Ўз жонига қасд қилиш мақсадида заҳарланиш кўп ҳолларда трициклик антидепрессантлар (ТЦА), асосан амитриптилин томонидан амалга оширилади. Бундан ташқари антидепрессантлардан СИОЗС гуруҳига тегишли циталопрам

дори воситаси ёрдамида 10% дан 14% гача ўз жонига қасд қилиш уринишлари кузатилиб, амитриптилиндан сўнг, иккинчи ўринда турибди.

Ушбу дори воситаларидан ўз жонига қасд қилиш мақсадида суицидентлар кузатувларимизга кўра 6 дан 40 гача, ўртача 10-20 таблеткани қабул қилишган. Кўпгина беморлар антидепрессантлар (невропатологлар, психиатрлар, тиббий психологлар, психоневрологлар томонидан тайинланган) билан даволаш бошлангандан бошлаб 1-2 ой ичида депрессив аломатлар яққол намоён бўлганда, дори воситаларнинг терапевтик таъсири ҳали кузатилмаган пайтда парасуицидлар амалга оширишган. Шунингдек, ўз жонига қасд қилиш хавфи умумий амалиёт шифокорлари томонидан антидепрессантларнинг назоратсиз даволаши ёки бемор ўзини ўзбошимча даволаши туфайли ортади.

*Клиник кузатув (амалиётдан мисол):*

*Бемор К. 28 ёшда, тўлиқ бўлмаган ошлада тарбияланган (отаси алкогольга қарамлик асоратидан вафот этган – жигар циррози), бошланғич маълумотга эга (фақат ўрта мактабни тугатган), уй бекаси (турмушга чиқишдан олдин у тўқимачилик цехида ишлаган, энди у ёш болалари борлиги ва эрининг рухсат бермаслиги сабабли ишлай олмайди. 20 ёшда турмуш қурган, 3 фарзанди бор (энг кичиги 1,8 ёш.), эрининг ошласи билан ўрта хол даражаси билан яшайди, ошлавий муносабатларнинг табиати салбий-дисгармоник. Эри билан жанжаллашгандан сўнг (унинг иккинчи ошласи бор эди) дорихонадан фармацевт тавсиясига биноан (яхши тинчлантирувчи восита) у уйга кетаётганда 10 та амитриптилин таблеткасини сотиб олиб ичган. Индивидуал психокорректив терапиядан кейин яхши қайтар натижа қайд этилди. Қилган ишидан афсусланди.*

Антиконвульсант гуруҳ карбамазепин (23-27%) ва барбитуратлар (2-4%) билан ифодаланган. Бу ерда, аввалги гуруҳда бўлгани каби, аёллар устунлик қилдилар. Ўз жонига қасд қилувчиларнинг кўпчилик қисмини органик шахс бузилиши, кўзгалувчан психопатия, БМЖдан кейинги оқибатлар, бош оғриги ва эпилепсия билан оғриган беморлар, кичик гуруҳини эса илгари аянтиконвульсантларни нормотимиклар сифатида қабул қилган аффектив

бузилишлар билан оғриган шахслар ташкил этган эди. Ушбу дори воситалар 90% ҳолларда невролог томонидан беморларга буюрилган. Карбамазепин дори воситаси билан захарланиш 15-20 ва 30-49 ёш гуруҳларида устунлик қилди. Тадқиқот даврида фенобарбитал билан иккита оғир захарланиш қайд этилди (бири ўлим ҳолати билан – 8 ойлик бола). Сўнгги 2 йил ичида алоҳида шаклдаги барбитуратлар билан захарланиш деярли кузатилмади, бунга сабаб тиббий амалиётда антиконвульсантлар ва айниқса уйқу келтирувчи ва ухлатувчи дори воситалари қўлланилишининг сезиларли даражада камайиши билан боғлиқ.

Карбамазепин ва барбитуратлар билан ўткир захарланиш, шунингдек бошқа дори захарланиши билан оғриган беморларга самарали психологик ёрдам кўрсатиш учун ушбу дориларнинг таъсир қилиш механизми ва уларнинг дозасини ошириб юборгандаги клиник кўриниши тўғрисида аниқ тушунчага эга бўлиш керак. Буларнинг барчаси тегишли бобда батафсил тавсифланган, шунингдек, ўткир захарланишда ушбу дориларнинг аломатлари, клиник кўриниши ва таъсир механизмини қисқача такрорлаш зарур деб ҳисоблаймиз. Карбамазепиннинг дозасини ошириб юборгандаги клиник кўриниши биринчи навбатда марказий асаб тизимининг ҳолатида чалкашлик, кўзғалиш, йўналишни йўкотилиши, кўрувни хиралашуви, беихтиёр кўз ҳаракатлари билан намоён бўладиган функцияларни билан акс этади. Бемор нутқи тушунарсиз нутққа айланади, нутқ ишлаб чиқариш регрессияси туфайли талаффуз қилиш бузилади. Гиперрефлексия, кейинчалик-рефлексларнинг сўниши кузатилиши мумкин. Конвульсиялар, психомотор бузилишлар, мушакларнинг ёки тананинг алоҳида қисмларининг тўсатдан қисқариши, тана ҳароратининг пасайиши, қорачикларнинг кенгайиши кузатилиши мумкин.

Суицидолог, психотерапевт, психиатр, психолог ёки конфликтологнинг бемор билан дезинтоксикацион терапиядан бир кун ўтгач, оғир ҳолатларда – 2-3 кун давомида амалга оширилиши мумкин.

Суицидентнинг руҳий ҳолати (энг кенг тарқалган умумий белгилар):

- эс-хуши кўп ҳолларда хиралашган, кучли уйқучанлик кузатилиши мумкин;
- вақт ва жойда ориентация енгил бузилган;
- ҳатти-ҳаракатлар астенизацияланган, тормозлашган;
- юз ифодалари ва имо-ишоралар бироз камроқ;
- нутқ суръати ва нутқ – тушунарсиз чала-чулпа, ғўлдираш билан;
- ақлий қобилият изчил, чалғувчан сирпаниш элементлари билан;
- кайфият апатик;
- узоқ муддатли хотира - бузилишларсиз, аммо вазият ва дори воситаларнинг ўзи билан боғлиқ ҳодисалар кўпинча амнестик кўринишга эга бўлиб, фрагментар ёдга олиш кузатилади, интеллектуал қобилиятлар пасайиши кузатилади;
- ҳукмлар негатив;
- диққат чалғувчан, тез чарчаш билан;
- ўз ҳолатига танқидий муносабат тўлиқсиз сақланган.

Охирги йилларда, бизнинг кузатувларимизга таяниб карбамазепин дори воситасини давомли, узоқ 1 йилдан кўп муддатда қабул қилиш ҳам суицидал фаолликни оширади деган хулосага келдик.

Карбамазепин дори воситаси билан захарланган беморлар орасида ўлим нисбатан камроқ учрайди.

*Клиник кузатув (амалиётдан мисол):*

*Бемор Б. 18 ёшда, тўлиқ ошлада тарбияланган, ўрта маълумотга эга (касб-ҳунар коллежининг сўнгги йили), турмуш қурмаган, 14 ёшида авто ҳалокатга учраган (БМЖ бор эди, шундан кейин тез-тез бош овриги ва диққат хотира концентрация билан боғлиқ муаммолар ҳақида шикоятлар бўлган, невропатолог тайинланишига кўра 4 йил давомида I таб.дан I маҳал карбамазепин қабул қилиб юрган), яшаш шароити ўртача хол яшайди, оилавий муносабатларнинг табиати уйғундир. Охирги 3 ой давомида ўзида дисфория ҳолатини кузатган, шунинг учун ўзини жамиятдан чеклашга ҳаракат қилган.*

Суҳбат давомида у қалбидаги бўшлиқ мавжудлиги, мақсад ва ҳаёт мазмунининг етишмаслиги ҳақида гапирди. Шу муносабат билан у суҳбат чоғида ўзи карбамазетиннинг 25 таблеткасини қабул қилганини тан олди. У қилган ишидан афсусланмади ва имконият пайдо бўлганда, у бошлаган ишини тугатиши ниятини билдирди.

Нейролептиклар ва антипсихотиклар гуруҳи азалептол, кетап, кетилепт, олзап, эголанза, сонапакс, сульпирид, просульпин каби дорилар билан ифодаланган. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, антипсихотик дориларни қабул қилиш туфайли ўз жонига қасд қилиш билан заҳарланиш сони 2017 йилда 9% дан 2021 йилда 14% гача кўпайган, бу унинг дорихоналарда рецептсиз сотилиши билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Чунки нейролептик ва антипсихотик дори воситалардан заҳарланган беморларнинг учдан икки қисми руҳий касаллиги мавжуд қатламга тўғри келади. (асосан шизофрения ва биполяр аффектив бузилиш билан). Ёш даражаси энг юқори кўрсаткичи 30-49 ёш, 40-49 ёш, энг пастки чегараси эса, 20 ва 70 ёшни ташкил этди. Жинс жиҳатидан эркаклар ва аёллар ўртасида заҳарланиш тахминан бир хил нисбат 1:1,8 га тенг бўлди. Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларини амалга оширишда антипсихотикларни алкоголь билан биргаликда қабул қилиш 5 дан 15% гача бўлган.

Нейролептиклар ва антипсихотиклар билан заҳарланганда мураккаб клиник кўриниш кузатилади, энг оғир асоратлар азалептолдан заҳарланиш билан кузатилган ва эс-хушнинг сопор ва кома шаклига қадар ўзгариши билан намоён бўлган. Дофамин ва серотонин рецепторларига таъсир қилишдан ташқари, кўплаб нейролептиклар миянинг бошқа медиатор тизимларининг рецепторларини (когнитив функцияни пасайтириш, экстрапирамидал бузилишларнинг ривожланиши, шунингдек, ёмон сифатли нейролептик синдромнинг ривожланиши) ва вегетатив асаб тизимини блокланишига олиб келади. Яъни, нейролептиклардан заҳарланганда тутқаноқ тайёрлик чегараси пасаяди, бу эса эпилептик тутқаноқларнинг ривожланишига олиб келади.

Суицидолог, психотерапевт, психиатр, психолог ёки конфликтологнинг бемор билан дезинтоксикацион терапиядан 1-2 сутка ўтгач, оғир ҳолатларда 3-4чи суткаларида дори воситаларнинг марказий асаб тизимига таъсирини инобатга олиб амалга оширилиши мумкин.

Суицидентнинг руҳий ҳолати (энг кенг тарқалган умумий белгилар):

- эс-хуши аниқ, хиралашган бўлиши ҳам мумкин;
- вақт ва жойда ориентация кўп ҳолларда бузилмаган;
- хатти-ҳаракатлар астенизацияланган;
- юз ифодалари ва имо-ишоралар фаол;
- нутқ суръати ва нутқ – тезлашган;
- ақлий қобилият изчил, чалғувчанлик элементлари билан;
- кайфият нотургун, асосан тахликали-депрессив;
- узок муддатли хотира - бузилишларсиз, аммо вазият ва дори воситаларини қабул қилиш билан боғлиқ ходисалар кўпинча амнестик бўлиб, интеллектуал қобилиятлар ўзгаришсиз;
- ҳукмлар пассив;
- диққати нотургун, тез чарчаш билан;
- критика ўз ҳолати бўйича сақланган.

Таҳлил қилинган даврда азалептолдан ўлимга олиб келган заҳарланиш қайд этилмаган, чунки барча ҳолатлар ўз вақтида даволаш чора-тадбирлари олиб борилиши ва зарур фавқулодда чоралар кўрилиши билан боғлиқ.

Нейролептикларни асосан психиатрда рўйхатда турадиган ва ушбу дориларни мунтазам равишда шифокор тайинлаган ҳолда қабул қилиб юрадиган беморлар ўз жонига қасд қилиш мақсадида кўп миқдорда истеъмол қилиб мурожаат қиладилар.

*Клиник кузатув (амалиётдан мисол):*

*Бемор М. 39 ёшда, тўлиқ бўлмаган ошлада тарбияланган, ўрта махсус маълумотга эга, ҳайдовчи бўлиб ишлаган (руҳий касаллик бошланишидан олдин, 24 ёшгача), турмуш қурган, 2 фарзанди бор, 19 ёшидан бошлаб- спиртли*

ичимликлар ва мунтазам чекиш каби зарарли одатлар билан яшайди. Яшаш шароити ўртача хол даражада, ошлавий муносабатларнинг табиати дисгармоник. 24 ёшида, импульсив характери туфайли, кўшни билан катта ва узоқ муддатли жанжалдан сўнг, эндоген касалликнинг (параноид шизофрения) дебюти руҳий касалликлар шифохонасида даволаниб чиққан. Шу сабабли у бир неча бор стационар даволанишни мунтазам равишда олиб, психиатр тайинлашига кўра, азалеитол ва бошқа дорилар қабул қилади. Март ойида у аҳволи ёмонлашганини сезган, аммо касалхонага ётмаган ва доимий доридармонларни қабул қилишни тўхтатган. Кичик ошлавий можародан сўнг, у ўша пайтда уйда бўлган барча таблеткаларни қабул қилган. Қилган ишидан афсусланади.

**Комбинирланган психотроп дорилар.** Ўз жонига қасд қилиб захарланишни амалга оширишда суицидентлар томонидан психотроп дори воситалардан ташқари, бошқа турли дорилар ҳам ишлатилади. Ўз жонига қасд қилиш мақсадида ишлатиладиган энг кенг тарқалган дорилар антидепрессантлар, бензодиазепинлар, парацетамол, барбитуратлардир.

Ухлатувчи таъсирга эга таблеткалар гуруҳи асосан димедрол билан ифодаланган ва сўнгги 3 йил ичида димедрол билан захарланиш частотаси 2,5 баравар камайган. Шу ўринда захарланиш кўрсаткичи аёллар эркаклардан анча устун келиши исботланган (3:1). Захарланиш бошқа гуруҳ дори воситаларига қараганда ёшларда кўпроқ учрайди. Нозологик профилга кўра, кўпинча димедрол дори воситалари билан истероид ёки эмоционал жихатдан бекарор турдаги психопатияси мавжуд шахслар устунлик қилган.

Психотроп дори воситалар билан ўткир ва комбинирланган захарланишдаги клиник кўриниш енгил ҳолатларда мушак тонусининг пасайиши билан уйқучанлик ва визуал галлюцинациялар, психомотор кўзғалиш, оғирроқ ҳолатларда мушакларнинг тиришиши шаклидаги гиперкинез билан намоён бўлади.

Ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларининг шаклланишига (ўз жонига қасд қилиш хаёллари, режалари ва уринишлари) алкоголь ва бошқа психоактив



моддаларни суистеъмол қилиш сезиларли таъсир кўрсатади. Спиртли ичимликларга қарам бўлган шахсларда алкоголь интоксикациясининг мавжудлиги ўз жонига қасд қилиш хавфини сезиларли даражада оширади: маст ҳолда содир этилган парасуицид ҳолатлари хушёр ҳолатда содир этилган парасуицидал қасд қилиш ҳаракатларидан сезиларли даражада фарк қилади. Спиртли ичимликларга қарамликда ўз жонига қасд қилишнинг юқори фаоллиги нотўғри ва шахс дезадаптив хусусиятларнинг пасайиши билан боғлиқ. Ушбу шахслар учун ўлим даражаси ўз жонига қасд қилиш хавфи билан таққосланади, чунки психоактив моддалар қабул қилиш бошланганидан кейинги дастлабки ойларда катта депрессив бузилиш кузатилади. Умумий аҳоли билан таққосланганда, алкоголь, психотроп дори воситалар ва психоактив моддаларга қарам бўлган шахслар ўз жонига қасд қилиш хавфининг беш баравар кўпайиши билан ажралиб туради.

Суицидал ўй-хаёллар ва токсикомания, аддиктив хулқ-атвор, пала-партиш ҳаёт тарзи каби бузилишлар билан суицидал хулқ-атвор ўртасида боғлиқлик мавжуд. Рухий бузилишлар ва психоактив моддалар суистеъмол қилиш ўз жонига қасд қилиш хавфини янада оширади. Рухий бузилишларнинг тарқалганлиги, психоактив моддалар суистеъмол қилувчиларнинг умумий популяцияга нисбатан кўпроқ учраши ташвишли ҳолат ҳисобланади.

### **7.1. Заҳарланиш билан ўз жонига қасд қилишнинг психосоциал омиллари.**

Қасддан заҳарланган одамларда психосоциал омилларни ўрганишга бағишланган ишлар нисбатан камроқ кузатилади.

Жанубий Кореялик Ош томонидан ўтказилган тадқиқотда 967 бемор ўрганилган, улар орасида 21% шахс ўз жонига қасд қилишга уринишларни такрорлаганлиги маълум бўлган. Кузатувга олинганлар жинси, машғулоти, яшаш шароити, ўз-ўзини заҳарлаш усули, психиатрик таъхис бўйича тақсимланган. Антидепрессантлардан фойдаланган ва психиатр ёрдамидан

фойдаланувчи ёлгиз аёлларда такрорий ўз жонига қасд қилиш энг юкори хавф омили бўлиб хизмат қилган.

Эронда  $22,57 \pm 9,20$  ёшдаги 400 нафар бемор текширилган. Тахминан 78,2% ўрта мактабни тугатган, ўз жонига қасд қилишнинг деярли 27,8% оилавий низолар, оилавий муаммолар (21%) ва кашшоклик (11,5%) натижасида содир бўлган. 10,3% да севги муаммолари бўлган. Тахминан 23,2% да аввал рухий касаллик ташхиси қўйилган эди. Суицидал захарланишга уринишдан сўнг беморларнинг тахминан 97,5% омон қолган. Ҳар бир бемор учун касалхонага ётқизиш вақти қанча қисқа бўлса, кейинги тиббий ва психологик хизматларга нисбатан такрорий уринишлар шунчалик кам бўлган.

Университет шошилиш касалхонасида ўтказилган Ямайка тадқиқоти шуни кўрсатадики, беш йил давомида ўз жонига қасд қилиш билан захарланиш бўйича 127 ҳолат мавжуд бўлган. Эркалар ва аёллар нисбати 3:1 ташкил қилган. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар кўпинча 16 ёшдан 30 ёшгача (70,8%) амалга оширилган. Ўз жонига қасд қилишга уринишнинг энг кенг тарқалган сабаби шахслараро зиддият (52%) бўлган.

Ўз жонига қасд қилиш билан захарланиш уринишлари бўлган ҳомиладор аёлларнинг психосоциал хусусиятлари А.Е. Гейзел томонидан ўрганилган. Бу аёллар учун қуйидагилар характерли: 18 дан 20 оралигидаги ёш, 62% да биринчи ҳомиладорлик кузатилган, 55% турмуш қурмаган, 46% да паст ижтимоий-иқтисодий статус, 22,5% никотин ва спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш, лекин рухий депрессив аломатлар фақат 17% ҳомиладор аёлларда аниқланган. Дори-дармонларни қўллаш орқали ўз жонига қасд қилиш уринишлари ҳомиладорликнинг тўртинчи ҳафтасида ва иккинчи ойида энг кўп кузатилган. Ўз жонига қасд қилиш мақсадида улар бир хил ёшдаги ҳомиладор бўлмаган тенгдош аёлларга қараганда кичик дозадаги дори воситаларини қўллашни афзал билишган.

Россияда катта ёшдаги аҳоли орасида ўткир кимёвий захарланиш, шу жумладан ўз жонига қасд қилиш тиббий ва ижтимоий омиллар мажмуасидан келиб чиқади: стрессли вазиятлар, ёш, жинс, оилавий ҳолат, спиртли

ичимликларни сунистеъмол қилиш, дам олиш тизимининг тартибсизлиги, ижтимоий табақаланиш, оилавий низолар, оила институтининг заифлашиши, салбий ҳаёт руҳий ва жисмоний саломатлик бузилишлари билан бирлаштирилган ҳолатлар ўз жонига қасд қилиш фикрини турғун амалга оширишга туртки бўлувчи механизмлар эканлиги ўрганиб чиқилган.

Марказий Осиё давлатлари орасида Ўзбекистон ўз жонига қасд қилиш кўрсаткичи бўйича Қозоғистон ва Қирғизистондан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Ўз жонига қасд қилишнинг аксарияти 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган ёшдаги меҳнатга лаёқатли шахслар бўлиб, бу жиддий ижтимоий муаммо ҳисобланади. Дори воситаларидан ўткир захарланиш билан касалхонага ётқизилган беморларнинг ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатлари ўтказилган психологик таҳлили шуни кўрсатдики, хавф гуруҳи сифатида шаҳар ёшлари ва аксарият ҳолларда шахсий можаро ҳолатида бўлган аёллар ҳисобланади.

Ўзбекистонда парасуицидлар ўсишининг асосий сабабларидан бири дорихоналарда бир қатор дориларнинг эркин сотилишидир, бу айниқса амитриптилин ва карбамазепин дори воситалари мисолида яққол кўзга ташланади. Психофармакологик дори воситалари мамлакатда кенг тарқалганлиги туфайли ўз жонига қасд қилиш уринишларининг асосий воситасига айланыпти.

## **7.2. Ўз жонига қасд қилиб захарланган шахсларнинг клиник хусусиятлари.**

Ўз жонига қасд қилиб захарланишга уринишда қандай воситалар билан фойдаланганликдан қатъий назар, бир қатор тадқиқотларда психосоциал омиллар билан биргаликда умумий клиник белгиларга ҳам эътибор қаратилади. М.Д. Гонсалес-Наварро ва бошқалар (2007) аниқлашларича, ўз жонига қасд қилишга уринганлар орасида ёшлар (ўртача ёши 36,4 ёш) ва аёллар (67%) устунлик қилган. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар депрессия ва ташвишли бузилиш (30%) ва гиёҳванд моддаларни сунистеъмол қилиш (13%) нинг юқори тарқалганлиги билан ажралиб туради. Аввал ҳам ўз жонига қасд қилишга

уринган беморларнинг улуши 37% ни ташкил этган. Ўз-ўзини заҳарлаш ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг энг кўп учрайдиган усули бўлиб ва 80% ҳолларда аниқланган.

Венгриялик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўз жонига қасд қилиш сони парасуцидлар сони билан ижобий боғлиқ бўлиб, улар учун депрессия энг кенг тарқалган касалликдир. Депрессия кўпинча шахслараро низолар билан боғлиқ бўлган. Шахслараро низоларни таъкидлаб ўтган эркаларда, депрессия даражаси аёлларга караганда пастроқ бўлган.

Психопатология нуқтаи-назаридан, Ўзбекистонда ўз жонига қасд қилиш билан оғриган беморларнинг 15% рухий касалликлар диспансерларида рўйхатга олинган, қолган 85% беморлар деярли соғлом шахслардир, аммо баъзи бир психопатия турларига эга, ҳиссий жиҳатдан етук бўлмаган, ижтимоийлашиши қийин ёки педагогик жиҳатдан бепарво бўлган шахслардир. Бизнинг кузатишларимизга кўра, аёллар орасида психотроп дорилар билан ўзини-ўзи заҳарлаган беморларнинг 1/3 қисмида билан юзаларида бир неча қатор чуқур бўлмаган ўзини-ўзи кесиш ҳолатлари ҳам кузатилган. Суицидал ҳулқ атворли беморларнинг асосий сони енгил эмоционал кўзгалувчан шахслар, психопатологик хусусиятли, адаптация ва аффектив бузилишлар билан бирга уларга психотерапевт, суицидолог, психолог ва конфликтолог коррекцион ишларни олиб боришни талаб этади. Дори-дармонларни осонликча қўлга киритиш ва психопатологик муаммолар мавжудлиги қасддан ўзини-ўзи заҳарлаш хавфини ошириши мумкин. Ёшларда ўз жонига қасд қилишнинг асосий башоратчилари шахснинг бузилиши, импульсивлик, стрессли ҳаётий воқеалар ҳисобланади.

### **7.3. Ўз жонига қасд қилиш заҳарланиш билан уринишларнинг табиати**

Олдинги бобларда айтиб ўтилганидек, шошилишч тиббий ёрдамда токсикологик профилдаги беморлар орасида ўз жонига қасд қилишга уринишларни кўп учрайдиган усуллари бу дори воситалари ва кимёвий

моддалар билан захарланишдир. Юқорида биз ўз жонига қасд қилиб захарланишга уринишлари бўлган беморлар орасида 20 ёшдан 29 ёшгача бўлганлар устунлик қилганини ва уларнинг кўпчилигини аёллар ташкил этганлигини муҳокама қилган эдик.

Биз ўз жонига қасд қилиб захарланиш уринишлари бўлган беморларнинг ижтимоий-демографик профил кўрсаткичлари ўз жонига қасд қилиш ниятларини шаклланишига таъсир қилишини ва улар орасида энг муҳими зиддиятли оилавий муносабатлар ва шахслараро ўзаро салбий таъсир муаммолари эканлигини аниқладик.

Ўз жонига қасд қилиш билан захарланиш уринишлари бўлган беморларга кўпинча мослашув бузилиши билан аффектив бузилишлар, шунингдек спиртли ичимликлар ва психоактив моддалар билан боғлиқ рухий бузилишлар ташхисини қўйилади. Шизофрения ва шахс бузилиши билан оғриган беморлар жуда кичик қисмини ташкил қилади. Нозологик доирадан ташқари кўпчилик беморларда ўз жонига қасд қилишдан олдин ҳам, ўз жонига қасд қилишдан кейинги дастлабки даврда ҳам уйқу бузилиши ва депрессия ўртасидаги муносабатлар аниқланади. Ўз жонига қасд қилиб захарланиш уринишлари бўлган беморлар орасида аёлларнинг муҳим ва сезиларли устунлиги аниқланди, улар кейинчалик ўз ҳаракатларини вақтинча унутишга киришиш, шунингдек уларнинг муаммоларига эътиборни жалб қилиш усули сифатида баҳолайдилар ва манипулятив ва шантаж мақсадида парасуицидни содир этган бўлиб чиқади. Ўз жонига қасд қилишга уриниб кўрган ҳаётига таҳдид соладиган ва ўлишни мақсад қилган шахслар ўзини-ўзи захарлаш ҳолатларининг учдан бир қисмини ташкил қилади.

Ҳам ёш, ҳам кекса беморлар орасида ўз жонига қасд қилишга уринишларнинг энг кенг тарқалган сабаблари қариндошлар ва атрофдагилар билан зиддиятли муносабатда бўлиш эди. Кекса беморларда ўз жонига қасд қилиш уринишларни соматик касалликлар, ёлғизлик ва рухий касалликлар билан боғлаш муҳим ҳисобланади.

Қарамлик синдроми бўлган гуруҳдаги шахслар алоҳида беморлар билан таққосланганда 21 ёшдан 42 ёшгача бўлган эркеклар, таълим даражаси пастрок, бекарор даромад билан яшайдиган, оила ва уй-жой ҳамда иқтисодий шароитлар билан боғлиқ муаммоларни ўз жонига қасд қилишга уриниш сабаби сифатида баҳолаш кўпроқ учради.

## ХУЛОСА

Психотроп дори воситаларидан заҳарланишнинг сони ва уларнинг барча суицидал заҳарланишлар орасидаги ўрни сўнгги 5 йил ичида анча барқарор ва юқори бўлиб, ўртача 67% ни ташкил қилади. Ўз жонига қасд қилувчилар орасида аффектив бузилишлар ва адаптив бузилишлари мавжуд бўлган 20 ёшдан 29 ёшгача бўлган аёллар устунлик қилади. Заҳарланиш мақсадида кўпинча трициклик антидепрессантлар, нормотимиклар, нейролептиклар ва комбинирланган психотроп дори воситалари, кам ҳолларда уйқу таблеткалари ишлатилади. Парасуицидларнинг энг кўп сони амитриптилин ва карбамазепин каби дори воситалари қабул қилганларда кузатилади.

Психотроп дори воситаларидан суицидал заҳарланишнинг камайиш тенденциясини йўқлигини ҳисобга олган ҳолда уларнинг олдини олиш чораларини кўриш муҳимдир:

- ушбу дори-дармонларни дорихоналарда чиқарилиши устидан назоратни кучайтириш;
- уйқу бузилиши ва депрессив касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, уларнинг қайталанишини олдини олиш;
- амитриптилинни буюриш ҳолатларини, шу жумладан ўз жонига қасд қилиш мақсадида фойдаланишнинг юқори частотасини ва заҳарланишнинг ўзига хос оғирлигини ҳисобга олган ҳолда поликлиника шифокорлари томонидан камайтириш;
- ўз жонига қасд қилиш мумкин бўлган беморларни амбулатор шароитида даволашда энг кам токсик дориларни имтиёзли бошқариш;

– психотерапевтик ёрдамни кенгайтириш ва ошириш (шу жумладан кризис марказларини яратиш ва бошқалар).

Ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларини бир асрдан кўпроқ илмий ўрганиш учун унинг намоён бўлишига таъсир қилувчи кўплаб индивидуал, оилавий ва ижтимоий омиллар аниқланишини талаб этади. Бироқ, ҳеч қандай алоҳида бир омил ушбу ҳаракатнинг амалга оширишга туртки бўлолмайди.

Ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларини ўрганишнинг назарий асоси доимий ўзгаришда бўлган ва таркибий қисмлари бир-бирига таъсир қиладиган органик, шахсий, психологик, маданий ва ижтимоий тизимларни бирлаштира оладиган биопсихосоциал моделдир.

Ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш ўз жонига қасд қилиш хавфини туғдирадиган шароитларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш психологик, тиббий, ижтимоий, ҳуқуқий ва педагогик чораларни бирлаштирган тизимни яратиш орқали ҳал қилиниши керак бўлади.

## ТАВСИЯ ЭТИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Акалаева А.А., Акалаев Р.Н., Шоумаров Г.Б., Стопницкий А.А., Хонбабаева Р.Х. Заҳарланиш билан ўз жонига қасд қилишнинг психосоциал омиллари // Илмий-амаллий оммабоп журнал “Замонавий таълим”. – 2022. – №11 (120). – С. 3-7.
2. Акалаев Р.Н., Розанов В.А., Лодягин А.Н., Прокопович Г.А., Лучшева Л.В., Стопницкий А.А., Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А. Ўткир экзоген заҳарланишларда ўз жонига қасд қилиш ва парасуицидал ҳаракатлар (Адабиётлар шарҳи) // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi. O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi. 2019, том 12 № 6, С. 81-87.
3. Акалаев Р.Н., Лодягин А.Н., Шарипова В.Х., Матлубов М.М., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Акалаева А.А. Психостимулятор воситалари билан ўткир заҳарланиш // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi. O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi. 2020, том 13 № 3, С. 99-108.
4. Акалаев Р.Н., Лодягин А.Н., Шарипова В.Х., Матлубов М.М., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х. Психотроп дори воситаларидан ўткир заҳарланишлар ташҳисоти // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi. O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi. 2020, том 13 № 5, С. 79-86.
5. Акалаев Р.Н., Лодягин А.Н., Шарипова В.Х., Матлубов М.М., Стопницкий А.А., Хожиев Х.Ш., Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х. Психотроп дори воситаларидан ўткир заҳарланишларни даволаш (адабиётлар шарҳи) // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi. O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi. 2021, том 14 № 2, С. 84-93.
6. Алехнович А. В., Иванов В. Б., Ильяшенко К. К., Ельков А. Н. Компенсаторные механизмы и приспособительные процессы при острых отравлениях психотропными препаратами (клиническая физиология острых отравлений) /. – Издание второе. – Москва: Федеральное государственное бюджетное учреждение «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневецкого» Министерства обороны Российской Федерации., 2022– ISBN 978-5-906731-89-0, С. 48-54, 77-78, 139-142.
7. Баширова, А. Р. Судебно-медицинская экспертиза комбинированных отравлений // Сборник научных тезисов и статей "Здоровье и образование в XXI веке". – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 325.
8. Белова М. В. Острые отравления препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему // Токсикологический вестник. – 2016. – № 5(140). – С. 31-35.
9. Бонитенко Ю.Ю., Бонитенко Е.Ю., Батоцыренов Б.В. Отравления азалептином. Клиника, диагностика и лечение. // MEDLINE.RU. ТОКСИКОЛОГИЯ. – 2006. – ТОМ 7. – С. 29-37.
10. Белова Е. И. Психостимуляторы // Основы нейрофармакологии: Учеб. пособие для студентов вузов. – М.: Аспект Пресс, 2006. – 176 с.
11. Громов М.И., Шилов В.В., Михальчук М.А., Федоров А.В. Тактика экстракорпорального очищения крови в токсикогенной стадии острых



- отравлений: Пособие для врачей / ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелеидзе, СПб. – 2011. – С 17.
12. Данилов Д.С. Современные классификации антипсихотических средств и их значение для клинической практики (современное состояние вопроса и его перспективы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 2010, № 3. – С. 36–42.
13. Джаркинбекова, Г. К. Сочетанные отравления психотропными препаратами у подростков // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. – № 4. – С. 107-109.
14. Зобнин, Ю.В. Психотропные средства: отравление и пристрастие // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 103, № 4. – С. 146-148.
15. Клиническая токсикология детей и подростков / Под ред. И.В. Марковой, В.В. Афанасьева, Э.К. Цыбулькина, М.В. Неженцева. – СПб.: Интермедика, 1998. – Т. 1. – С. 303.
16. Климакова А.А. Современные аспекты отравления антидепрессантами и принципы оказания неотложной догоспитальной помощи (обзор литературы) // В сборнике статей: Молодежь, наука, медицина. Материалы 67-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Тверь, 2021. С. 311-316.
17. Кравченко, И. В. Суицидальные отравления психотропными препаратами // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – № 4(34). – С. 51-53.
18. Куценко, В. П. и соавт. Динамика острых отравлений наркотическими и психотропными препаратами у детей // Российский педиатрический журнал. – 2021. – Т. 24, № 4. – С. 262.
19. Зотов П.Б. и соавт. Преднамеренные отравления с суицидальной целью: характеристика контингента отделения токсикологии // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 4(29). – С. 98-106.
20. Ливанов Г.А., Васильев С.А., Батоцыренов Б.В., Александров М.В., Лодягин А.Н. Отравление психотропными средствами, не классифицированными в других рубриках. Федеральные клинические рекомендации. – 2011. – 38 с.
21. Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В., Васильев С.А. и др. Окислительный дистресс и его коррекция реамберином у больных с острым отравлением смесью психотропных веществ // Общая реаниматология – 2013. – Т. IX, №5. – С. 18-23.
22. Ливанов Г.А., Александров М.В., Лодягин А.Н., Батоцыренова Х.В. Пути предупреждения и лечения токсикогипоксической энцефалопатии у больных с острыми тяжелыми отравлениями // Клиническая медицина. – 2011. – №6. – С. 56-59.
23. Линг Луис Дж., Кларк Ричард Ф., Эриксон Тимоти Б., Трестрейл III Джон Х. Секреты токсикологии/ Перевод с англ. – М. – 2006. – 376 с.
24. Лужников Е.А. Медицинская токсикология. Национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа». – 2014. – 952 с.
25. Малин Д. И., Козырев В. В., Равилов Р. С. Экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков: классификация и современные способы коррекции // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, №6. – С. 5.

26. Маркин А.В., Петрова Н.Н. Превенция импульсивного суицида с применением антидепрессантов у амбулаторных пациентов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021. – Т. 121, № 5-2. – С. 113-115.
27. Мелконян Ш.Л. Детоксикационный эффект сочетанной физиогемотерапии при острых отравлениях психотропными средствами: Дис... канд. мед наук, 2000 // Неотложная клиническая токсикология. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 283-290.
28. Никонов В.В., Курсов С.В., Ивлева В.И. Диагностика и тактика оказания помощи пациентам с острыми отравлениями нейротропными ядами на догоспитальном и раннем госпитальном этапе // Медицина неотложных состояний. 2014. № 2 (57). С. 159-163.
29. Пашковский В.Э., Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Прокопович Г.А. Клинические особенности и оценка уровня тяжести суицида у лиц, совершивших суицидальные попытки отравления // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 1(18). – С. 32-41.
30. Положий Б.С. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство. 2019. 600с.
31. Поцхверия М.М., Белова М.В., Солонин С.А., Годков М.А. Структура острых химических отравлений у пациентов с ВИЧ-инфекцией в стационаре скорой медицинской помощи // Наркология. 2018. Т. 17. № 1. С. 3-13.
32. Слюндин Д.Г., Ливанов А.С., Анучин В.В. Особенности психопатологических проявлений при криминальных отравлениях клозапином // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 3. – С. 57-63.
33. Слюндин Д.Г., Алехнович А.В., Иванов В.Б. Фармакологическая коррекция гипераммониемии при криминальных отравлениях клозапином // Medline.ru. Российский биомедицинский журнал. – 2010. – Т. 11. – С. 518-525.
34. Справочное руководство по психофармакологическим и противосудорожным препаратам, разрешенным к применению в России / Под ред. С. Н. Мосолова. – 2-е, перераб. – М.: «Издательство БИНОМ», 2004. – 304 с.
35. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: «Когито-Центр», 2018. - 376 с.
36. Сундуков, Д. В. И соавт. Морфологические изменения в миокарде при острых отравлениях клозапином // Журнал «Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы», Хабаровск: Дальневосточный государственный медицинский университет, 2017. Том 16. – С. 81-84.
37. Сыромятникова Е.Д. Грызунов Ю.А., Добрецов Г.Е., Ильяшенко К.К. Новые диагностические алгоритмы в раннем периоде острых отравлений психотропными препаратами // – 2014. – Т. 59, № 12. – С. 25-28.
38. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 736 с.
39. Хоффман Р., Нельсон Л, Хауланд М.-Э [и др.] Экстренная медицинская помощь при отравлениях // Научный редактор Котенко К.В. Пер. с англ. – М.: Практика, 2010. – 1440 с.

40. Черный, В. С. Психофизиологическая оценка остаточных явлений перенесенного острого отравления веществами нейротоксического действия // Вестник психотерапии. – 2019. – № 69(74). – С. 134-146.
41. Филиппова Н.В. и соавт. Распространённость современных психоактивных веществ и последствия их употребления // Журнал «Наркология» – 2015. – Т. 14, № 8(164). – С. 86-90.
42. Шилов В.В., Александров М.В., Васильев С.А. Коррекция мнестико-интеллектуальных нарушений в соматогенной стадии острых отравлений смесью психотропных препаратов // Клиническая медицина. – 2012. – Т. 90, № 3. – С. 63-65.
43. Шоумаров Г.Б., Аккалаев Р.Н, Стопницкий А.А., Хонбабева Р.Х., Аккалаева А.А. Психотроп дори воситаларидан захарланиб ўз жонига қасд қилиш // Илмий-амаллий оммабоп журнал “Замонавий таълим”. – 2022. – №10 (119). – С. 8-17.
44. Шоумаров Г.Б., Саидов Б.О., Согинов Н.А., Кодиров У.Д. Ўзбекистонда суицид муамоллари ва уларнинг олдини олиш йўллари // Ушубий қўлланма. – 2022. – 156 с.
45. Шоумаров Г.Б., Согинов Н.А., Исроилов Б.И. Суицид ҳолатларини тадқиқ этиш: муаммо ва ечимлар // Ушубий қўлланма. – 2022. – 132 с.
46. Nair A., Paul F.K., Protopapas M. Management of near fatal mixed tricyclic antidepressant and selective serotonin reuptake inhibitor overdose with Intralipid® 20% emulsion // Anaesthesia and Intensive Care. – 2013. – Volume 41, Issue 2. – P. 264-265.
47. Hendron DI, Menagh G, Sandilands EA, Scullion D. Tricyclic antidepressant overdose in a toddler treated with intravenous lipid emulsion // Pediatrics. – 2011. – P. 128-132.
48. Kerr G.W., McGuffie A.C., Wilkie S. Tricyclic antidepressant overdose: a review // Emergency Medicine Journal. – 2001. – №18. – С. 236-241.
49. Lurdes Tse, Alasdair M. Barr, Vanessa Scarapicchia, Fidel Vila-Rodriguez. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review from a Clinically Oriented Perspective // Curr Neuropharmacol. – 2015. – Vol. 13(3). – P. 395-406.
50. Luchsheva L., Хонбобайева Р., Аккалаева А. Ўз жонига қасд қилишнинг мураккаб муаммоларини бартараф этиш йўллари // “Pedagogika” jumaii. Nizomiy nomidagi Toshkent davlat pedagogika universiteti. – 2019/2. – С. 44-49.
51. Coleridge J., Cameron P.A., Drummer O.H., McNeil J.J. Survey of drug-related deaths in Victoria // Med J. – 1992. – Vol. 5. – P. 157-162.
52. Yates Christopher, Galvao Tais, Sowinski Kevin M [et al] Extracorporeal Treatment for Tricyclic Antidepressant Poisoning: Recommendations from the EXTRIP Workgroup // Semin Dial. – 2014. – Vol. 27(4). – P. 381-389.

## ҚИСҚАРТМАЛАР РҮЙХАТИ

АҚБ	–	Артериал қон босими
ГТ	–	Гемотерапия
ОИТ	–	Ошқозон-ичак тракти
КИМ	–	Кислота-ишқор мувозанати
ЛУБГТ	–	Лазерли ультрабинафша гемотерапия
МАО	–	Моноаминоксидаза
МГТ	–	Магнитли гемотерапия
МРТ	–	Магнит-резонанс томография
НЛ	–	Нейролептик
АЮҚҲ	–	Айланиб юрган қон ҳажми
ДВВГДФ	–	Давомли вена-веноз гемодиафилтрация
ДВВГФ	–	Давомли вена-веноз гемофилтрация
БКС	–	Бирламчи кардиотоксик самара
СҚУҚСИ	–	Серотонинни қайта ушлаб қолувчи селектив ингибиторлари
СКТ	–	Спирал компьютер томография
ЮҚТТ	–	Юрак-қон томир тизими
ТЦА	–	Трициклик антидепрессантлар
УТТ	–	Ультратовушли текширув
УБГТ	–	Ультрабинафшали гемотерапия
ФБС	–	Фибробронхоскопия
ФГДС	–	Фиброгастроуденоскопия
МВБ	–	Марказий венос босим
МГД	–	Марказий гемодинамика
МНС	–	Марказий асаб тизими
НОС	–	Нафас олишлар сони
ЮУС	–	Юрак уришлар сони
ЭХО КГ	–	Эхокардиография

### Амитриптилиндан ўткир захарланишни даволаш (Сенцов В.Г., Брусин К.М. 2000)

Амитриптилиндан ўткир захарланишларни даволаш қуйидаги этапларни ўз ичига олади.

#### Антидот даво:

• Трициклик антидепрессантларга махсус антитела (Ўзбекистон ва Россияда қўлланилиши ишлаб чиқилмаган):

• физостигмин, аминостигмин, галантамин – 0,02 мг/кг мушак орасига ёки вена ичига;

#### кўрсатма:

• психомотор кўзғалиш;

• синусли тахикардия 100 тадан ошиши, лекин аритмия ва кузатлмаганда;

#### қарама-қарши кўрсатмалар:

• кома;

• QRS комплекс 100 мс. дан узайиши, аритмия ва блокадалар;

• экзотоксик шок;

#### Детоксикациялаш:

• жадаллашган диурез ва диализ-филтрацион усуллар самарасиз;

• ошқозонни зонд орқали ювиш, 1-2 кунлари давомида қайта ювиш;

• углеродли энтеросорбентни киритиш (1-2 г/кг);

• ичакни ювиш, ичак лаважи;

• детоксикациянинг жарроҳлик усуллари;

#### кўрсатмалар:

• ўрта ёки оғир даражали захарланишлар;

• бирламчи кардиотоксик самара билан кечувчи захарланишлар (коринчалар ритмининг изидан чиқишини кардиографик билдирувчи аритмиялар);

• жигар детоксикацион ва буйраклар экскретор функцияларининг издан чиқишларида;

#### қарама-қарши кўрсатмалар:

• декомпенсациялашган экзотоксик шок;

• гемосорбция – усули танланганда.

Оғир даража захарланишларда гемосорбция сеанси 2-3 соат ўтиб такрорланади, амитриптилин клиренси 40–60 мл/минутни ташкил қилади, экстракорпорал контурда қоннинг стабилизацияси дозаланган гепаринизация (100–200 ТБ/кг соат гепарин) ёки вена ичига 4% ли натрий цитратни гемоперфузияга нисбатан 5% ҳажмдаги тезлигида киритиш;

#### гемосорбцияга тайёрлаш:

• ҚАҲни тўлдириш;

• шокдан чиқариш;

#### сорбцион детоксикация муаммолари:

• юқори самара бермаслиги;

• гемостазнинг издан чиқиши, муолажадан кейин қон кетиш эҳтимоллиги.

Амитриптилиннинг организмда хаддан ташқари юқори даражада қайта тақсимланиши оқибатида қон плазмасида унинг қам миқдори аниқланиши сабабли сўнгги йилларда кўпчилик муаллифлар трициклик антидепрессантлардан захарланишларда гемосорбция муолажаси қам самарали деб ҳисоблашади;

**Интенсив даво:**

- нафас олиш издан чиқишларининг коррекцияси;
- гиповолемиа коррекцияси – инфузион терапия;
- бирламчи кардиотоксик самара юзага чиқишини олдини олиш ва носпецифик давоси:

➤ носпецифик мембранопротекторларни киритиш – натрий димеркаптопропан-сульфонатни 2г/сутка вена ичига, 5% ли аскорбин кислота – 0,5-1,0 г/сутка вена ичига, витамин Е – 300 мг/сутка мушак орасига;

➤ метаболик терапия — инозин, калий хлорид, тиамин, пиридоксин, цианокобаламин;

➤ рН 7,5 гача плазмани ишқорлаштириш – натрий гидрокарбонатни вена ичига киритиш;

- юрак ритми ва ўтказувчанлигининг издан чиқишларини бартараф этиш:

➤ IA, IC, III, IV гуруҳ антиаритмик дори воситалари, атропин, изопротеренол ва допаминнинг кичик дозалари қарама-қарши кўрсатма ҳисобланади;

➤ Қоринчалар усти реципрок тахикардияларини бартараф этиш – юқори частотали қизилўнғач орқали ЭКС, 4% ли натрий гидрокарбонат, эҳтиётлик билан β-блокаторлар (пропранололни 0,2 мг/кгдан оширмасдан АҚБ ва ЮУС назорати остида вена ичига томчилаб);

➤ қоринчалар тахикардиясини бартараф этиш – ЭКС, лидокаинни 1 мг/кгдан вена ичига эҳтиётлик билан (миокард қискаришини пасайтиради);

➤ блокадаларни бартараф этиш – 4% натрий гидрокарбонат эритмаси, III даражали АВ-блокадаларда – трансвеноз ЭКС;

➤ САТ депрессияси ёки тўхташлари билан боғлиқ оғир брадикардияларда – қизилўнғач орқали ёки трансвеноз ЭКС;

- экзотоксик шокнинг давоси:

➤ Юрак гликозидлари, изопротеренол ва допаминнинг кичик дозалари қарама-қарши кўрсатма ҳисобланади;

➤ миокардни инотроп қўллаб-қувватлаш – допамин ёки добутаминни катта дозалари (дақиқасига 7,5-10,0мкг/кг);

➤ норадреналин;

➤ гиповолемиани коррекциялаш;

➤ юрак ритми ва ўтказувчанлигини коррекциялаш.

*Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатишида асосий хатолар:*

• дори воситаларини нораціонал қўллаш (масалан, пароксизмал тахикардияларда прокаинамид, брадикардияларда атропин);

• юрак ритмининг қоринчалар қаби издан чиқишларини бўлмачалар қенг комплексли тахикардиялари билан адаштириб интерпретация қилиш.

## Заҳарланишлар оғирлик даражаси шкаласи

## ЗАҲАРЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИ ШКАЛАСИ (POISONING SEVERITY SCORE)

Орган / органлар тизими	Йук	Енгил	Ўртача	Кучли (оғир)
	0	1	2	3
	Заҳарланиш аломатлари йук	Заҳарланиш аломатлари тўлиқ ривожланмаган ва симптомларнинг мустақил ўтиб кетиши	Заҳарланиш аломатларининг яққол кўриниши ва уларнинг узок сақланиши	Заҳарланишнинг ҳаёт учун хавфли белгилари
Ошқозон-ичак тизими		<ul style="list-style-type: none"> <li>• қусиш, диарея, оғрик</li> <li>• таъсирланиш, I даражали куйиш, оғиз бушлигида минимал яраланиш</li> <li>• Эндоскопия: эритема, шиш</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Яққол ва давомли қусишлар, диарея, оғрик, илсус</li> <li>• I даражали хавфли жойлашган куйишлар, II даражали чегараланган майдондаги куйишлар</li> <li>• дисфагия</li> <li>• эндоскопия: трансмурал яралар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• массив кон кетишлар, перфорациялар</li> <li>• II ва III даражали тарқалган куйишлар</li> <li>• Кучли дисфагия</li> <li>• Эндоскопия: яраларнинг трансмурал зарарлаши, перфорациялар</li> </ul>
Нафас олиш тизими		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Таъсирланиш, йўтал, нафас сиқиши, енгил диспноз, енгил бронхоспазм</li> <li>• Кўкрак қафаси рентгенографияси: минимал ўзгаришлари билан</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давомли йўтал, бронхоспазм, диспноз, стридор, гипоксия, оксигенотерапия талаб қилинади</li> <li>• Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўртача ривожланган ўзгаришлар билан</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нафас етишмовчилиги юзага чиқиши (сабабига кўра – оғир бронхоспазм, нафас йўллари обструкцияси, ҳалқум шиш, ўпка шиши, РДС, пневмония, пневмоторакс)</li> <li>• Кўкрак қафаси рентгенографияси: оғир симптомлар</li> </ul>
Асаб тизими		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уйқучаңлик, бош айланиши, кулоқларда шовқин, атаксия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оғрикқа реакцияси сақланган юзаки кома (локализациялашган оғрик,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оғрикқа реакциясиз ёки номақбул реакцияли чуқур кома</li> </ul>

Орган / органлар тизими	Йук	Енгил	Ўртача	Кучли (оғир)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Безовталиқ</li> <li>• Суёт экстрапиромид бузилишлар</li> <li>• Кам ифодаланган холинергик синдром</li> <li>• Парастезиялар</li> <li>• Минимал кўринишдаги кўрув ва эшитув бузилишлари</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оғрикқа мақсадли жавоб ҳаракати)</li> <li>• Қисқа муддатли брадипноз</li> <li>• Ҳушнинг хиралашуви, ажитация, галлюцинациялар, алаҳсирашлар</li> <li>• Умумлашган ёки локал камдан-кам тутқаноклар</li> <li>• Яққол экстрапиромид синдром</li> <li>• Яққол холинергик синдром</li> <li>• Ҳаётний функцияларга таъсир қилмайдиган локаллашган фалажлар</li> <li>• Кўрув ва эшитув галлюцинациялари</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нафас етишмовчилиги билан кўшилиб келган нафас депрессияси</li> <li>• Яққол кўзгалиш</li> <li>• Кўплаб умумлашган тутқаноклар, эпистатус, опистатонус</li> <li>• Ҳаётний функцияларга таъсир қилувчи умумий фалаж ёки фалаж</li> <li>• Кўрлик, карлик</li> </ul>
Юрак-кон томир тизими		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ягона изоляциялашган экстрасистолалар</li> <li>• Енгил гипо-гипертензиялар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синусли брадикардия (катталарда ЮУС 40-50 та, болаларда 60-80 та, чақалокларда 80-90)</li> <li>• Синусли тахикардия (катталарда 140-180 та, болаларда 160-190 та, чақалокларда 160-200 та)</li> <li>• Кўплаб экстрасистолалар, бўлмачалар фибриляцияси, I-II даражали AV-блокадалар, QRS ёки QT чўзилиши, реполяризациянинг издан чиқиши</li> <li>• Миокард ишемияси</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Яққол синусли брадикардия (катталарда ЮУС 40 тадан, болаларда 60 тадан, чақалокларда 80 тадан кам)</li> <li>• Яққол синусли тахикардия (катталарда ЮУС 180 тадан, болаларда 190 тадан, чақалокларда 200 тадан кўп)</li> <li>• Ҳаёт учун хавфли коринчалар дисритмияси, III даражали AV-блокадалар, асистолия</li> <li>• Миокард инфаркти</li> <li>• Шок, гипертоник криз</li> </ul>

Орган / органлар тизими	Йук	Енгил	Ўртача	Кучли (огир)
Метаболик издан чиқишлар		<ul style="list-style-type: none"> <li>Кислота-ишқор мувозанатининг енгил издан чиқишлари (<math>\text{HCO}_3</math> 15-20 ёки 30-40 ммоль/л, рН 7.25-7.32 ёки 7.5-7.59)</li> <li>Электролитлар ва суюқликларнинг енгил даражада издан чиқиши (<math>\text{K}^+</math> 3.0-3.4 ёки 5.2-5.9 ммоль/л)</li> <li>Енгил гипогликемия (катталарда 2.8-3.9 ммоль/л)</li> <li>Қисқа муддатли гипертермия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Яққол гипо- гипертензия</li> <li>Кислота-ишқор мувозанатининг яққол ифодаланган издан чиқишлари (<math>\text{HCO}_3</math> 10-14 ёки 40 ммоль/л кўпроқ, рН 7.15-7.24 ёки 7.6-7.69)</li> <li>Электролитлар ва суюқликларнинг кўпроқ рикожланган издан чиқишлари (<math>\text{K}^+</math> 2.5-2.9 ёки 6.0-6.9 ммоль/л)</li> <li>Кўпроқ ривожланган гипогликемия (катталарда 1.7-2.8 ммоль/л)</li> <li>Узоқ гипертермия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кислота-ишқор мувозанатининг огир издан чиқишлари (<math>\text{HCO}_3</math> 10 ммоль/л дан кам, рН 7.15 кам ёки 7.7 дан кўп)</li> <li>Электролитлар ва суюқликларнинг огир даражадаги издан чиқишлари (<math>\text{K}^+</math> менес 2.5 кам ёки 7.0 ммоль/л дан кўп)</li> <li>Огир даража гипогликемия (катталарда 1.7 ммоль/л дан кам)</li> <li>Хавфли гипертермия</li> </ul>
Жигар		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ферментларнинг бироз ошиши (АСАТ, АЛАТ тахминан нормадан 2-5 баравар ошиши)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зардобдаги ферментларнинг бошқа биохимик мезонлар ўзгармаган ҳолда (масалан, аммиак, қон ивиш факторлари) ёки жигар дисфункциясига алоқадор клиник аломатлар</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Жигар ферментларининг кўтарилиши (нормадан 50 баравар кўпроқ) ёки жигар етишмовчилигига хос биохимик ёки клиник белгиларнинг мавжудлиги</li> </ul>
Буйраклар		<ul style="list-style-type: none"> <li>Минимал протеинурия/гематурия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Массив протеинурия/гематурия</li> <li>Буйрак дисфункцияси (масалан, олигурия, полиурия, зардоб креатинининг 200-500 дан кўпроқ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Буйрак етишмовчилиги (масалан, анурия, зардоб креатинининг 500 дан кўпроққа ошиши)</li> </ul>
Қон		<ul style="list-style-type: none"> <li>Енгил гемолиз</li> <li>Енгил</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гемолиз</li> <li>Яққол ифодаланган</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Массив гемолиз</li> <li>Огир даража</li> </ul>

Орган / органлар тизими	Йук	Енгил	Ўртача	Кучли (огир)
		метгемоглобинемия	метгемоглобинемия (metHb 30-50)	метгемоглобинемия
Мушак тизими		<ul style="list-style-type: none"> <li>Енгил огрик, ҳолсизлик</li> <li>КФК 250-1,500 iu/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Огрик, ригидлик, спазмлар ва фасцикуляциялар</li> <li>Рабдомиолиз, КФК – 1500-10000iu/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кучли огрик яққол ифодаланган ригидлик, енг кўламдаги спазмлар ва фасцикуляциялар</li> <li>Асоратланган рабдомиолиз</li> <li>Позицион синдром</li> </ul>
Терига маҳаллий таъсир кўрсатиш		<ul style="list-style-type: none"> <li>Таъсирланиш, 1 даража куйишлар (қизариш) ёки 2 даража куйишлар &lt; тана юзасининг 10%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>тана юзасининг 10-50% 2 даража куйишлари (болаларда 30-50%) ёки 2 даражали куйишлар &lt; тана юзасининг 2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 даражали куйишлар &gt; тана юзасининг 50% (болаларда 30% дан кўпроқ) ёки 3 даражали куйишлар &gt; тана юзасининг 2%</li> </ul>
Кўзларга локал таъсир		<ul style="list-style-type: none"> <li>Таъсирланиш, қизариш, кўз ёшининг окиши, конъюнктиванинг юмшоқ шиши?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Жадал таъсирланиш, шох парданинг амброзияси,</li> <li>Шох парданинг қисман, нуктали яралари</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Шох парда яралари (нукталаридан ташқари), перфорация</li> <li>Доимий ёрилиш</li> </ul>
Чаққанда маҳаллий ҳолат		<ul style="list-style-type: none"> <li>Маҳаллий шиш, қичишиш</li> <li>Енгил огрик</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кўл ёки оёқ бўйлаб шиш</li> <li>Ўртача огрик</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кўл ёки оёқнинг бутунлай атроф тўқималар билан шиши</li> <li>Кенг кўламдаги некроз</li> <li>Нафас йўллариининг критик локализацияли хавфли шиши</li> <li>Интенсив огрик</li> </ul>



Нояник психотроп дори воситаларидан ўткир захарланган беморларнинг текширув алгоритми

Нояник психотроп дори воситаларидан ўткир захарланиш (НПДВЎЗ)

Анамнезнинг йўқлиги. Хушнинг қоронғилануви

Клиник белгилари

		Ўрта оғирликда кечиши				Оғир кечиши	
		МАТ	НТ	ЮКГТ	МВС	ПВС	
Енгил кечиши	Клиник текширувлар	Невролог кўриги Нейрохирург кўриги Психиатр кўриги Инфекционист кўриги	Терапевт кўриги	Терапевт кўриги Кардиолог кўриги	Терапевт кўриги Уролог кўриги	Терапевт кўриги Пархез бўйича шифокор	
	Оғирлик Хушнинг даражаси Рефлекслар ЦГД Визуал кўрик Қон тахлили (клиник)						
Лаборатор днагностика	Қоннинг биохимиявий текшируви Пешоб тахлили	Орка мия суюқлигини текшириш	Балгамни экиш	Қоннинг биохимиявий тахлили (зарарланиш маркерлари)	Қоннинг биохимиявий тахлили (КФК, миоглобин, АсАТ, мочевино, креатинин)		
Инструментал днагностика	Бош суяги рентгенографияси (кўрсатма бўйича) Кўкрак қафаси рентгенографияси ЭКГ	Бош мия СКТ/МРТ ЭЭГ	Рентгенография Кўкрак қафаси СКТ ФБС	ЭХОКГ	Буйрақлар ва сийдик йўллари УТТСи	ФГДС	

## Муаллифлар хақида маълумот

### Ўзбекистон Республикаси:

Акаласв Рустам Нурмухамедович – Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг токсикология ва экстракорпорал детоксикация илмий-клиник бўлими бошлиги, ТҲҚМРМ нефрология, гемодиализ ва буйрак трансплантацияси кафедраси мудури, т.ф.д., профессор;

Стопницкий Амир Александрович – РШТЁИМ илмий котиби, РШТЁИМ токсикология ва экстракорпорал детоксикация илмий-клиник бўлими илмий ходими, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош токсикологи, шифокор-токсиколог, т.ф.н.;

Матлубов Мансур Муратович – Самарканд давлат тиббиёт университети, анестезиология, реанимация ва шошилинич тиббиёт кафедраси мудури, тиббиёт фанлари доктори, доцент;

Хожиев Хусниддин Шодмонович – РШТЁИМ Бош шифокорнинг куйганлар-захарланганлар мажмуаси бўйича ўринбосари, шифокор-токсиколог, т.ф.н.;

### 7 чи боб хаммуаллифлари:

Шоумаров Ғайрат Бахромович – Ўзбекистон Республикаси Халқ таълими вазирининг маслаҳатчиси, психолог, п.ф.д, профессор;

Акаласва Альфия Абдуллаевна – РШТЁИМ токсикология бўлими психолог-конфликтолог;

Хонбабаева Раҳимахон Хамидуллаевна – РШТЁИМ куйганлар-захарланганлар жонлантириш бўлими шифокор-психолог суицидологи.

### Россия Федерацияси:

Миннуллин Ильдар Пулатович – Академик И.П. Павлов номидаги Санкт-Петербург давлат тиббиёт университети тез тиббий ёрдам ва жарохатлар жаррохлиги кафедраси мудури, т.ф.д., профессор, Россия Федерацияси фахрий шифокори;

Лодягин Алексей Николаевич – И.И. Жанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам илмий-текшириш институти ДБМ клиник токсикология бўлими мудури, РФ соғлиқни сақлаш Комитети, Санкт-Петербург шимоли-ғарбий федерал округи штатдан ташқари Бош мутахассис-токсикологи, шифокор анестезиолог-реаниматолог, т.ф.д.;

Батоцыренов Баир Васильевич – И.И. Жанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам илмий-текшириш институти ДБМ клиник токсикология бўлими бош илмий ходими, шифокор анестезиолог-реаниматолог, т.ф.д., доцент;

Асанова Лола Рустамовна – Н.В. Склифосовский номидаги тез ёрдам илмий-текшириш институти ўткир захарланиш ва соматопсихиатрик бузилишлар бўлими кичик илмий ходими, Москва.

## Сведения об авторах

### Республика Узбекистан:

Акалаев Рустам Нурмухамедович – руководитель научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, заведующий кафедрой нефрологии, гемодиализа и трансплантации почки ЦРПКМР, д.м.н., профессор;

Стопницкий Амир Александрович – ученый секретарь РНЦЭМП, научный сотрудник научно-клинического отдела токсикологии, главный токсиколог министерства здравоохранения Республики Узбекистан, врач-токсиколог, к.м.н.;

Матлубов Мансур Муратович – заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и медицины неотложных состояний Самаркандского государственного медицинского университета, д.м.н., доцент;

Хожиев Хусниддин Шодмонович – заместитель главного врача по ожог-токсикологическому корпусу РНЦЭМП, врач-токсиколог, к.м.н.;

### Авторы 7 главы:

Шоумаров Гайрат Бахромович – советник министра народного образования, психолог, доктор психологических наук, профессор;

Акалаева Альфия Абдуллаевна – психолог-конфликтолог отделения токсикологии РНЦЭМП;

Хонбабаева Рахимахон Хамидуллаевна – врач психолог-суицидолог отделения ожог-токсикологической реанимации РНЦЭМП.

### Российская Федерация:

Миннуллин Ильдар Пулатович – заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и хирургии повреждений первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации;

Лодягин Алексей Николаевич – руководитель отдела клинической токсикологии, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», главный внештатный специалист-токсиколог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главный внештатный специалист-токсиколог Северо-Западного федерального округа министерства здравоохранения РФ, врач анестезиолог-реаниматолог, д.м.н., доцент;

Батоцыренов Баир Васильевич – главный научный сотрудник отдела клинической токсикологии, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», врач анестезиолог-реаниматолог, д.м.н., доцент;

Асанова Лола Рустамовна – младший научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств, «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского», Москва.

## Information about the authors

### **The Republic of Uzbekistan:**

Akalaev Rustam Nurinukhamedovich - Head of the scientific and clinical department of toxicology, RRCEM, Head of the Department of Nephrology, Hemodialysis and Kidney Transplantation, CDPQMW, MD, Professor;

Stopnitsky Amir Alexandrovich - Scientific Secretary of the RRCEM, Senior researcher of the scientific and clinical department of toxicology, clinical toxicologist, PhD;

Matlubov Mansur Muratovich - Head of the Department of Anesthesiology, Reanimation and Emergency Medicine of Samarkand State Medical University, MD, Associate Professor;

Khozhev Khusniddin Shodmonovich - Deputy Chief Physician for the Burn-Toxicological Department of the RRCEM, clinical toxicologist, PhD;

### Chapter 7 Authors:

Shoumarov Gairat Bakhromovich - Advisor to the Minister of Public Education, psychologist, Doctor of Psychology, Professor;

Akalaeva Alfiya Abdullaevna - psychologist-conflictologist of the Department of Toxicology, RRCEM;

Khonbabaeva Rakhimakhon Khamidullaevna – psychologist-suicidologist of the Department of Burn-Toxicological Resuscitation of the RRCEM.

### **Russian Federation:**

Minnullin Ildar Pulatovich - Head of the Department of Emergency Medical Care and Injury Surgery of the First St.Petersburg State Medical University named after Academic I.P.Pavlov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Doctor of the Russian Federation;

Lodyagin Aleksey Nikolaevich – Head of the Department of Clinical Toxicology, St.Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I.I.Dzhanelidze, chief freelance toxicologist of the St. Petersburg Health Committee, chief freelance toxicologist of the North - Western Federal District of the Ministry of Health of the Russian Federation, anesthesiologist-resuscitator, MD, associate professor;

Batotsyrenov Bair Vasilyevich – Chief Researcher, Department of Clinical Toxicology, St.Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I.I.Dzhanelidze, anesthesiologist-reanimatologist, MD, associate professor;

Asanova Lola Rustamovna – Junior Researcher, Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V.Sklifosovsky Scientific Research Institute of Emergency Medicine, Moscow.

РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ  
ТИББИЙ ҲОДИМЛАРНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ МАРКАЗИ

**Т43.0-Т43.9 ГУРУҲИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ  
(АНТИДЕПРЕССАНТЛАР, НЕЙРОЛЕПТИКЛАР,  
ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАР ВА НОРМОМИМЕТИК ДОРИ  
ВОСИТАЛАР)**

Шифокорлар учун қўлланма  
(клиник протоколлар)

Тиббиёт фанлари доктори, профессор  
Р.Н. Акалаев  
умумий тахрири остида



«COMPLEX PRINT» нашриёти, Тошкент, 2023

Мухаррир А.Рахимов

«COMPLEX PRINT» нашриёти, Тошкент ш., Навоий кўч, 24  
Нашр-лицензияси: Аі №004, 20.07.2018 й.

Босишга 18.07.2023 й. рўхсат этилди. Бичими 60x84 1/16.  
Times New Roman гарнитураси. Ш.б.т. 7,91. Адади 400 д.

«Complex Print» босмахонасида чоп этилди.  
Тошкент ш., Навоий кўч, 24. тел.: +99871 244-40-89  
Лицензия №10-3606 от 10.02.2016.

МУАЛЛИФЛАР



Проф. Акалаев Р.Н.



Проф. Миннуллин И.П.



Т.ф.н. Стопницкий А.А.



Т.ф.д. Лодягин А.Н.



Т.ф.д. Рузубов М.М.



Т.ф.д. Батоциренов Б.В.



Т.ф.н. Хажиев Х.Ш.



Асанова Л.Р.



Хонбабаева Р.Х.



Проф. Шоунаров Г.Б.



Акалаева А.А.

ISBN 978-9943-9043-1-6



9 789943 904316