



Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Протоколҳои клиникӣ оид ба
пешбурди бемориҳои равонӣ дар
сатҳи муассисаҳои КАТС

Душанбе – 2018 с.

Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии
Ҷумҳурии Тоҷикистон

Протоколҳои клиникӣ оид ба пешбурди бемориҳои
равонӣ дар сатҳи кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ

Бандаев И.С. - д.и.т, директори Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣ тибби оилавӣ;

Фатоҳов А.А. – директори Маркази ҷумҳуриявии клиникӣ бемориҳои равонӣ, табиб- равонашинос;

Холова С.Ғ. – сардори шуъбаи таълимию Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣ тибби оилавӣ”;

Ҷонова Б.Ю. – н.и.т, сардори шуъбаи бизнеснақшагирӣ ва таҳлили рушди тибби оилавии Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣ тибби оилавӣ”;

Худойдодова Ф.А. – муовини директори Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии таълимию клиникӣ тибби оилавӣ;

Маҳмудов А.Х. – мутахассис оид ба КАТС-и Лоихаи кӯмаки техникаи Иттиҳоди Аврупо оид ба Барномаи дастгирии рушди нерӯи инсонӣ (марҳилаи II)

Муқарризон:

1. Қунғуротов Х.К. – сармутахассиси Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба бемориҳои равонӣ;
2. Бойбобоев А.А. – мудири кафедраи равонпизишкӣ ва нашъашиносии Муассисаи давлатии таълимию “Донишкадаи таҳсилоти баъдипломоии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, н.и.т., дотсент

Протоколи мазкур бо фармоиши Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 11 июни соли 2018, № 547 тасдиқ шудааст

ПЕШГУФТОР

Бори гаронӣ ихтилоли равонӣ рӯ ба афзуншавӣ дорад ва дар саросари Ҷаҳон таъсири намоёни худро дар соҳаи тандурустӣ мерасонад. Ин мушкилотҳо бо худ оқибатҳои ҷиддии соҳаи иҷтимоӣ, ҳуқуқи инсонӣ ва иқтисодиро ба вуҷуд меоранд. Соҳаи тандурустӣ ба таври кофӣ ҷавобгӯи ихтилоли равонӣ нест. Дар натиҷа дар саросари Ҷаҳон як фарқияти калон байни эҳтиётот дар табобат ва кӯмаки расонидашуда ба амал меояд. Дар кишварҳои бо сатҳашон паст ва миёна ба беморони гирифтори мушкилоти равонӣ аз 76% то 85% ҳеҷ гуна табобат расонида намешавад. Дар кишварҳои тараққикарда дар чунин вазъият аз 35% то 50% шахсон бо чунин мушкилотҳои равонӣ мавҷуд мебошанд. Вақте ки нигоҳубини пешниҳодшуда одатан бо сифати кофӣ расонида намешавад масъала шиддат мегирад.

Дар Нақшаи амалҳои Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ оид ба солимии равонӣ барои солҳои 2013-2020 бо тасдиқи Ассамблеяи Умумиҷаҳонии тандурустӣ дар соли 2013, ба солимии равонӣ дар таъмини беҳтаркунии саломатӣ барои ҳама нақши муҳим мебозад.

Нақша чор ҳадафҳои асосиро дарбар мегирад:

- Баардоштани самаранокии идоракунии ва роҳбарӣ дар соҳаи солимии равонӣ;
- Фароҳам овардани хизматрасониҳои ҳамаҷониба оиди табобат ва ҳифзи иҷтимоии мизочон бо ихтилоли равонӣ;
- Татбиқи стратегияи баланд бардоштани самаранокӣ ва пешгирӣ;
- Таҳкими (мустаҳкамкунии) тартиби иттилоотӣ, ҷамъоварию маълумот ва тадқиқотҳои илмӣ;

Барномаи амали Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ оид ба рафъи норасоӣ дар соҳаи солимии рӯҳӣ, ки ба таҳкими иқтидор бахшида шудааст, дар навбати аввал ба муассисаҳои тиббии ғайримахсус равона шудааст. Муносибати ҳамаҷониба бо афзалияти солимии равонӣ дар ҳамаи сатҳҳои хизматрасонии тиббӣ истифода бурда мешавад.

Муайянкунандагони солимии равонӣ ва ихтилоли равонӣ на танҳо хусусиятҳои шахсиро ба монанди қобилияти идоракунии фикрҳои шахсӣ, эҳсосот, рафтор ва муошират бо дигарон, балки омилҳои иҷтимоӣ, фарҳангӣ, сиёсӣ ва экологӣ, ба монанди сиёсати миллӣ, ҳифзи иҷтимоӣ, сатҳи зиндагӣ, шароити кор ва дастгирии дигаронро низ дар бар мегирад. Особӣ ва изтироб дар синну соли бармаҳал метавонад ихтилоли равониро ба вуҷуд орад. Ирсият, ғизо, сироятҳои перинаталӣ ва таъсири манфии муҳити атроф низ метавонад ба рушди онҳо таъсир расонад.

Ихтилоли равонии зиёд вуҷуд дорад, ки онҳо бо тарзҳои гуногун ошкор мегарданд. Дар маҷмӯъ барои онҳо омезиши омилҳои ғайримуқаррарӣ, ақидаҳо, эҳсосот, аксуламалҳои рафтор ва муносибатҳо бо дигарон хос мебошад. Ба ихтилоли равонӣ афсурдаҳолӣ, ихтилоли биполярӣ, шизофрения ва дигар психозҳо, деменсия, ақибмонии зехнӣ ва ихтилоли рушд бо иловаи аутизм дохил мешавад.

Айни замон, стратегияҳои самараноки пешгирии ихтилоли равонӣ, аз он ҷумла шизофрения вуҷуд дорад. Ҳамчунин, усулҳои амалкунандаи (муосир) табобат ва нигоҳубин мавҷуд аст, ки имкони кам намудани ранҷу азоби беморонро дорад. Аҳмияти зарурӣ ин дастрасӣ ба сохторҳои тиббию иҷтимоӣ, ки табобат ва дастгирии иҷтимоиро таъмин мекунанд, марбут мебошад.

ИХТИЛОЛИ ИНКИШОФ

ХАЛАЛЁБИИ ИНКИШОФИ ПСИХОЛОГӢ ИХТИЛОЛҲОИ МАХСУСИ ИНКИШОФИ НУТҚ ВА ЗАБОН F 80

Таъриф

Халалёбии инкишофи психологӣ халалёбиест, ки дар синни хурдсолӣ дар кӯдакон вобаста аз иллатнокшавӣ ё таваққуфи инкишофи функция, ки ба балоғати биологии майна иртибот доранд ва боиси таваққуфи инкишофи малакаҳои ақлӣ (интеллектуалӣ), нутқӣ ва ҳаракатӣ ва баъдан чуброн шудани онҳо (дар давраи балоғат) мегарданд, мушоҳида мешавад.

Аломатҳои клиникӣ-ташҳисӣ:

- Анамнез: халалёбиҳои пешакии инкишоф, таваққуф ё руҳ додани тағйиротҳо дар инкишофи психомоторӣ дар синни томактабӣ, махсусан ноинкишофии нутқ.
- Сатҳи пасти дарсазхудкунии кӯдак аз рӯи барномаи мувофиқ ба синну сол ва қобилияти таълимӣ.
- Халалёбии инкишофи малакаҳои мактабӣ дар солҳои аввали таҳсил бо захираи нокифояи дониш ва ташаккулёбии малакаҳои таълимӣ, мунтазам дарсхоро аз худ карда натавоништан вучуд доранд.
- Халалёбии мунтазами рафтор дар раванди таҳсил.
- Халалёбиҳои махсуси хондан. Маҳсулнокии малакаҳои хондан дар асоси ба таври инфиродӣ таъин кардани тестҳои стандартӣ барои муайян кардани дақиқ хондан ва фаҳмидани матн муқаррар карда мешавад. Ғалатҳое, ки ҳангоми малакаи хониши даҳонӣ дида мешаванд, инҳоянд:
 1. партофтани калима, дигар кардани калима, қисмҳои калима
 2. суръати суст хондан
 3. ҳангоми хондан «гум кардани ҷойи хондаистода» ва кӯшиши аз нав хондани матн
 4. иваз кардани ҷойи калимаҳо
 5. қобилияти дар хотир нигоҳ дошта натавоништани далелҳои матни хондашуда.
- Халалёбиҳои махсуси навиштор (спеллингования). Дар сурати аснои хондан мавҷуд набудани мушкилот таъин карда мешавад. Ҳангоми навиштани калимаҳо (партофтани ҳарфҳо, риоя накардани сатри навиштор, якхела нанавиштани ҳарфҳо) ва талаффузи шифоҳии ҳарф ба ҳарфи калимаҳо ба назар мерасад.

- Халалёбиҳои махсуси ҳисобкунӣ (дискалкулия). Ин нуқсон ба малакаҳои асосии ҳисобкунии ҷамъу тарҳ ва зарбу тақсим тааллуқ дошта, чунин проблемаҳои кӯдакро дар бар мегирад:
 1. ба қадри кифоя нафаҳмидани мафҳумҳо, истилоҳоти математикӣ ва аломатҳо.
 2. ба душворӣ аз худ кардани тартиби рақамҳо, аз худ кардани касрҳо.
 3. ба таври қаноатбахш аз ёд карда натавонистани ҷадвали зарб ва ғ.
- Аломатҳои таносуби бади нозук ё дағали ҳаракатӣ (двигателӣ) (диспраксия). Рефлекси пайҳо мумкин аст, ки дар ҳар ду тараф паст ё зиёд шаванд.

Шикоятҳои аз тарафи хешовандон пешниҳодшуда:

- Халалёбии малакаи мушаххас ё якҷанд малакаи мактабӣ (кӯдак малакаҳои навиштан, хондан ва ҳисобкуниро бо душворӣ азхуд мекунад).
- Мушкил будани азхудкунии барномаи мактабӣ.
- Мушкилӣ дар ҳаракат ва ночолокӣ аз хурдсолӣ ба назар мерасад. Дар синни мактабӣ дар дарсҳои варзиш дида мешавад.
- Мушкилотҳои мутобиқшавии иҷтимоӣ ва эмотсионаливу рафторӣ: воқунишҳои радкунӣ ва даст кашидан аз иҷро кардани вазифаҳои хонагӣ, мактаб нарафтган, ба дарсҳо ҳозир нашудан, канораҷӯӣ намудан, душвор будани муносибат бо ҳамсолон.

Ташҳиси тафриқӣ

Беморӣ	Аломатҳои беморӣ
Ақибмонии ақлӣ, шакли сабук	Ба раванди муоина тавачҷӯҳи эмотсионалӣ зоҳир намекунад ва бо гузашти вақт ҷуброн намешавад.
Халалёбии гиперкинетикӣ бо нуқсони тавачҷӯҳ	Ба таври муфассал муоина кардан имконият медиҳад, ки дар навбати аввал нуқсони тавачҷӯҳ ва халалёбии рафтор ва дар натиҷаи ин ба амал омадани ақибмонии азхудкунии малакаҳои мактабӣ ошкор карда шаванд. Одатан дар вақти беҳтар шудани тавачҷӯҳ ва рафтор дараҷаи ба синну сол мувофиқи азхудкунии малакаҳои мактабӣ ба назар мерасад.
Халалёбиҳои эмотсионалӣ (тахлука, депрессия)	Дар шароити деприватсия муносибатҳои зиддиятноки дохили оилавӣ ва омилҳои дигар метавонанд боиси пастшавии фаъолнокӣ, дамдздӣ, халалёбии рафтор гарданд, ки онҳо дар навбати худ ба дарсазхудкунии кӯдак таъсир мерасонанд. Ислоҳ кардани зиддиятҳои дохили оилавӣ ва дигар омилҳои сабабӣ, инчунин гузаронидани табobati доруворӣ қобилияти дарсазхудкунии кӯдакро беҳтар месозанд.
Бемориҳои музмини соматикӣ (диққи нафас, нуқсони дил, диабет қанд ва ғ.)	Симптоматика аз як тараф ба нокифоя будани оксиген таъминкунии организм ва аз тарафи дигар муддати дуру дароз ба дарсҳо нарафтган низ ба таваккуфи инкишофи малакаҳои мактабӣ оварда мерасонад.

Таботати ғайридоругӣ:

- Таботат бо бозӣ.
- Таботати ритмикӣ - мусикии ҳаракатӣ (двигателӣ).
- Инкишофи маҳорати двигателӣ: бо истифода аз тӯбҳои гуногунондоза, ракетка, бадминтон ва ғ.
- Машқҳои логопедӣ.
- Омӯзондан аз рӯи барномаи “баробар намудан” ба меъёр.

Таботати доругӣ:

Самаранокии мустақими таъсири маводи доругӣ ҳангоми муолиҷаи кӯдакони гирифтори ҳалалёбии таҳсил, малақаҳои моторӣ то ҳол дар амал тасдиқ нашудааст. Таботати ихтилолҳои ҳамроҳшудаи психикӣ (равонӣ) вобаста аз хусусият ва возеҳии ин ихтилолҳо гузаронида мешавад.

Меъёрҳои самаранокии таботат:

- Динамикаи мусбат аз рӯи натиҷаҳои муоинаҳои педагогӣ ва психологӣ кӯдак: дар охири таботат беҳтар шудани азхудкунии малақаҳои мактабӣ.
- Аз байн рафтани ё кам шудани дараҷаи возеҳии ҳалалёбиҳои дигари равонӣ (психикӣ): тарсу ваҳми шабона, дар ҳоб гап задан, дар ҳоб роҳ рафтани, энурез ва ғ.

Нишондодҳо барои бистарӣ намудани:

- Аниқ кардани дараҷаи инкишофи ақлонии кӯдак ба мақсади истисно кардани ақибмонии ақлӣ ҳангоми номумкин будани гузаронидани таҳлили тафриқӣ ҳангоми қабули амбулаторӣ.
- Мавҷуд будани нуқсонҳои ҳамроҳшудаи сенсорӣ (хирабинӣ, гӯшвазнӣ).
- Мавҷуд будани нуқсонҳои дигари психикӣ: ҳалалёбиҳои эмотсионалӣ, ҳалалёбии ҳоб, дар вақти ҳоб будани роҳ рафтани, энурез ва энкопрез.

МАЪЛУМОТ БАРОИ ОИЛА

- Натиҷаи беморӣ хуб аст ва ҳалалёбиҳои когнитивӣ дар давраи балоғат ё барвақттар вобаста аз вазнинии ҳалалёбиҳо ҷуброн (компенсатсия) мешаванд.
- Тавсияҳои мушаххаси мутахассисро риоя кардан зарур аст.
- Кӯдакро ҳамеша ҳавасманд кунед ва тавассути усулҳои бозӣ дар вазъиятҳои гуногун омӯзонед, барои ин вақти алоҳида ҷудо кардан муҳим нест, зеро воқуниши радқунӣ имконпазир аст.
- Дар кӯча, ҳангоми дар нақлиёт будани, дар мағоза ва дигар вазъиятҳо ашӯҳои атрофро ба сифати маводи таълимӣ истифода

баред: лавҳаҳои реклама, номи маҳсулоти харидоришаванда (Ҳарфи якум чӣ ном дорад? Рангаш чӣ хел аст? Миқдорааш?), оид ба ҳисоб кардани мошинҳои равуоқунанда, ин ё он тамғаи мошинҳо ва ғ. мусобиқа ташкил кунед.

- Муваффақиятҳои мусбати кӯдакро бо суханони гарм ва меҳрубонӣ кадр кунед.
- Ҳамарӯза машқ кунед: бозиҳо бо тӯбҳои андозаашон гуногун, дарсҳои, ки маҳорати дастҳоро талаб мекунад (расмкашӣ, гулпартоӣ, кандакорӣ ва ғ.), ҷаҳидан, баромадан (ҳаракат) барои кӯдакони қобилияти ҳаракатнокиашон ҳалалёфта ё суфт.
- Агар нуқсонҳои нутқ мавҷуд бошад, машғулиятҳои ҳатмӣ бо логопед.
- Кӯдакро ба боғчаи махсуси барои кӯдакони инкишофи психикиашон таваққуф карда баред.
- Дар давраи томақтабӣ табобат бо бозиро гузаронед: расмкашӣ бо рангҳо, кандакорӣ, ширеш кардани суратҳо ва ёд гирифтани унсурҳои омӯхташаванда (мавзӯ «меваҳо» - ранг, миқдор, андоза, калонӣ) ва дар сурати ҳама гуна муваффақиятҳо кӯдакро таъриф ва ҳавасманд кунед.

ҲАЛАЛЁБИҲОИ ГИПЕРКИНЕТИКӢ ВА НУҚСОНИ ТАВАЧЧӢҲ

Ғ 90

Таъриф.

Ҳалалёбиҳои гиперкинетикӣ ва нуқсони таваччӯҳ гурӯҳи ҳалалёбиҳоест, ки бо барвақт сар шудан (то 5-солагӣ), таҳриқӣ (импулсӣ) будан, рафтори суфт мурағтабшавандаи дорои нуқсони возеҳи таваччӯҳ, ки мутобиқшавии кӯдакро душвор месозанд, фарқ мекунад.

Аломатҳои клиникӣ-ташхисӣ:

Анамнез: анамнези оилавӣ, таърихи инкишофи (инкишофи ҷисмонӣ ва психикӣ) кӯдак.

Нуқсони таваччӯҳ:

- кӯдак ҳангоми иҷро кардани супоришҳои мактабӣ ё ягон фаъолияти дигар ба ҳатогиҳо роҳ медиҳад;
- ҳангоми иҷро кардани супоришҳо дар мактаб, дар хона, дар вақти бозӣ кардан таваччӯҳашро нигоҳ дошта наметавонад;
- чунин ба назар мерасад, ки он чӣ ба кӯдак мегӯянд, намешунавад;
- дар мустақилона иҷро кардани супоришҳо ва дигар душворӣ мекашад;
- кӯдак, маъмулан дастурҳои гирифтаашро риоя намекунад ва супоришро то охир иҷро намекунад;

- аз корҳое, ки дуру дароз мутамарказ сохтани таваччӯхро талаб мекунад, саркашӣ мекунад;
- чизҳояшро (дафтар, китоб, қалам ва ғ.) тез-тез гум мекунад;
- таваччӯхаш ба ашӯҳо ва корҳои бегона зуд-зуд ҷалб мешавад;
- зуд-зуд фаромӯш мекунад.

Гиперактивӣ:

- ҳаракатҳои ноороми дастҳо зиёд мушоҳида мешавад: дар курсӣ нишаста ин тараф он тараф меҷунбад;
- асноӣ дарс ё дигар ҳолатҳо аксар вақт аз ҷояш меҳезад;
- ғаълонокии ҳаракатӣ (двигателӣ) зоҳир мекунад: вақти зарур набудан медавад, тоб меҳӯрад;
- оромона ва бесадо бозӣ карда наметавонад, ҳангоми бозӣ ғавғои барзиёдати мебардорад;
- доимо дар ҳаракат аст.

Импульсивият (ангезандагӣ):

- бегоҳии барзиёд; кӯдак дар гурӯҳ ё дар вақти бозӣ бо таҳаммул навбати худро интизор шуда наметавонад;
- саволҳоро то охир гӯш накарда, ба саволҳо фикр накарда ҷавоб медиҳад;
- аксар вақт машғулият ё сухани дигаронро қатъ мекунад, ба ҳолатҳои гуногун даҳолат мекунад;
- ба сӯҳбат, бозии дигарон ва ғ. ҳамроҳ шуда, ба онҳо ҳалал мерасонад, гарчанде атрофиёт эрод мегиранд.
- беинтизомӣ, ба ҳодисаҳои нохуш зиёд дучор шудан.

Барои гузоштани таъхис зарур аст:

- вучуд доштани 6 ё зиёдтар аломатҳои зикршудаи ҳалалёбии таваччӯх;
- вучуд доштани 6 ё зиёдтар аломатҳои гиперактивият ё импульсият;
- аломатҳои дар кӯдак мавҷудбуда бояд дар давоми на камтар аз 6 моҳ нигоҳ дошта шаванд.

Дар ҳолатҳои ба меъёрҳои зикршудаи таъхис тамоман мувофиқат кардани аломатҳои клиникии мушоҳидашаванда шакли таркибии таъхиси ҳалалёбиҳои гиперкинетикӣ ва нуқсони таваччӯх (ХГНТ) гузошта мешавад. Дар сурати мавҷудияти 6 ё зиёдтар аломатҳои ҳалалёбии таваччӯх ва камтар аз 6 аломати гиперактивият шакли таъхиси «ХГНТ бо ҳалалёбии барзиёди таваччӯх» истифода бурда мешавад.

Агар ҳангоми қисман мувофиқат намудани аломатҳо ба меъёрҳои (критерияҳои) ҳалалёбии таваччӯх, аломатҳо ба меъёрҳои гиперактивият пурра мувофиқат кунанд, пас таъхис чунин нишон дода мешавад: «ХГНТ бо барзиёдии гиперактивият ва импульсивнокӣ».

Шикоятҳои аз тарафи ҳешовандон пешниҳодшуда:

- Кӯдакон ва наврасон ором нишаста наметавонанд, доимо ҳаракат мекунанд.
- Суханони дигаронро гӯш намекунанд, дигаронро мунтазир шуда наметавонанд.
- Ҳангоми мутамарказ сохтани таваҷҷӯҳ ба душвориҳо рӯ ба рӯ мешаванд, барои ҳамин ҳам дарсозҳудкуниашон мушкил аст.
- Халалёбии рафтор: импульснокӣ, ҷангарагӣ, зӯроварӣ.

Ташҳиси тафриқӣ

Беморӣ	Тавсиф
Хусусиятҳои фардии мичоз	Тавсифи рафтор ва функцияҳои идрокии (когнитивии) кӯдакони фаъол ва серҳаракат аз ҳудуди меъёрҳои синну соли берун намешавад.
Халалёбиҳои безобитакунанда	Хусусиятҳо рафтори кӯдак, ки ба омилҳои садамаи рӯҳиоваранда иртибот доранд.
Саръ (эпилепсия)	Шаклҳои беҳушии кӯтоҳмуддат (1-2 сония) – и симпатикӣ ва маҳдуд.
Халалёбиҳои изтиробангез-ваҳмангез ва депрессивӣ	Халалёбиҳои изтиробангез низ дар наврасони рафторашон халалёфта (15-24%) назар ба наврасони бе ин халалёбӣ (5-11%) бештар аст. Лаҳзаҳои маниакалӣ (савдовӣ) ва гипоманиакалӣ (саҳл ваввосӣ) бо пешомади маъюсӣ, ки то 15-солагӣ инкишоф меёбанд, хеле кам дида мешаванд. Дар баъзе таҳқиқотҳо муқаррар карда шуда буд, ки дар наврасони дорои халалёбиҳои биполярӣ басомади халалёбии рафтор нисбат ба популятсияи умумӣ хеле баланд аст. Аммо барои имконпазир будани чараёни коморбидиро муқаррар кардан дар якҷанд популятсия ва якҷанд интихобшудаҳои популятсионӣ таҳқиқот гузаронидан зарур аст.
Бемориҳои эндокринӣ (бемориҳои гаду-ди сипаршакл, диабетти қанд)	Дар асоси усулҳои лабораторӣ ва клиникӣ таҳқиқот ташҳис карда мешавад.
Халалёбиҳои махсуси инкишофи малакаҳои мактабӣ, моторика ва нутқ	Оғозаш ҳатман дар давраи навзодӣ ё кӯдакӣ аст; иллатнокшавӣ ё таваққуфи инкишофи функция, ки бо камолоти биологии системаи марказии асаб алоқамандӣ доранд; халалёбиҳои рӯҳии доим чараёнбандаи бидуни ремиссия (беҳшавии муваққатӣ) ё такроршавӣ, ки барои аксари бемориҳои рӯҳӣ хос мебошанд. Нишондоди дуруст хондан ва ё фаҳмидани матни хондашуда, ки аз сатҳи синну сол ва инкишофи зехнии кӯдак (дар ин маврид маҳорати хондан ва коэффитсенти инкишофи ақлонӣ аз рӯи тести ба таври фардӣ таъиншуда, бо дар назардошти шароити фарҳангӣ ва системаи маориф муайян карда мешавад) ду хатои стандартӣ паст аст;

<p>Ақибмони зехнӣ (ақлӣ)</p>	<p>Ақибмони зехнӣ – таваққуф ё номукаммал инкишоф ёфтани вазъияти рӯҳӣ (психика) аст, ки дар синни то 3-солагӣ, аммо аксар вақт дар синни хурди мактабӣ ба назар мерасад. Дар бахши когнитивӣ (дарккунӣ), нутқ, моторика (синкинезия), фаъолияти иҷтимоӣ, қобилияти хондан зоҳир мешавад. Дар заминаи ақибмони зехнӣ тамоми диапазони ҳалалёбиҳои рӯҳиро мушоҳида кардан мумкин аст.</p>
<p>Аутизм</p>	<p>Аутизм- ин ҳалалёбии инкишоф аст, ки дар хеле бад шудани фаъолияти иҷтимоӣ, муошират, инчунин сифат, гуногунӣ ва басомади фаъолияти рафтор зоҳир мешавад. Инкишофи аутизм асосан то 3-солагӣ оғоз меёбад, аломатҳои он бошанд, тамоми умр боқӣ мемонанд. Аутизм метавонад, ки сатҳҳои гуногуни фаъолиятро фаро гирад ва аксар вақт бо ақибмони зехнӣ алоқамандӣ дорад.</p> <p>Ҳалалёбии фаъолияти иҷтимоӣ. Ҳаракатҳои такрории ғайриоддии моторӣ. Ҳалалёбии инкишофи малақаҳои муошират Ҳалалёбиҳои когнитивӣ (идроқӣ) Қобилияти фавқуллода доштан ба бозиҳои рамзӣ Ҳалалёбии дарки эмотсионалӣ Репертуари маҳдуд ва аҷоиби рафтор Рафтори стереотипӣ Ҳалалёбиҳои неврологӣ Оғоз то 30 - солагӣ Ҳалалёбиҳои возеҳи рафтор</p>
<p>Шизофрения</p>	<p>Шизофрения – ин ҳалалёбии музмини прогрессиенти рӯҳӣ буда, аз ҷиҳати клиникӣ бо аломатҳои мусбӣ ва манфӣ зоҳир мешавад; шаклҳои гуногуни ҷараён, дараҷаи тағйиротҳои шахсӣ ва оқибатҳои (прогноз) гуногун дорад.</p> <p>а) акси фикрҳо, пешниҳод намудан ва ё баргирифтани фикрҳо, гуногунбаёнӣ (ошкор будан) -и онҳо; б) ҳазёни таъсиррасонӣ, таъсир ё камфаъолӣ (пассивӣ), ки ба таври возеҳ ба ҳаракати бадан, чанбарҳо (андомҳо) ё фикрҳо, ба амалҳо ё ҳиссиётҳо иртиботдоранд; дарккунии ҳазёни; в) овозҳои ҳаёлӣ (галютсинаторӣ) аз шарҳи феълии (ҷорӣ) рафтори бемор ё дар байни худ муҳокима кардани он; намудҳои дигари овозҳои ҳаёлӣ (галютсинаторӣ), ки аз ягон қисми бадан мебароянд; г) ақидаҳои ҳазёнии устуворӣ намудҳои дигар, ки барои маданияти маҳаллӣ ва мазмунан ба кулӣ мувофиқат намекунанд, масалан, монанд кардани (идентификасия) худ бо симоҳои маъруфи динӣ ё сиёсӣ, эълон доштани қобилияти фавқултабии худ (масалан, вазъи ҳаворо тағйир дода тавоништан, ё бо намояндагони сайёраҳои дигар гап зада тавоништан); д) галютсинатсияҳои гуногунҷабҳа, ки дорои ақидаҳои ноустувор ё пурра ташаккул наёфтаанд ва мазмуни возеҳи эмотсионалӣ надоранд, ё фикрҳои доимии баландарзиш, ки метавонанд ҳар рӯз дар давоми ҳафта ё моҳ зоҳир шаванд. е) канда шудани ҷараёнҳои фикркунӣ ё фикрҳои даҳлаткунандае,</p>

	<p>ки боиси парешоншавӣ ё бемазмуншавии фикрҳо мегарданд; ё неологизмҳо;</p> <p>ж) халалёбиҳои кататоникӣ, монанди ба ҳаяҷон омадан, шах шуда мондан ё мум барин мулоим шудан, (негативизм, мутизм, ступор);</p> <p>з) аломат манфӣ, монанди рӯҳафтадагии (апатия) возеҳ, бой набудани нутқ, номувофиқ будани ақсуламалҳои эмотсионалӣ, ки аксар вақт боиси дуршавӣ аз ҷомеа ва паст шудани маҳсулнокии иҷтимоӣ мегардад; маълум вст, ки ин аломатҳо дар натиҷаи рӯҳафтадагӣ (депрессия) ё табобати нейролептикӣ ба вучуд наомадаанд;</p> <p>и) тағйиротҳои назаррас ва пайдарпайи сифатӣ, ки дар шакли бетаваҷҷӯҳӣ, аз даст додани мақсаднокӣ, беамалӣ (бефаъолиятӣ), худ маҳвсозӣ ва аутизатсияи иҷтимоӣ зоҳир мешаванд.</p>
Халалёбии рафтор	<p>Халалёбии рафтор аз халалёбиҳои рӯҳии кӯдакон ва наврасон иборат аст ва дорои паттерни устувор ва такроршавандаи рафтор, вайрон кардани ҳуқуқи асосии атрофиён ва ё меъёрҳо ё қоидаҳои иҷтимоии ба синну сол мувофиқаткунанда аст.</p> <p>Меъёрҳои рафтори ташхиси халалёбиҳои рафтор ба 4 гурӯҳи асосӣ дохил мешавад.</p> <p>Рафторҳои агрессивӣ, сабаб ё хатари ба одамони дигар ё ҳайвонот зарар расонидан (тела додан, чангу хархаша кардан, истифодаи яроқ, бераҳмии ҷисмонӣ нисбат ба одамон ва ҳайвонот, дуздӣ бо ҳамла кардан ба сайди худ, ба таври маҷбурӣ ба алоқаи ҷинсӣ водор сохтан).</p> <p>Рафторҳои ғайриагрессивӣ, ки боиси аз байн рафтан ё зарар додан ба молу амвол (қасдан корношоам кардан ё сӯзондан) мегардад.</p> <p>Дурӯғгӯӣ ё дуздӣ (дуздӣ бо шикастани дар ё қулф, фиреб додани одамон, дуздии ашӣ аз ҷиҳати иқтисодӣ камарзиш, бе ҳамла овардан ба одамон).</p> <p>Вайронкунии ҷиддии қоидаҳои муқарраршуда (то 18-солагӣ ба манъсозии волидайн нигоҳ накарда то бевақтии шаб сайру гашт намудан; камаш ду маротиба тамоми шаб дар хона набудан; ба дарсҳо ҳозир нашудан).</p>
Синдроми астеникӣ Ҳангоми бемориҳои соматикӣ	Сабт намудани аломатҳо ва алоимҳои асосии бемориҳои соматикӣ.
Гӯшвазнинии сенсоневралӣ	Сабт намудани аломатҳо ва алоимҳои асосии бемориҳои соматикӣ.

Муолича

Усулҳои муолиҷаи ғайридоругӣ:

- Муолиҷа тавассути бозӣ.
- Муолиҷаи ҳаракатнокии ритмӣ, музикӣ.
- Усулҳои муолиҷаи рафторӣ дар шакли стимулятсия ва ҳавасмандкунии кӯдакон ҳангоми корҳои заруриро дуруст иҷро намудани онҳо.
- Муолиҷаи оилавӣ.

Муолиҷаи доругӣ:

Интихоби доруҳо:

Амитриптилин 0,7-6,3 мг /кг/шабонарӯз

Ё

Диазепам 2-10 мг 2 маротиба дар як шабонарӯз

Ё

Флуоксетин 10- 20 мг 1 маротиба дар як шабонарӯз.

Меъёрҳои самарабахшии муолиҷа

- Кӯдак ба вазъияте ворид карда мешавад, ки муддати дуру дароз тавачҷӯҳашро мутамарказ созад (масалан, ҳангоми дарс, дар машғулиятҳои психолог, дар назди табиб ҳангоми сӯҳбат ё муоина намудан)
- Пешрафти (динамикаи) мусбат дар раванди таҳсил.
- Баҳодиҳии мусбат аз тарафи водидайни кӯдак нисбат ба беҳтар шудани хотира (диққат) ва рафтори вай.

Нишондодҳо барои бистарӣ намудан:

- Мавҷуд будани зухуроти возеҳи ҳалалёбиҳои гиперкинетикӣ, ки фаъолияти ҳаррӯзаи кӯдакро ҳам дар мактаб, ҳам дар боғча ва ё хона душвор месозанд.
- Гузаронидани таҳлили тафриқӣ ба мақсади истисно кардани ҳалалёбиҳои органикии астеникӣ.
- Паст шудани қобилияти дарсазхудкунӣ ва ё дарсазхудкунии бад: муайян кардани имкониятҳои когнитивии кӯдак, истисно кардани ҳалалёбиҳои инкишофи психологӣ, аз ҷумла ҳалалёбиҳои махсуси инкишофи малақаҳои мактабӣ ва ё ақибмонии зеҳнӣ.
- Набудани самарабахшии муолиҷаи амбулаторӣ.

МАЪЛУМОТ БАРОИ ОИЛА

- Рафтори гиперкинетикӣ нуқсонӣ ҷиддӣ нест. Вай дар натиҷаи ҳалалёбии тавачҷӯҳ ё худназораткунӣ ба вучуд меояд ва аксар вақт модарзодӣ аст.
- Дар як қатор кӯдакони гиперактивӣ мушкилоти психологӣ ҳангоми болиғ шудан низ боқӣ мемонад, аммо дар аксар мавридҳо онҳо дараҷаи хуби мутобиқшавиро соҳиб мешаванд.
- Кӯдакро дар ҳолатҳои, ки қобилияти бодикқат буданро дошта бошад, дастгирӣ кунед.
- Аз ҷазо додан худдорӣ намоед, аммо дар мавридҳои зарурӣ назорати интизомро (дар сонияҳои аввалин) дуруст, самаранок ва ҷиддӣ ба роҳ мондан зарур аст.
- Якҷоя бо муаллими мактаб мушкилотро баррасӣ кунед: ба вай фаҳмонед, ки кӯдак маводи дарсиро бо қисм-қисмҳои хурдтар аз худ

карда метавонад, фавран ҳавасманд кардан, ба таври инфиродӣ диққат додани муаллим ба рафтори кӯдак дар синф, бодиққат шудани вайро таъмин мекунад, аз муаллим хоҳиш намоед, ки кӯдакро дар мизи пеш шинонад.

- Барои аз байн бурдани фаъолнокии барзиёдати кӯдакро ба варзиш, рақс ва дигар намудҳои корҳои ҷисмонӣ машғул созед.
- Бозиҳои мустақамкунандаи хотира (диққат) – «як, ду бигӯ», «руст-рустакон бо бозичаҳо» ва ғ.
- Дарсҳои гузаронед, ки пуртоқати ва сабру таҳаммулро инкишоф диҳанд: чамъ намудани пазлҳо, мозаикаҳо, кубикҳо ва ғ.
- Ҳамеша кӯдакро ҳавасманд гардонед.

АҚИБМОНИИ ЗЕҲНӢ

Ғ 70

Таъриф.

Ақибмони зехнӣ ҳолати таваққуф ё номукамал инкишоф ёфтани вазъияти рӯҳӣ (психика) аст, ки пеш аз ҳама ҳалалёбиҳои интеллектуалӣ, инчунин ҳалалёбии қобилияти нутқ, моторӣ, иҷтимоиро дарбар мегирад. Клиникаи ақибмони зехнӣ аз гурӯҳи ҳолатҳои аз ҷиҳати этиологӣ гуногунҷинсиро дарбар мегирад, ки дар асари нуқсонҳои қобилияти когнитивӣ синну соли адеквативии фаъолияти фардро дар чамъият ҳалалдор месозанд.

Аломатҳои клиникӣ - таъхисӣ:

Таснифи сатҳи инкишофи зехнӣ дар заминаи тамоми маълумотҳои (иттилоотӣ) дастрас асос меёбад ва ҷиҳатҳои зеринро дарбар мегирад.:

- маълумотҳои клиникӣ;
- дараҷаи мутобиқшавии рафтор бо назардошти хусусиятҳои этникӣ ва фарҳангӣ;
- натиҷаи мусбати озмоишҳои психомоторӣ.

Ғ 70. Ақибмони сабуки зехнӣ

- Доштани қобилияти нутқронӣ ҳангоми муошират.
- Мустақилияти пурра дар баҳши нигоҳубини (парастории) худ дар малакаҳои амалӣ ва ҳонагӣ.
- Мушкилот дар баҳши дарсзҳудкунӣ дар мактаб бинобар надоштани қобилияти фикрронии абстрактӣ: дар ҳудуди синфи 4-уми мактаби таҳсилоти умумӣ маълумот гирифта метавонад.
- Дар сурати номукамалии возеҳи эмотсионалӣ ва иҷтимоӣ надоштани қобилияти иҷро карда тавонистани талаботи ҳаёти оилавӣ ё тарбияи кӯдакон ва ғ.
- Имконияти кор пайдо карда натавонистан.
- Синну соли психикӣ дар хатми инкишоф ба 9-12-солагӣ рост меояд.

F 71. Ақибмони мӯътадили зеҳнӣ.

- Пурра инкишоф наёфтани нутқ.
- Ақибмони малакаҳои худхизматрасонӣ ва ҳаракатӣ (моторика).
- Азхудкунии малакаҳои оддитарини мактабӣ маҳдуд аст.
- Дар давраи болиғӣ қобилияти иҷро намудани амалҳои оддитарин дар сурати таъмини назорати тахассусӣ.
- Ҳаёти мустақилона номумкин аст ва ё хеле бо душворӣ ба даст оварда мешавад.
- Синну соли психикӣ ба 6-9-солагӣ мувофиқат мекунад.

F 72. Ақибмони вазнини зеҳнӣ.

- Инкишофи душвории ҳаракатӣ (двигателӣ).
- Нутқи ниҳоят камбағал (хушқу холӣ).
- Азхудкунии малакаҳои худхизматрасонӣ хеле маҳдуд ва ё номумкин аст.
- Имкониятҳои омӯхтани малакаҳои муошират хеле маҳдуданд (омӯзонидани суҳангӯӣ номумкин аст).
- Синну соли психикӣ ба 3-6 - солагӣ мувофиқат мекунад.

F 73. Ақибмони амиқи зеҳнӣ.

- Қобилияти минималии фаъолияти бахши сенсомоторӣ, шаклҳои рудиментарии муоширати ғайришифоҳӣ.
- Зарурати нигоҳубини дигарон (волидайн, доя, корманди муассиса).
- Зарурати ёрӣ ва назорати (муоинаи) доимӣ.
- Имконияти аз худ кардани малакаҳои нисбатан асосӣ ва оддитарини биноӣ – фазогӣ ҳангоми назорати адеквативӣ.
- Синну соли психикӣ камтар аз 3 сол аст.

Шикоятҳои аз ҷониби ҳешовандон пешниҳодшуда:

- Таваққуфи инкишофи малакаҳои нутқ (дер пайдо шудани овозҳо, калимаҳо).
- Аз ҳамсолон дар инкишофи ҷисмонӣ ва ақлонӣ ақиб мондан (на ҳамеша).
- Дарсазхудкунии суст ва ё тақрибан дарсҳои ҳамаи фанҳоро аз худ карда натавонистан.
- Мавҷуд будани ҳалалёбиҳои эмотсионалӣ ё рафторӣ (тарсу ваҳм, энурез, гиперактивият, ҳалалёбии рафтор ва ғ.).

Ташҳиси тафриқӣ

Беморӣ	Аломатҳои беморӣ
Ҳалалёбиҳои махсуси малакаҳои мактабӣ	дар раванди омӯхтани онҳо таваҷҷӯҳ зоҳир мекунад, кӯмаки дигаронро истифода мебаранд ва дар оянда таҳсилро аз рӯи барномаи оммавӣ идома дода метавонанд.

Халалёбиҳои органики астеникӣ бо паст шудани функсияҳои когнитивӣ.	Дар заминаи муолиҷа дар кӯдакон ҳамеша динамикаи мусбати дарсазхудокуни ба мушоҳида мерасад, бо калон шудани синну сол компенсатсияи (чуброни) пурраи дисфунксияҳои когнитивӣ мумкин аст.
Халалёбиҳои умумӣ дар кӯдакон: бо аутизми кӯдакона, синдроми Ретта, Геллер	Инкишофи аутизм маъмулан то 3 - солагӣ сар мешавад, аломатҳои он бошад, дар тамоми ҳаёт боқӣ мемонад. Аутизм метавонад, ки дараҷаҳои гуногуни фаъолиятро дарбар гирад ва аксаран бо таваққуфи инкишофи ақлонӣ (зеҳнӣ) алоқамандӣ дорад. Халалёбии фаъолияти иҷтимоӣ Халалёбии малакаҳои муошират Халалёбиҳои когнитивӣ Қобилияти ғайриоддӣ доштан ба бозиҳои рамзӣ (символикӣ) Халалёбии идроки эмотсионалӣ Мисли ҳамеша рафтори маҳдуд ва аҷоиб Рафтори стереотипӣ Халалёбии неврологӣ Оғозаш то 3-солагӣ Халалёбиҳои возеҳи рафтор.
Дементсияи эпилептикӣ (сустақлии сарӣ).	Маълумотҳо дар бораи раванди шиддатёбӣ (прогредиентӣ) ва интиқоли (трансформатсияи) пароксизмҳо, пайдо шудани хусусиятҳои мушаххас дар ҳислати одам- бераҳмӣ, гарданшаҳӣ, сустии изтироб (аффект), мавҷуд будани нишонаҳои неврологӣ.
Шизофрения	Маъмулан давраи инкишофи мӯътадил то 2-4-солагӣ дида мешавад, баъдан лаҳзаҳои кӯтоҳмуддати рафтори беасоси намуди таҳрирот ва минбаъд ташаккул ёфтани рафтори аномалӣ («рафтори аҷоиб», бозиҳои стереотипӣ махсусан бо ашӯҳое, ки барои бозӣ пешбинӣ нашудаанд, ҷудо будан, ба кӯдакон майли муошират надоштан, хоҳишҳои махсус ва ғ.) ва халалёбиҳои эмотсионалӣ.
«Бесомонии педагогӣ»	Дар кӯдаконе дида мешавад, ки дар шароити деприватсияи саҳт ва ё сепаратсия тарбия дода мешаванд. Дар шароити роҳат (беҳтар) ҷойгир кардани онҳо боиси компенсатсияи (чуброн кардани) «дефекти» зеҳнӣ мегардад.
Халалёбиҳои стрессии пасазсадамавӣ ё халалёбии мутобиқшавӣ (адаптатсия)	Ташҳиси халалёбии мутобиқшавӣ (бо халал ёфтани рафтор ва эмотсия) – ро ҳангоми мавҷуд будани халалёбиҳои рафтории клиникӣ, ки ба дигар халалёбиҳои махсус мувофиқат намекунанд ва агар алоқамандии ин халалёбиҳо бо таъсири стрессори психосотсиалӣ муқаррар карда шавад, баррасӣ хоҳад шуд.

МУОЛИҶА

Муолиҷаи ғайридоругӣ:

- Дар муассисаҳои махсусгардонидашудаи кӯдакона барои кӯдакони гирифтори ақибмондагии зеҳнӣ.

- Дар синфҳо ё мактабҳои махсуси ёрирасон, ки таълимро аз рӯи барномаи махсус (сабук) ба роҳ мемонанд.
- Табобати чамъбасти (ниҳой): бозиҳои, ки ба устуворгардони тавачҷӯҳ (диққат), инкишофи нутқ, тафаккур ва хотира нигаронида шудаанд.
- Табобати ҳаракатии ритмӣ- мусиқӣ.
- Арттерапия: машғулияти расмкашӣ бо рангҳо, кандакорӣ, часпонидани апплекатсияҳо.
- Усулҳои табобати рафторӣ дар шакли стимулятсиякунонӣ, шавқмандсозӣ ва маъқул дониستاني рафтори дурусти кӯдак.

Муолиҷаи доругӣ

Муолиҷаи доругӣ ҳангоми барқарорсозии (реабилитатсияи) кӯдакони гирифтори ақибмонии зеҳнӣ танҳо нақши ёрирасон ё иловагӣ дорад. Дар аксар мавридҳо ба беҳтарсозии заминаҳои интеллект ва оризаҳои аломатҳои нигаронида шуда, хусусияти симптоматикӣ дорад: рафторӣ, ҳалалёбиҳои рӯҳӣ (психотикӣ), энурез, ҳолатҳои ихтилоҷӣ (рагкашӣ) ва ғ.

Табибони оилавӣ ҳангоми гузоштани ташҳис бо ақибмонии зеҳнӣ беморонро ба назди мутахассис равона менамоянд.

Меъёрҳои самаранокии муолиҷа

- Вобаста аз вазнинии ақибмонии зеҳнӣ, масалан кӯдакони гирифтори ақибмонии мӯътадили ақлӣ ё зеҳнӣ малакаҳои худхизматрасонӣ – либос пӯшидан, либос кашидан, хӯрок хӯрдан бе ёрии дигарон, риоя намудани реҷаи рӯз, иштирок намудан дар бозиҳои оддӣ ва ғ.-ро азхуд менамояд.
- Дар кӯдакони дорои ақибмонии сабуки зеҳнӣ динамикаи мусбати азхудкунии малакаҳои мактабӣ: навиштан, хондан, ҳисоб кардан ба мушоҳида мерасад.
- Кам шудани возеҳии ҳалалёбиҳои рафтор, аз ҷумла гиперфаъолӣ, зӯроварӣ (агрессивӣ), таҳриқпазирии аффективӣ.
- Аз байн рафтани ҳолатҳои психотикӣ, мурағаттабии рафтор.
- Кам шудан ё тамоман барҳам хӯрдани пайдошавии дигар ҳалалёбиҳои рӯҳӣ: ҳалалёбии ҳоб, энурез, энкопрез, ҳолатҳои ихтилоҷӣ (рагкашӣ), ҳалалёбиҳои тикозӣ.

Нишондодҳо барои бистарикунонӣ:

- Гузаронидани ташҳиси тафриқии шаклҳои сабуки ақибмонии зеҳнӣ бо ҳалалёбиҳои махсуси инкишофи малакаҳои мактабӣ, ин ташҳисҳоро дар сатҳи амбулаторӣ на ҳамеша анҷом додан имконпазир аст.
- Аниқ кардани дараҷаи инкишофи номукаммали интеллектуалӣ: ақибмонии сабук ё мӯътадили зеҳнӣ. Дар ҳолати ақибмондагии мӯътадили мувофиқи фармони Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли аз 7.01.2012, №9 “Оид ба татбиқ намудани қарори

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2 октябри соли 2012, №543 “Дар бораи Номгӯи нишондодҳои тиббӣ, ки ба кӯдакони маъҷубӣ то 18-сола ҳуқуқи гирифтани нафақаи иҷтимоӣ медиҳанд” барои кӯмаки моддӣ ҳуҷҷат пур карда мешавад.

- Аниқ кардани дараҷаи инкишофи номукаммали интеллектуалӣ ҳангоми мавҷуд будани нуқсонҳои ҳамроҳшавандаи сенсорӣ (гӯшвазнӣ, ношунавоӣ, заъфи биноӣ ё нобиноӣ).
- Халалёбиҳои возеҳи рафторӣ (серфаъолӣ бо нуқсони тавачҷӯх, зӯроварӣ, рафтори асотсиалӣ, аз хона рафтан, оворагардӣ, дуздӣ ва ғ.), ки ҳузури кӯдакро дар мактаб, муассисаҳои томактабӣ, ҳавлӣ, хона мушқил месозад.
- Пайдо шудани феноменҳои рӯҳӣ дар заминаи ақибмондагии зеҳнӣ (галлютсинатсия, тарсу ваҳми зиёд, таҳриқпазирӣ, ақидаҳои ҳазёнмонанд).
- Мавҷуд будани дигар халалёбиҳои рӯҳӣ: халалёбиҳои возеҳи ихтилоҷӣ (тикозӣ), энурез, энкопрез, ҳолатҳои ихтилоҷӣ.

МАЪЛУМОТ БАРОИ ОИЛА

- Шурӯъ намудани омӯзиш дар синни барвақти хурдсолӣ имконият медиҳад, ки кӯдакони гирифтори ақибмонии зеҳнӣ мустақилияти зарурӣ ва малақаҳои худхизматрасониро аз худ намоянд.
- Кӯдакони гирифтори ақибмонии зеҳнӣ қобилияти дилбастагӣ ва дӯст доштанро доранд.
- Имкониятҳои дарккунии кӯдакон маҳдуд аст, вай муоширати онро бо ҳамсолон ва ё мутобиқшавӣ (адаптатсия) дар мактабро душвор месозад.
- Кӯдакро (синни томактабӣ) ба муассисаҳои томактабии махсус додан беҳтар аст.
- Кӯдаки синни мактабии дорои ақибмонии зеҳнӣ аз рӯи барномаи махсус ё иловагӣ таълим додан беҳтар аст, то ин ки дар оянда халалёбиҳои эмотсионалӣ ва рафторӣ пешгирӣ карда шаванд.
- Аз маломату сарзанишҳои байниҳамдигарии волидайн худдорӣ кунед.
- Дастгирии эмотсионалӣ намоед.
- Қобилияти расмкашӣ, гачкорӣ, дӯзандагӣ ва сурудхониро тақмил диҳед.
- Бозихоро ташкил намоед, ки барои инкишофи устувории тавачҷӯх (диққат), инкишофи нутқ, фикрронӣ ва хотира мусоидат кунанд.
- Кӯдакро ба рақс ва дигар бозихҳои серҳаракат машғул доред.
- Якҷоя бо кӯдак ба расмкашӣ бо рангҳо, кандакорӣ ва ширеш кардани апликацияҳо машғул шавед.
- Кӯдакро ҳавасманд созед.

РӯҲАФТОДАГӢ (ДЕПРЕССИЯ)

РӯҳафтодагӢ (депрессия) (аз калимаи лотинӣ *deprimo*— «зер кардан», «сиёҳ кардан») — ин ихтилоли равонӣ, ки бо «сегонаи руҳафтодагӢ» тасвир меёбад: пастшавии табъ ва вайроншавии маҳорати азсаргузаронии хурсандӣ (ангедония), тафаккур суст, сустии ҳаракат.

Ба меъёрҳои асосӣ дохил мешаванд:

- Пастшавии табъ
- Пастшавии (талафот) шавқу ҳавас ва қобилияти хурсандӣ аз фаъолияти ҳаррӯза.
- Пастшавии фаъолнокии назаррас, баландшавии (возеҳи) хасташавӣ, пастшавии Ҷисмонӣ, махсусан, иқтидори кори равонӣ, хастагии музмин.

Меъёрҳои иловагӣ:

- Пастшавии қобилияти мутамарказкунонӣ ва диққат;
- Пастшавии худбаҳодиҳӣ ва ҳисси боварӣ ба худ;
- Фикрҳои гунаҳгоркунонӣ ва пастзанӣ;
- Нигоҳи пессимистии оянда;
- Намудҳои гуногуни вайроншавии хоб (барвақт бедор шудан, ё ин, ки хоболудии зиёд);
- Гум шудани иштиҳо ва камшавии вазни бадан (на камтар аз 5% аз вазни умумии бадан дар як моҳи охир);
- Фикрҳо ва ҳаракатҳо оиди худзараррасонӣ ё ин, ки худкушӣ (фикрҳои такроршаванда оиди марг, худкушӣ ва худзараррасонӣ).

Таснифот аз рӯи зинаҳои рӯҳафтодагӢ (ТББ-10).

Зинаи рӯҳафтодагии сабук: Бояд қайд намуд, ки ду аломат аз меъёрҳои асосӣ ва ду аломат аз меъёрҳои иловагӣ, ки дар давраи на камтар аз ду ҳафта бетанаффус боқӣ мемонанд

Мизоҷ дар иҷроиши фаъолияти худ мушкилӣ ҳис мекунад ва маҷбур мешавад, ки барои иҷроиши ўҳдадорихо дар ҳаҷми пурра кӯшиши иловагии иродавӣ ҳамроҳ намояд.

Мизоҷ ба ҳолати худ дар ташвиш мебошад.

Аломатҳои алоҳидаи соматикӣ ба қайд гирифта мешаванд (дарди сар, дард дар мавзеи эпигастралӣ ва ғайраҳо).

Зинаи руҳафтодагии миёна: давомнокии на камтар аз 2 ҳафта. Беморон дар фаъолияти ҳаррӯза хеле мушкилӣ ҳис мекунанд, аммо пурра фаъолиятро қатъ наменамоянд.

Чун қоида, аломатҳои соматикӣ ва афферкт ба қайд гирифта мешаванд,

ки бо ҳамроҳшавии Ҷудошавии иҷтимоӣ ва вобаста ба ин ташхиси тафриқи хеле мушкил шарҳ дода мешавад.

Зинаи рӯҳафтадагии вазнин: Барои ташхиси зинаи рӯҳафтадагии вазнин бинобар сабаби вазниншавии аломатҳо ва хатари худкушӣ (на камтар аз 2 ҳафта), мӯҳлати қайди аломатҳо кӯтоҳ мешаванд. Мизоҷ аз ӯҳдаи фаъолияти муқаррарии ҳаррӯза баромада наметавонад.

Аффекти возеҳи соматикӣ зинаи «витализатсия» мегирад (яку якбора пастшавии вазн, пурра гум шудани иштиҳо, беҳаракатӣ, бепарвоӣ нисбати гирду атроф, диз-ё ин, ки аменорея) зинаи рӯҳафтадагии вазнин метавонад дар чунин шаклҳо ҷорӣ шавад: бе ва ё ин, ки бо аломатҳои равонӣ.

Ба аломатҳои равонӣ хос аст:

- фикрҳои ҳазёнии гунаҳгоркунӣ, пургуноҳӣ, ҳазёни нигилистӣ ва ғайра,

- ихтилоли идрок дар намуди ихтилоли галлюцинаторӣ (овозҳои айбдоркунанда, буйҳои турбат ё ин, ки пушиш, уфунат);

- ихтилоли ҳаракатӣ – беҳаракатӣ, то худӣ қаракати (ступор), баъзе ҳолатҳо раптуси меланхолия (ҳаяҷоннокии ноҷо).

Рӯҳафтадагии калон— алоими (синдроми) рӯҳафтадагии калон ва ё раванд аз панҷ ва ё зиёда аз 9 аломатҳои зерин ҷараён мегиранд, ки бисёр вақт қариб ҳама рӯза ва дар давоми ду ҳафта мунтазам ба назар мерасанд. Дар навбати худ яке аз аломатҳо ин пастшавии табъ, ё ин, ки гум шудани шавқ ё қобилияти гирифтани хурсандӣ.

- Пастшавии табъ
- Гум шудани шавқ ва қобилияти гирифтани хурсандӣ аз фаъолияти ҳаррӯза
- Беҳобӣ ва ё хоболудӣ
- Тағйирёбии иштиҳо ва вазн
- Камҳаракатии психомоторӣ ва ё ҳаяҷоннокӣ
- Пастшавии қувва

Алгоритми ташхис

Гузоштани ташхис хусусияти комплексӣ дорад ва иборатанд:

- Маълумотҳои гирифташуда ҳангоми сӯҳбат, шикоятҳо, ки мизоҷ мустақилона ё ин ки дар сӯҳбат пешниҳод намудааст

• назорат аз рӯи намуди зоҳирӣ ва рафтори мизоҷ (чехра – “маска депрессии” (ниг. ба поён), тарзи нишаст, суръат ва ҳаҷми ҳаракат, сару либос ва ғайраҳо)

• маълумотҳои анамнезӣ (мавҷуд будани омилҳои стрессӣ, ки ба сабаби пастшавии табъ оварда расонидааст, дар гузашта мавҷуд будани даврони пастшавии табъ, маълумотҳо оиди дар ирсият вуҷуд доштани вайроншавиҳои аффеक्टивӣ, эҳтимолияти ҳаракатҳои худкушӣ ва фикрҳои худкушӣ дар мизоҷ ва ё ҳешовандони наздик, мавҷуд будани ихтилолҳои

Чиддии соматикӣ ва ё симптомҳои махсусан вазнин ва ғайраҳо).

- Баҳодихи аз рӯи ҷадвали PHQ-9.

Ташҳиси тафриқӣ

Мушкилиҳо дар ташҳиси тафриқӣ ба якҷанд омилҳо алоқаманд мебошанд:

- Раванди ғайримуқаррарии депрессияи муосир, вақте ки шикоятҳо ба пастшавии таъб аз тарафи мизоҷон пешниҳод намешаванд.

- Хусусиятҳои ниқобии депрессия, вақте ки дар намуди аломатҳои соматикӣ ё дардмандӣ (алгические) дар мавзӯҳои гуногун зуҳур меёбад.

- Фикрҳои гунаҳгоркунӣ, канорагирии иҷтимоӣ, пастшавии худбаҳодиҳӣ ва рад намудан ба кӯмак оварда мерасонад.

- Пинҳон намудани нишонаҳои депрессия мумкин аст ба пайдо шудани стигмаи ихтилоли равонӣ алоқамандӣ дошта бошад.

- Ташҳиси тафриқӣ бо шизофрения ҳангоми мавҷуд будани аломатҳои: талафёбии бодикқатӣ (набудани ҳавасмандӣ, сустӣ, набудани хоҳиш ва иҷрои фаъоли намудҳои гуногуни корҳои хонаводагӣ) ва эҳсосотӣ (зиёдшавии беэҳсосӣ, баландшавии остонаи аксуламалҳои эҳсосӣ, чи мусбат ва чи ҳодисаҳои берунаи манфӣ). Қайди маҷмӯи аломатҳои боқимондаи депрессия маънии асосӣ онро доранд. Дар навбати худ ҷои муҳимро дар ташҳиси тафриқӣ аломатҳои асосии шизофрения ва маълумотҳои анамнезӣ дар бораи дар ирсият мавҷуд будани беморӣ қайд карда мешавад.

- Ташҳиси тафриқӣ бо деменция дар сурати мавҷуд будани аломатҳо: коҳишёбии сарфаҳмравӣ, пастшавии хотира ба ҳодисаҳои ҷорӣ, коҳишёбии дуруст дарк намудани ҳодисаҳои ҳаётии содда, пастшавии ҳавасмандӣ пешбинӣ менамояд, ки зарурияти ташҳиси тафриқии депрессия ва норасоии возеҳи интеллект ба анҷом расонад.

- **Бо ихтилолҳои депрессияи дар заминаи органикӣ (F06.32).**

Ба ғайр аз ин, муайян намудани аломатҳои дигари органикӣ мағзии дисфунксиявӣ (пастшавии функцияи ҷамъоварии хотира, ихтилолҳои вестибулярӣ, пастшавии коршоямӣ, аломатҳои вегетативии норасоии хунгардиши мағзи сарӣ) муҳим мебошад.

Табобати психологӣ. Бештар психотерапияи байнишахсиятӣ нишондод дорад. Психотерапия дар як қатор ҳолатҳо самараи барвақтӣ медиҳад, оризаҳо ва таъсири манфӣ нисбат ба фармакотерапия надорад, ба ислоҳ намудани омилҳои ба вуҷудоваранда равона карда шудааст (мисол, вайроншавии дисгармонияи оиладорӣ ва ғайра). Аммо ҳангоми намудҳои сабуки депрессия ҳамчун интихобӣ баррасӣ карда шаванд, дар мавриди депрессияи эндогенӣ нақши он паст мешавад.

Таботати доругӣ

Номгӯи ғайрипатентии байналмилалӣ	Вояҳои пасти терапевтӣ (мг./шабонарӯз)	Вояҳои миёна (мг./шабонарӯз)	Вояҳои максималӣ (мг./шабонарӯз)
Антидепрессантҳои трициклӣ (ТЦА) Амитриптилин	25-75, д/в 25-50	75-200; д/в 75-100	225-400; д/в 125-150
Кломипрамин	25-75; д/в 25-50	100-225; д/в 75-100	250-300; д/в 100-150
Ингибиторҳои селективии дастгирии бозгашти серотонин (СИОЗС)			
Флуоксетин	20	20	40-80
Карбамазепин	200-300	400-600	800-1000

Муҳим! Ҳангоми ҳомиладорӣ, асосан дар давраи семоҳаи аввали ҳомиладорӣ, таъиноти ҳамаи гурӯҳҳои химиявии антидепрессантҳо ғайринишондод мебошад. Дар мӯлатҳои дери ҳомиладорӣ таъиноти СИОЗС, танҳо дар ҳолати зарурӣ, инфиродӣ ва дар ҳар ҳолати алоҳида мумкин аст. Ҳамин маҳдудиятҳо ба давраи синамаконӣ низ дахл дорад. Дар ҳолати ихтилоли вазнини депрессия вояҳои стандартии терапевтӣ фақат баъди гузаронидан ба ғизодиҳии сунӣ тавсия дода мешавад.

Ҳолати мизоч на камтар дар ду ҳафта дар давоми 6-8 ҳафтаи аввал баъди марҳилаи нави таботати доругӣ бояд баҳогузорӣ карда шавад. Инро дар қабули марказҳои тиббии оилавӣ метавон амалӣ кард.

Бо сабаби муҳимияти миқдори таъсири манфӣ ва ҳатто оризаҳои маводҳои доруворӣ гурӯҳҳои антидепрессантҳои трициклӣ барои мутахассисоне, ки дар соҳаи солимии равонӣ сару кор надоранд, дар шароити амбулаторӣ, ҳангоми намудҳои сабуки рӯзҳафтадагӣ, вояҳои ками таботатӣ тавсия дода мешаванд. Дар ин маврид истифодаи СИОЗС ва СИОЗСН ҳамчун афзалият барои бештар дар намудҳои на он қадар ҷуқури дистимияи соматикӣ ва пинҳонӣ, ки бештар дар таҷрибаи мутахассисони тиббии оилавӣ

Чой доранд, истифода бурдан мумкин аст

Алгоритми табобати доруғии ихтилолҳои рӯҳафтадагӣ дар дараҷаҳои гуногун:

- Вобаста бо дараҷаҳои шадидияти рӯҳафтадагӣ ва хассосияти инфиродӣ, айни замон маводҳои монотерапияи беҳтарини силсилаи якум (гурӯҳи А) тавсия дода мешавад. Дар сурати кофӣ набудани натиҷаи табобат- вояҳои табобатиро зиёд намудан зарур мешавад

- Дар ҳолати тобоварии табобатии нишонаҳо- гузаштан ба қабули маводҳои гурӯҳи Б.

Гурӯҳи А. Ҳангоми табобати рӯҳафтадагӣ дар зинаи муосир маводҳои ингибиторҳои селективии дастгирии бозгашти серотонин (СИОЗС) (сатҳи далелнокӣ А). Натиҷабахшии маводҳои ин гурӯҳ дар муқоиса бо антидепрессантҳои тритсиклӣ камтар мушоҳида карда мешаванд. Аммо афзалияти маводҳои ин гурӯҳ дар поён зикр гардида, бо муқоисаи антидепрессантҳои гурӯҳи химиявии дигар, миқдори ками таъсири манфӣ иҷозат медиҳад. СИОЗС ҳамчун маводҳои катори якум барои табобати депрессияи сабук ва миёна дар шароити амбулаторӣ чи барои табибони оилавӣ ва чи барои психотерапевтҳои МТО (ЦСМ) ҳамин ҷо дар оянда «дар шароити амбулаторӣ» тавсия барои табибони оилавӣ ва психотерапевтҳои МТО (ЦСМ) маънидод карда мешавад.

Гурӯҳи ИСДБС (СИОЗС)	
Афзалият	Камбудӣ
1. Ҳассосияти хуб ва беҳатарӣ дар истифода	1. Арзиши баланди маводҳои ин гурӯҳ, барои дарозмуддати ҷараёни табобат аҳамият ва мушкилии хусусияти моддӣ дорад
2. Миқдори ками таъсири манфӣ: набудани таъсири манфии марказӣ ва холинолитикии марказӣ, захролуд накардани дил (некардиотоксичность)	2. Давраи пушидаи дароз (на камтар аз 3 ҳафта)
3. мутобиқат: метавонанд бо ҳамаи маводҳои психотропӣ ва маводҳои табобатӣ мутобиқат кунанд (ба ғайр аз ингибиторҳои МАО)	3. Набудани шаклҳои парентералӣ, дар ҳолатҳои фаврӣ зарур (ҳолатҳои вазнин, хавфи баландии худкушӣ) Камтар будани самараи асосии табобатӣ (антидепрессивӣ) Мавҷудияти муқоисавии якҷанд таъсири манфӣ: асосан бо вайроншавии системаи узвҳои ҳозима - дилбеҳузурӣ, дамиш, анорексия, дарунравӣ ва ғайраҳо. Самараи фаъолкунандаи
4. осонӣ дар таъинот: зарур набудани вояҳои табобатӣ ва нигоҳдоранда.	

Мумкин истифодаи васеъ дар таҷрибаи амбулаторӣ ҳангоми намудҳои сабуки депрессия.	флуоксетин дар баъзе ҳолатҳо ваҳму воҳимаро тақвият медиҳад
---	---

Намояндаҳои асосии гурӯҳҳо

Флуоксетин. Маводи якуми синтетикӣ аз ин гурӯҳ. Хусусияти ин дар он аст, ки натиҷаи фаъолкунанда дорад.

Вояи асосии табобатӣ- 20 мг. дар ҳолати зарурӣ вояро то 80 мг зиёд намудан мумкин аст.

Маводро як маротиба дар нимаи аввали рӯз таъин мекунанд, новобаста аз қабули ғизо (бинобармушкилии хобравӣ). Ҳангоми «рӯҳафтадагии калон», махсусан бо хатари баланди суицидалӣ, истифодаи мавод бағоят мушкил мебошад. Дар навбати худ, беҳатари баланд ва хассосияти хуб дар шароити амбулаторӣ ҳангоми депрессия бо компонентҳои астеникӣ, ҳамчунин дар намудҳои сабуки ихтилоли равонӣ (воҳимаи тез-тез, ихтилолҳои соматикимонанд) истифодаи васеъ бурда мешавад. Афзалияти ин мавод ҳамчунин натиҷаи аноректикӣ дар вояҳои 40-60 мг миёнаи шабонарӯзӣ мебошад.

Муҳлати беҳтарини табобат 12 моҳ. Бо назардошти тавсияҳои байналмиллалӣ антидепрессантҳо бояд на камтар аз 6-8 моҳ бе танаффус дар ҷараёни аввали депрессия ва дуру дароз баъди ҷараёни такрории депрессия тавсия дода мешаванд. Барои бисёр мизоҷон, ки 3 ва зиёда аз он ҷараёни депрессияро аз сар гузаронидаанд, қабули антидепрессантҳо дар давоми 2 сол ва зиёда аз он тавсия карда мешавад.

Гурӯҳи Б. Антидепрессантҳои трицикли (сатҳи далелнокӣ А).

Амитриптилин. Нишондод: доираи васеи ихтилолҳои депрессияҳо, дар якҷоягӣ бо депрессия, аломатҳои равонӣ ва ё бо хатари баланди худкушӣ.

Ғайринишондод: аденомаи простата, глаукомаи кунҷмаҳкам, норасоии дилу рағҳо, ҷигар ва гурдаҳо, бемори захми меъда, бемории саръ.

Таъсири манфӣ:

- марказӣ (сустӣ, хоболудӣ, пастшавии мутамарказонии диққат, пастшавии хотира, миорелаксатсия);
- марказии холинолитикӣ, бештар дар ин мавод зиёдтар аст (вайроншавии аккомодатсия, атонияи масона, хушкшавии даҳон, дискинезияи рӯдаҳо ва қабзияти устувор, дар ташвиш шудан (эҳсосот баланд шудан), вайроншавии шуур, делирий);
- таъсири манфӣ ба кори дил (вайроншавии ритми дил);
- ихтилолҳои эректилӣ ва эякуляторӣ,
- зиёдшавии вазни бадан,
- гипотензияи ортостатикӣ.

Вояи шабонарӯзӣ инфиродӣ ва вобаста ба вазнинии депрессия ва

зухуроти таъсири манфӣ интиҳоб карда мешавад ва аз 25 то 150 мг тағйирёбанда мешавад. Вояи ибтидоӣ 50 мг. Қатъ намудани мавод ҳам тадриҷан гузаронида мешавад. Мӯҳлати минималии табобат одатан 3-4 моҳ дар вояи табобатӣ ва баъдан 3 моҳ-дар табобати нигоҳдоранда ташкил медиҳад.

Барои табибони оилавӣ дар шароити амбулаторӣ ҳангоми намудҳои сабук, ғайримуқаррарӣ ё намудҳои соматикӣ депрессия вояҳои табобатии паст (25-75 мг) бо назардошти таъсири манфӣ.

Кломипрамин айни замон ҳамчун мавод, ки натиҷаи антидепрессивии бештар дорад, муайян карда мешавад. Доираи нишондод ва ғайринишондод, сатҳи вояҳои табобатӣ тахминан ба амитриптилин монанд мебошад.

Дар ҳолати мутобиқшавӣ ба маводҳои асосӣ (ТЦА, СИОЗС) мизочро бояд ба мутахассис психиатр раво намудан лозим аст.

4. Тавсияҳои дастурӣ барои табибони оилавӣ оиди кор бо оила.

4.1. Кор ба ҳешовандони мизочон бо рӯҳафтадагӣ

Ҳатман ҳешовандон ва худ мизочро зарур аст бо дастрасӣ аз рӯи ҷанбаҳои зерини рӯҳафтадагӣ огаҳӣ намуд:

■ Депрессия вайроншавии эҳсосоти кофии паҳнғашта дар байни аҳоли аст ва ҳамчун ихтилоли амиқи равонӣ шарҳ дода наметавонад. Дар бисёр мавридҳои фарогир рӯҳафтадагӣ бо омилҳои беруна алоқамандӣ дорад (зарари органикӣ мағзи сар ва ғайра), бинобар ҳамин метавонад ба ҳам одамон пайдо шавад. Рӯҳафтадагӣ дар ин ҳолат хусусияти муваққатӣ, вазъияти ба амал омада сабаб шудааст дорад

■ Дар замони муосир рӯҳафтадагӣ дар бисёр ҳолатҳо бо антидепрессантҳои муосир самарабахш табобат карда мешавад. Ин гурӯҳи маводҳо вобастагии химиявӣ намедиханд, хуб таҳаммулпазир ва дар қабул беҳатар аст. Аммо ҳатман бояд оиди мавҷудияти давраи пушида хабар дода шавад (вақти ҷамъшавии концентрацияи табобатӣ дар хун барои зухуроти самарайи табобатӣ), зарурияти иҷрои қатъии тавсияи табиб нисбати вояҳои шабонарӯзӣ ва давомнокии табобат, мунтазами қабул намудани маводи таъин карда шуда.

■ Депрессия идроки воқеии гирду атрофро тағйир медиҳад (мизоч муҳитро ҳамчун беояндадор, бадбахтона, хокистаранг мебинад), сатҳи фаъолнокӣ, оҷизии иҷтимоиро ташкил медиҳад ва дар охир мумкин аст дасткашӣ аз кумаки шифохӣ орад, махсусан ҳангоми мавҷуди аломатҳои возеҳи рӯҳафтадагӣ («Меҳоҳам, ки хама манро ба холи худ гузоранд, ҳеҷ чиз кардан намехоҳам, қувва надорам»). Бештар, аз он, кумак, иштирок ва дастгирии эҳсосӣ аз тарафи наздикон зарур аст, ки дар ин бора худ мизочон

баъд аз баромад аз ҳолати рӯҳафтадагӣ мегӯянд.

■ Хешовандон бояд оиди эҳтимолияти хатари худкушӣ хабардор бошанд. Ҳангоми пайдошавии изҳорӣ ба монанди: «хеле мушкил, ки намехоҳам зиндагӣ кунам; агар ман мурам, ба ҳама осонтар мегардад; ҳама умедвор аст; чаро бояд чунин бошад ва ғайраҳо», фавран бояд ба табибон психиатрҳо ва ё психотерапевтҳо муроҷиат намуд.

■ Пастшавии фаъолнокӣ ва водоршавӣ (побуждений) ба вайроншавии речай қабули доруворӣ оварда мерасонад. Бинобар ҳамин вазифаи муҳими хешовандон ин назорати ҳаррӯзаи қабули дорувориҳои аз тарафи табиб таъиншудаи антидепрессантҳо мебошад.

■ Монда шудан ва набудани хоҳиши ягон кореро анҷом додан инҳоро ҳамчун вайроншавии рафтор ва танбалӣ бояд қабул накард, фаҳмидан ва дастгирӣ аз тарафи хешовандон бағоят муҳим мебошад. Чунин ҳолатҳо муваққатӣ буда, бо андозаи пастшавии аломатҳои рӯҳафтадагӣ мегузаранд.

Риояи речай табобати доругӣ — бемороне, ки табобати антидепрессантҳо мегиранд, пеш аз оғози табобат оиди масъалаҳои зерин бояд фаҳмонидан лозим аст:

• Қабули маводро бе машварати табиби таъин намудаи табобат қатъ накунанд

• Аз лаҳзаи оғози табобати доругӣ то бехшавии аломатҳои клиникӣ мумкин ду – се ҳафта гузарад.

• Таъсири манфии барвақтӣ, ба монанди асабонӣ шудан, дарди сар ва ихтилолҳо аз тарафи меъда, рӯзҳои аввали табобат мушоҳида мешаванд, вале дар раванди табобат баъди як ҳафта бартараф мешаванд.

• Барои он, ки такроршавии барвақтӣ бартараф карда шавад, муҳим аст, ки давраи табобатӣ бо антидепрессантҳо гузаронида шавад (одатан аз 6 то 12 моҳ), ҳатто агар аломатҳо дар моҳи аввал нест шуда бошанд ҳам.

• Агар таъсири манфӣ ё саволҳо оиди речай қабули маводҳо зарур шавад, ҳамеша бояд бо табиб дар тамос бошанд.

4.2. Меъёрҳои натиҷабахши табобат.

• Ба таври муайян бехтаршавии таъб, хубшавии иштиҳо, пайдошавии шавқу ҳавас.

• Баландшавии фаъолнокӣ дар фаъолияти ҳаррӯза.

• Барқароршавии коршоямии ҷисмонӣ ва равонӣ, иҷроиши имкониятҳои одатан таҳассусӣ ва уҳдадорихои иҷтимоӣ-маишӣ.

• Баландшавии худбаҳодиҳӣ ва ҳисси боварӣ ба худ, пайдошавии

нигоҳи мусбӣ ба оянда.

- Пастшавии канораҷӯӣ, ҷудошавии иҷтимоӣ, пайдошавии хоҳиши муносибат ва алоқа бо наздикон ва шиносҳо, шавқу ҳавас ба корҳои ҳаррӯза.
- Барқароршавии речаи муқаррарии хоб барои мизоч ва қабули хурок.

4.3 Меъёрҳо барои раво намудан ба табиб равопизишк ё бистарӣ намудан дар беморхонаи махсусардонидашудаи равоӣ.

- Ҳангоми суҳбат муайян намудани нақша ва майли худкушӣ доштаи мизоч бо рӯҳафтадагӣ новобаста аз дараҷаи зоҳирёфтаи вай.
- Ошкор намудани рӯҳафтадагии вазнин аз руи меъёрҳои таҳлили ТББ-10 ҳангоми будан ё набудани аломатҳои равоӣ.
- Зиндагӣ намудани мизоч дар алоҳидагӣ ё мавҷуд набудани алоқаи иҷтимоӣ.
- Мавҷуд набудани натиҷаи табобати гузаронидашуда, мувофиқи нақшаи табобати дар боло зикргардида.
- Ба аломатҳои рӯҳафтадагӣ, ҳамроҳшавии ихтилолҳои дигари равоӣ (ипохондрия, воҳима, ҳамлаҳои тарсу ҳарос ва ғайраҳо).
- Дар ҳолати муайян кардани душвориҳо дар таҳлил ва таҳлили тафриқии ихтилолҳои намудҳои рӯҳафтадагии ғайри муқаррарӣ, пинҳонӣ.

ПСИХОЗҲО

Халалёбиҳои психотикии шадид ва транзиторӣ

F 23

Таъриф:

Халалёбиҳои психотикии шадид ва транзиторӣ – ин ҳолатҳои муваққатии дар заминаи изтиробии шадид ба таври шадид саршаванда аст, ки аз ҷиҳати клиникӣ бо симптомҳои психотикӣ (ҳазён, галлютсинатсия, тағйироти назарраси рафтор) зоҳир мешавад.

Таснифот.

F 23 Халалёбиҳои психотикии шадид ва транзиторӣ

F 23.0 Халалёбиҳои шадиди полиморфии психотикӣ бе аломатҳои шизофрения.

F 23.1 Халалёбиҳои шадиди полиморфии психотикӣ бо аломатҳои шизофрения.

F 23.2 Халалёбиҳои шадиди шизофренимонандии психотикӣ.

F 23.3 Халалёбиҳои шадиди дигари асосан ҳазёнии психотикӣ.

F 23.8 Дигар халалёбиҳои шадиди транзитории психотикӣ.

F 23.9 Дигар халалёбиҳои психотикии шадид ва транзитории аниқношуда.

Барои нишон додани вучуд доштан ё надоштани изтироб шадид аломати панҷумро истифода кардан мумкин аст:

Зухуроти клиникӣ.

Меъёрҳои ташхисӣ.

- Оғози давраи шадид, дар давоми 2 ҳафта ё камтар. Аз ҳолати бе аломати психотикӣ гузаштан ба ҳолати возеҳи патологӣ дорои ҳазён, галлютсинатсия, нутқи нофаҳмо ва канда-канда, ки ҷудогона ё дар якҷоягӣ бо дигар аломатҳо пайдо мешаванд. Мавҷуд будани аломатҳои зуд-зуд тағйирёбанда ва гуногуни клиникӣ, ки ҳамчун «полиморфӣ» нишон дода мешаванд, галлютсинатсияи узвҳои ҳис, ғояҳои ҳазёнии мазмунан гуногунноустувор ва тағйирёбандаанд, рӯз аз рӯз ё соат ба соат
- тағйир меёбанд, бо озорҳои шадиди эмотсионалӣ (хушбахтӣ, таҳлука, экстаз, агрессия) ҳамроҳ чараён доранд.
- Мавҷуд будани якҷояшавии стресси шадид бо пайдошавии психоз. Аввалин аломатҳои психотикӣ дар давоми 2 ҳафта пас аз руҳ додани як ё якчанд ҳодиса пайдо мешаванд, онҳоро барои аксари одамон дар ҳамин гуна ҳолатҳо ё дар муҳити атроф ҳамчун ҳолати стрессӣ меҳисобанд (аз даст додани шахси наздик, аз даст додани ҷойи кор, ҷудо шудан аз ҳамсар, амалиётҳои ҳарбӣ ва ғ.) мушкilotҳои тӯлонӣ ва мушкilotҳо дар ин доира ҳамчун ҳолати стрессӣ ҳисобида намешаванд.
- Шифоёбии комил, маъмулан, баъди якчанд рӯз ё дар давоми 2-3 моҳ ба амал меояд. Ба меъёри (критерияи) муваққатӣ вазнинии ҳолати бемор не, балки возеҳ будани аломатҳои психотикӣ дахл доранд, вақте ки онҳо ақаллан баъзе ҷанбаҳои ҳаёти рӯзмарро ҳалалдор созанд.
- Набудани сабабҳои органикӣ, ки боиси ҳалалёбӣ шуда метавонанд.
- Набудани захролудшавӣҳои вазнинӣ дар натиҷаи моддаҳои психоактивӣ пайдошаванда, аломати тобешавӣ ва ё ҳолати ивазкунӣ. Мунтазам ба ҳамон як миқдор истеъмол кардани машрубот ё намуди дигармаводи муҳаддир (истеъмоли маъмулӣ) худ ба худ пайдошавии ҳалалёбиҳои шадид ва транзитории психотикиро истисно намекунад.
- Набудани меъёрҳои ташхисии лаҳзаҳои маниакалӣ ва депрессивӣ ё ҳалалёбии руҳафтадагии давомдор.

Ғ 23.0 Ҳалалёбиҳои шадиди полиморфии психотикӣ бе аломатҳои шизофрения.

Барои гузоштани ташхис меъёрҳои умумии ташхиси ҳалалёбиҳои шадид ва транзитории психотикиро ба ҳисоб гирифтани зарур аст. Аломатҳои клиникӣ чунин хусусиятҳоро доранд:

- Аломатҳо ҳам аз рӯи намуд ва ҳам аз ҷиҳати давраи шадид рӯз то рӯз ва ҳатто дар давоми як шабонарӯз зуд тағйир меёбад.
- Будани якчанд намудҳои ҳазён ё галлютсинатсия зарур аст.

- Ҳолати ноустувори эмотсионалӣ (изтиробӣ эмотсионалӣ, таассуроти хушбахтӣ ё хурсандии зиёд, эҳсосоти таҳлука бо таҳриқоти ниҳоят зиёд, ё бардурӯғ шинохтани одамон ё макон, ғайриодилоқии барзиёд ва ё ками ҳаракатӣ.
- Аломатҳои асосии шизофрения, ба монанди акси (эҳои) фикр, ошқорӣ фикрҳо, баргузоштан ё баргирифтани фикрҳо, ҳазёни таъсирот бо автоматизмҳои идеаторӣ, моторӣ ва аффективии психикӣ, псевдогаллюцинатсияи шифоҳии императивии шарҳдиҳанда.

F 23.1 Халалёбиҳои шадиди полиморфии психотикӣ бо аломатҳои шизофрения.

Барои гузоштани таҳхис меъёрҳои умумии таҳхиси халалёбиҳои шадид ва транзиторӣ психотикӣ ба ҳисоб гирифтани зарур аст. Аломатҳои клиникӣ дорои чунин хусусиятҳо мебошанд:

- Аломати клиникӣ полиморфии ноустувор
- Дар қисми зиёди давраи беморӣ мавҷуд будани аломатҳои асосии шизофрения:

- акси фикрҳо, ошқорӣ фикрҳо, баргузоштан ё баргирифтани фикрҳо,
- ҳазёни таъсир бо автоматизмҳои идеаторӣ, моторӣ ва аффективии психикӣ,
- псевдогаллюцинатсияи шифоҳии императивии шарҳдиҳанда.

Эзоҳ: агар аломатҳо зиёда аз як моҳ мавҷуд бошанд, пас таҳхис бояд ба шизофрения тағйир дода шавад.

Шикоятҳо

- **Аз ҷониби бемор**

Бинобар хусусиятҳои махсуси психотикӣ дар беморон аксар вақт танқид намудани ҳолати худ ба назар намерасад, яъне онҳо одатан аз ҳолати психикӣ худ шикоят намекунанд. Барои ҳамин ҳам шикоятҳои нисбатан маъмулӣ инҳоянд:

- Сардард, сарчархӣ, «сарам ким-чӣ хел аст»
- Вайроншавии хоб
- Ваҳму ҳароси «эҳсосоти наздикшавии фалокате», ваҳми «кассе маро куштан, нобуд кардан меҳаҳад».

Ҳангоми танқиди кофӣ насбати ҳолати худ бемор аз феноменҳои ғайриодилоқии рӯҳӣ шикоят мекунад:

- Ба душворӣ иҷро кардани корҳои маишӣ «фикр кардан душвор шудааст, диққатамро мутамарказ карда наметавонам».
- Мушкилоти фикркунӣ – «фикрҳо парешон мешаванд», «гӯё ки онҳо фикрҳои ман нестанд», «гӯё ки касе ба фикркунӣ ман даҳолат мекунад, таъсир мерасонад».
- Дигар шудани муносибати атрофиён, «манро намефаҳманд», «манро ҷудо кардан меҳаҳанд», «марги маро меҳаҳанд».

- Дарккунии бардурӯғ, «дар даруни сарам ё баданам садоро мешунавам», «мурдаҳо ё махлуқҳои даҳшатнокро мебинам», ҳис кардани бӯйҳои тези ғайриоддӣ, ҳис накардани мазза, эҳсосоти нохуши узвҳои дарунӣ.

• **Шикоятҳои хешу табори бемор**

Ташаббускори асосии мурочиат кардан барои ёрии тиббӣ асосан хешу табори наздиктарини бемор ба ҳисоб мераванд, шикоятҳои нисбатан маъмулӣ инҳоянд:

- Тағйирот дар рафтор, «рафтори аҷоиб», «худ бо худ гап мезанад», «амали агрессивӣ содир мекунад – аз хона баромада меравад, дар кӯчаҳо медавад, тирезаҳоро мезанад, ба роҳгузарҳо ҳамла мекунад».

- Эҳсосоти ғайриддӣ, «бесабаб механдад, суруд мехонад, кофиябандӣ мекунад, нохост бадқаҳр мешавад, дашном медиҳад».

- Муносибати агрессивӣ нисбат ба хешовандон, «бадҷаҳл, дашномҳои қабех мекунад, таҳдиди чазодиҳӣ мекунад, бо мушт ҳамла мекунад, ба ягон нафар зарба задан меҷӯяд».

- Паст шудани маҳсулнокии иҷтимоӣ, «нигоҳубин кардани худро бас кардааст, корҳои маъмулиро иҷро намекунад, ба кӯдакон меҳрубонӣ карданро бас кардааст, аз ғизо даст мекашад, оворагардӣ мекунад».

- Ғояҳои (фикрҳои) аҷиб, бемаънии гуногунмавзӯро иброз медорад (вобаста аз намуди ҳазён), «гӯё ки касе аз пасаш мепояд, ба оилаи онҳо зарар расонидан меҷӯяд, вай интиҳобшуда мебошад, фолбин аст, фикрҳои дигаронро медонад, одамонро табобат мекунад, фиристодаи худо ҳаст, гӯё дар вучуди вай каси дигаре зиндагӣ мекунад, вайро аз дарун меҷӯрад, аз баданаш нурҳо хориҷ мешаванд».

Ташҳиси тафриқӣ

Халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикиро аз ҳолатҳои зерин фарқ карда тавоништан лозим аст:

• **Халалёбиҳои органикии камақлӣ (деменсия), делирия, халалёбиҳои шизофренимонанд** дар муқоиса бо халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикӣ чунин пайдо мешаванд:

- бевосита пас аз иллатнок шудан ё дисфунксияи майнаи сар, ба таври шадид (дар муддати соатҳо, шабонарӯз), ба таври тадричан пешраванда (ҳафтаҳо, моҳҳо);

- вазнинии зоҳиршавии симптомҳои психикӣ аз вазнинии иллоти органикии майна вобаста аст;

- шифоёбии халалёбиҳои рӯҳӣ (психикӣ) пас аз бартараф кардани сабабҳои органикӣ ба даст оварда мешавад;

- усулҳои иловагии муоина ва маълумотҳои анамнез (Эхо - ЭГ, Рео-ЭГ, ТК –и майна, ТМО –и майнаи сар, акси рентгении устухонҳои косахонаи сар) иллат ё дисфунксияи майнаро ба таври эътимодбахш тасдиқ мекунанд.

Халалёбиҳои рӯхӣ ва рафторие, ки дар натиҷаи истеъмоли маводи психоактивӣ ба вучуд омадаанд.

Дар муқоиса бо халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикӣ халалёбиҳои дар натиҷаи истеъмоли маводи психоактивӣ бавучудомада чунин пайдо мешаванд.

- Дар лаҳзаи истеъмоли маводи психоактивӣ ё фавран пас аз қатъ кардани истеъмоли он (ҳангоми захролудшавии шадид) ва баъди аз организм нобуд кардани маводи психоактивӣ нест мешаванд.

- Симптомҳои полиморфии психотикӣ метавонанд дар натиҷаи истеъмоли маводи психоактивӣ ва оқибатҳои зарарноки он ба вучуд оянд, дар чунин ҳолат халалёбиҳои психотикӣ (шизофренимонанд, ҳазёнӣ, галлютсинаторӣ, полиморфӣ) ҳангоми истеъмоли тӯлонии систематикӣ маводи психоактивӣ, ки якҷоя бо аломатҳои тобешавӣ бо маводи психоактивӣ (шавқи обсессивӣ ё компулятсивии истеъмоли мавод, халалёбии қобилияти назорат кардани истеъмоли мавод, тағйирёбии муқовиматкунӣ, дезадаптатсия, синдроми ивазкунӣ),

- Ҳолати ба делирий иваз кардан низ метавонад ба халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикӣ монанд шавад, вале ҳангоми ба кулӣ ё қисман қатъ кардани истеъмоли маводи психоактивӣ ба вучуд меояд, дорои аломатҳои халалёбии шуур (мақон, вақт ва вазъиятро муайян карда натавоништан), ноустувории шабонарӯзии саломатӣ (беғоҳӣ ва шабона бад шудан, субҳ ва рӯзона беҳтар шудани шуур), галлютсинатсияҳои ҳақиқии биноӣ мебошад,

- Истеъмоли маводи психоактивӣ бояд бо маълумоти анамнез аломатҳои хоси клиникӣ, инчунин (то ҳадди мумкин) усулҳои лабораторӣ ва дигар усулҳои ошкорсозии маводи психоактивӣ ба таври эътимодбахш тасдиқ карда шавад.

- **Лаҳзаи маниакалӣ бо симптомаҳои психотикӣ. Лаҳзаи депрессивӣ бо симптомҳои психотикӣ, халалёбиҳои шизоаффеक्टивӣ.**

Дар муқоиса бо халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикӣ ҳангоми халалёбии табъ чунин ҳолат ба назар мерасад:

- Ба мавсимият ва такроршавӣ майл доштан.

- Халалёбиҳои асосӣ аз тағйирёбии табъ ё хуштабӣ, ё хира шудани табъ иборат буда, якҷоя бо тағйирёбии умумии фаъолнокӣ сурат мегирад. Симптомҳои психотикӣ бошанд, дуҷумдараҷаанд ва дар дохили тағйиротҳои табъ ва фаъолнокӣ фаҳмида мешаванд.

- Табъи тағйирёфта на камтар аз як ҳафта (барои мания) ва 2 ҳафта (барои депрессия) давом мекунад.

Шизофрения

Аз рӯи аломатҳои клиникӣ гузаронидани ташҳиси тафриқии халалёбиҳои шадид ва транзитории психотикӣ ва оғози (дебюти) шизофрения

мушкил аст, барои ташхиси тафриқӣ хусусиятҳои зерини клиникӣ ва ҷараёни шизофрения ёрӣ расонида метавонанд:

- Оғози доимии прогрессивӣ, асосан дар 15-25 –солагӣ:

- Доимияти нисбии аломатҳои психотикӣ дар давоми вақти тулонӣ, на камтар аз як моҳ:

- мавҷуд будани аломатҳои регативӣ, монанди апатия, абулия, аутизатсия.

Муолиҷа

Табиби оилавӣ мизоҷонро бо вобастагӣ барои машварат назди равонашинос, нарколог ва марказҳои махсусгардонидашуда равона менамояд.

1. Хлорпромазин

Нишондод: таъсири асосиаш седативӣ, барои қатъ кардани таҳриқоти психомоторӣ.

Усулҳои воридкунӣ ва воя: парентералӣ (д/м 25 мл. 0, 5% маҳлули новокаин ё 0, 9 % хлориди натрий).

2. Галоперидол

Нишондод: таъсири асосиаш антипсихотикӣ барои аз байн бурдани ҳазён ва галлютсинатсия . Усулҳои воридкунӣ ва доза: парентералӣ – (д/м 0,005 (5мг) шабонарӯз, д/в, қатра- 0,005 (5мг) / шабонарӯз -0,03 (30мг)/ шабонарӯз дар 200 мл маҳлули изотоникӣ ё глюкозаи 5%);

Нишондодҳо барои бистарикунонӣ:

Бистарикунонии ғайриихтиёрӣ

- Рафтори агрессивӣ, бо расонидани зиёни ҷисмонӣ ба атрофиён.
- Рафтори аутоагрессивӣ бо баланд будани хатари худкушӣ ё худиллатрасонӣ.
- Надоштани қобилияти қонеъ намудани талаботҳои ҳаётан муҳим (хӯрок, об, беҳатарӣ).
- Ҳал намудани масъалаҳои экспертӣ.

Бистарикунонии ихтиёрӣ

- Дар бемор мавҷуд будани даъвати шифохӣ барои ёрӣ расонидан. Ташхис ва табобати ҳолатҳои бори аввал ошкоршудаи ҳалалёбиҳои рӯҳӣ танҳо дар статсионар гузаронида мешавад, то ин ки симптомҳои психопатологӣ
- ошкор карда шаванд, онҳоро дар сурати назорати доимии рафтори бемор ошкор кардан мумкин аст, ҳамчунин барои назорат кардани таъсирҳои табобатӣ ва манфии муолиҷа зарур аст.

МАЪЛУМОТИ АСОСӢ БАРОИ БЕМОР ВА ОИЛА

- Рафтори ғайриоддӣ ва ғам хурдани бемор аломати ҳалалёбии психикӣ (рӯҳӣ) аст.

- Пайдо шудани беморӣ ба бемор имконият намедиҳад, ки рафтори худро идора кунад, дар натиҷа барои саломатии худ ва наздиконаш хатарнок шуда метавонад.

- - Халалёбиҳои шизоаффективии намуди депрессивӣ ба чараёни тӯлонӣ ва оқибати на чандон хуб доштан майл доранд, гарчанде як қисми беморон ба кулӣ шифо меёбанд. Дар ин ҳолат хатари худкушӣ мавҷуд аст.

- Чӣ қадар, ки таъсири мусбати табобат зудтар фаро расад, оқибати беморӣ ҳамон қадар хуб аст.

- Набудани анамнези аворизи оилавӣ, таъсири стрессӣ ва шифоёбии комили психикӣ дар анамнез низ аз оқибати хуб доштани беморӣ дарак медиҳанд.

- Доруҳоеро, ки бемор истеъмол мекунад, таъсири манфӣ низ доранд, вале бо қатъ кардани истеъмоли доруҳо он таъсир низ нест мешавад.

- Намуди такроршавандаи чараёни халалёбиҳои шизоаффективӣ, бемор пас аз рухсат шудан аз беморхона муддати якчанд сол ба муолиҷаи нигоҳдоранда зарурат дорад ва ҳамчунин бояд аз ҳолатҳои стрессӣ худро дур бигирад.

- Баъди қатъ намудани қабули доруҳо ва муоинаи мунтазам дар шароити амбулаторӣ, метавон оқибати бемориро ба таври некбинӣ арзёбӣ кард, аммо дар ин маврид ҳуди бемор ва наздиконашро ҳангоми пайдо шудани ночизтарин аломати аз нав саршавии беморӣ зарурати ба назди табиб ҳатман муроҷиатро таъкид кардан муҳим аст.

МАШВАРАТ ДОДАНИ БЕМОР ВА АҲЛИ ОИЛА

Машварати бемор метавонад, ки аз якчанд ҷанба иборат бошад:

- Ҳангоми аз беморхона ҷавоб шудан беморро водор сохтан лозим аст, ки доруҳоро мустақилона истеъмол намояд, аз муоинаҳои амбулаторӣ мунтазам гузарад, ҳамчунин ба боварии наздикон атрофиён бештар сазовор гардад, то ин ки ҳангоми пайдошавии хурдтарин аломати беморӣ, бо кӯмаки онҳо ба табиб муроҷиат намояд.

Ҳангоми машварат додани аҳли оила гуфтаҳои дар боло зикршуда ва ҳам ҷиҳатҳои зеринро ба кор бурдан мумкин аст:

- Ҳангоми аз беморхона ҷавоб додан гузаронидани сӯҳбати якҷояи бемор, ҳешовандони вай ва табиб зурур аст, ва имконият додан лозим, ки ҳар кас фикрашро ошкоро гӯяд ва лаҳзаҳои мусбии сӯҳбат таъмин карда шавад, агар зарур шавад, муҳолифатро ба ҳадди минималӣ расонед ва дар фаъолияти минбаъда мақсаду мароми ягонро талқин намоед.

- Ба кирдорҳои бемор тоқат кунед, озурда нашавед, ба вай эътироз накунад, таҳдидаш нанамоед, кӯшиш намоед, ки дар бемор ҳиссиёти аз бемориаши шарм доштанро пайдо накунад.

- Назорати муносиби рафтори бемор бе ғамхории барзиёд нисбат ба талаботи вай мувофиқи мақсад аст, аз ҷониби дигар қонё гардонидани талаботи биологӣ ва талаботаш нисбат ба дастгириву ғамхорӣ зарур аст.

- Дар хешовандон бедор намудани ҳиссиёти ба ҳаёти аввала баргардонидани бемор, дастгирии намудани ҳолати эмотсионалӣ, ташаббуси меҳнатӣ ва дигар намудҳои фаъолият.

ДЕМЕНТСИЯ

F00 - F03 Дементсияҳо

F00 Дементсия ҳангоми бемории Алтсгеймер (G30)

F01 Дементсияи рагӣ

F02 Дементсияҳо ҳангоми бемориҳои ба дигар банд таснифотшуда

F03 Дементсияи номаълум

Таснифоти умумӣ. Алоиме, ки дар натиҷаи осеби музмин ё авҷгирандаи мағзи сар пайдо шудааст. Дар ин ҳолат қобилиятҳои когнитивӣ (идрок) вайрон шуда, як қатор вазифаҳои олиии қишри мағзи сар – хотира, тафаккур, нутқ, қобилияти ҳисобкунӣ, муайянкунии муҳит ва ғайра осеб мебинанд.

Барои гузоштани ташҳиси дементсия, муайян намудани пайдоиши он ва интиҳоби табобат, аз рӯи қоида муоина дар беморхона зарур аст.

Ҳангоми муоина ва гузоштани ташҳис муҳим аст, як қатор ҳолатҳое, ки зоҳиран ба дементсия монанд ҳаст, вале ба ин беморӣ алоқаманд набуда, чорабиниҳои табобатии дигарро талаб мекунад, истисно намуд – бадшавии функсияҳои когнитивӣ дар синну соли пирӣ дар натиҷаи хуроки нодуруст ва якхела, қабули бемаҳдуди доруворӣ (зуд зуд истифодаи маводҳои анксиолитӣ аз гурӯҳи бензодиазепинҳо ва барбитуратҳо), руҳафтадагии дарёфт нашуда, хунҷамъшавии (гематома) субдуралӣ ва ғайраҳо.

Меъёрҳои ташҳис:

Барои гузоштани ташҳиси дементсия муайян намудани ихтилоли хотира ва дигар функсияҳои когнитивӣ то дараҷаи сустшавии қобилияти инсон дар талаботҳои ҳаррӯзаи ҳаёт зарур аст. Ихтилоли зикргардида дар мӯҳлати на камтар аз 6 моҳ бояд вуҷуд дошта бошанд.

Шикоятҳо ва анамнез: Шикоятҳо: сустшавии хотира, муайянкунии шахсияти худ, гумкардани малакаҳои маишӣ ва зиндагӣ.

Анамнез: оҳиста-оҳиста пастшавии ақл.

Нишонаҳои клиникӣ:

Сустшавии хотира, бештар вобаста ба азхудкунии ахбороти нав, дар баъзе ҳолатҳои вазнин мумкин аст, сустшавии айнан такроркунии ахборотҳои пештаргирифташуда ба назар расад. Ихтилол ҳам ба таҷассуми шифоҳи ва

ғайришифоҳи дахл доранд. Пастшавии хотира аз рӯи таърихи боэътимод бояд тасдиқ шавад ва аз рӯи имконият маълумотҳои тестии нейропсихологӣ ё баҳогузори қобилияти когнитивӣ пурра карда шавад.

Сатҳи бадшавии хотира чунин баҳогузорӣ бояд кард (аҳамияти сарҳадии таъхисии сустшавии сабуки хотира):

Ихтилоли сабуки хотира: Фаъолияти ҳаррӯза мушкил аст, вале ба ҳар ҳол зиндагии мустақилона мумкин мебошад. Асосан қабул намудани маълумоти нав мушкил мешавад. Мисол, мушкилӣ дар қабулкунии маълумоти ҳаррӯза дар ҳаёт, захиракунии ва аз нав ба хотирории ашёҳои маишӣ ва муайян намудани ҷои онҳо, маълумотҳо ва шартномаҳои иҷтимоӣ аз ҷониби ҳешовандон гирифташуда ба назар мерасад.

Ихтилоли дараҷаи миёна. Сустшавии хотира монетаи ҷиддӣ барои ҳаёти ҳаррӯзаро шудан метавонад. Танҳо маълумотҳо ва ашёҳои хеле хуб шинос дар хотир нигоҳ дошта мешавад. Маълумоти нав тасодуфан ё дар муддати кӯтоҳ нигоҳ дошта мешавад. Бемор маълумоти асосии дар кӯҷа зиндагӣ намудан, ба наздикӣ чи қор кардааст ва ё шиносҳои наздикаш чи ном доранд ба хотир оварда наметавонад.

Ихтилоли дараҷаи вазнин. Ин дараҷаи сустшавии хотира ба пурра нигоҳ надоштани маълумотҳо тавсиф меёбад. Бемор ҳатто ҳешовандони наздикро шинохта наметавонад.

Пастшавии дигар қобилияти когнитивӣ ба сустшавии худтанқидкунӣ ва тафаккур тавсиф меёбад, мисол, дар бадшавии нақшакашӣ, ташкил ва инчунин таҳлили маълумотҳои умумӣ дида мешавад.

Далели он асоснок мешавад, агар мумкин бошад бо маълумотҳои собиқа ва аз рӯи имконият бо тестҳои нейропсихологӣ ва баҳодиҳии муоинаи умумӣ пурра карда мешавад. Бадшавӣ бояд бо муқоиса дар сатҳи баланди ҳосилноки муайян карда шавад.

Дараҷаи пастшавӣ бояд бо тарзи зерин баҳогузорӣ шавад

Пастшавии дараҷаи сабук. Пастшавии қобилияти когнитивӣ вайроншавии ҳосилнокии ҳаррӯзаро ба амал меорад, бешарти он, вале вобастагии бемор аз дигарон. Бештар вазифаҳои анҷомдодашуда ва намудҳои фароғат вазнин ва ғайриимкон мегарданд.

Пастшавии дараҷаи миёна. Пастшавии қобилияти зеҳнӣ фаъолияти ҳаррӯзаро ба кӯмак ғайриимкон аст, аз он ҷумла харидорӣ намудан дар мағозаҳо ва муомила бо пулҳо. Дар доираи хона танҳо қорҳои оддӣ иҷро карда метавонад. Шавқу ҳавас хеле маҳдуд ва бад нигоҳ дошта мешавад.

Пастшавии дараҷаи вазнин. Пастшавӣ бо набудани тафаккури оқилона зоҳир меёбад.

Вазнинии умумии деменция аз ҳама бештар дар сатҳи вайроншавии хотира ё ақл

(интеллект) муайян карда мешавад, бо вобастагии он, ки кадом аломат бартариат бартариат дорад (мисол, ҳангоми пастшавии сабуки хотира ва пастшавии миёнаи интеллектии деменция ҳамчун деменцияи дараҷаи миёна баҳодихӣ карда мешавад.)

Барои ташхис ҳади аққал яке аз талаботҳои зерин:

- маълумотҳо оиди авҷи беморӣ;
- дар илова ба пастшавии хотира афазия (амнестикӣ ё ҳассосӣ), аграфия, алексия (вайроншавии хондан), акалькулия ё апраксия (вайроншавии ҳаракатҳои мураккаб) (чалби фарқи сари, паси сарӣ ё ҳиссаи пешона) бояд қайд карда шавад;
- муонаи физикалӣ: вайроншавии кишрӣ ҳангоми муоинаи нейропсихологӣ ё неврологӣ.

Муоинаи ва ташхис:

Муоинаи асосии ташхис (аз рӯи имконият) дар сатҳи амбулаторӣ гузаронида шуда:
Муоинаи таҷрибавӣ-психологӣ.

Муоинаи иловагии ташхисӣ дар сатҳи амбулаторӣ гузаронида шуда:

- таҳлили умумии хун;
- таҳлили умумии пешоб;
- таҳлили биохимиявии хун (санҷишҳои фаъолияти ҷигар);
- СБД – бо мақсади дарёфти тағйиротҳои ҳолати соматикӣ дар заминаи табобати асосӣ гузаронида мешаванд.

Ҷадвали 1

Ташхиси тафриқӣ

Нишондодҳо	Деменция	Ихтилоли сабуки когнитивӣ
Тасвири клиникӣ	Пастшавии пурраи сатҳи когнитивӣ (набудани худтанқидкунӣ)	аломатҳои клиникӣ пастшавии ҳосилнокии зеҳнӣ
Муоинаи инструменталӣ	Мавҷуд будани тағйиротҳои органики мағзи сар	
Анамнез	Маълумотҳои характери муурофиявӣ бо зиёдшавии норасогихои когнитивӣ	Аксари вақт-нишонаҳои осеб ё дигар зарарёбии мағзи сар

Мақсади табобат: ноилшавӣ ба ифқати (ремиссия) доругӣ, устувории ҳолати мизоҷ.

Ҳангоми баҳодихии шароити иҷтимоӣ ҳамчун қаноатбахш ва ё дар ихтилоли

сатҳи на онқадар вазнин, табобати амбулаторӣ афзалият дода мешавад. Бистаринамоӣ ва табобати статсионарӣ ҳангоми авҷи ҳолатҳои ошуфтаҳоли, ихтилоли шадиди равонӣ ва аффективӣ, вайроншавии зоҳирии рафтор, барои ҳалли масъалаи вобастагии нозологии деменция дар ҳолатҳои мушкили муносибатҳои ташхиси; ҳангоми зарурият ҳалли мушкилиҳои иҷтимоӣ дар мизочони якҷаву танҳо ва мизочони бе ҷои зисти муайян бо деменцияи дараҷаи миёна ва вазнин амалӣ карда мешавад.

Табобати ғайридоругӣ:

психотерапии, табобат бо усули меҳнат (трудотерапия).

Психотерапия, равошиносии педагогӣ, барқаркунии равонии иҷтимоӣ, кор бо оила: тренинги когнитивӣ, тамрини ҳунарҳои иҷтимоӣ ва маишии мизоч, ҳавасмандии фаъоли ҷисмонӣ, ташаккули мутобиқати муҳит дар ҷои истиқомат.

Маслиҳатҳои оилавӣ, дастгирии психологии аъзоёни оила, ки нигоҳубинро анҷом медиҳанд, пешгирии онҳо аз «сузиши» («выгорания») эҳсосӣ.

Дар пайдоиши нуқсонҳои рафторӣ ҳангоми дементсия вайроншавии муносибатҳои байнишахсӣ нақши муайян мебозанд. Хешони наздик тавассути танқид, тақобул (конфронтатсия), таҳқир ва талаботҳои аз ҳад зиёд метавонанд дар бемор тарс, ҳашм, ҳаяҷон ва рӯҳафтадагиро барангезанд.

Омӯзонидани хешу табор бо тарзи муоширати (коммуникация) невербалӣ ва кӯмак ба мизочон дар роҳнамоӣ метавонад ин вайроншавии рафторро кам кунад.

Табобати доругӣ

Табобат бо маводи доруворӣ дар сатҳи амбулаторӣ бо тавсияи мутахассис психиатр гузаронида мешавад. Монотерапия тавсия дода мешавад: яке аз маводҳои дорувории зерин мебошанд.

Номгӯи доруҳо	Вояи табобатӣ	Давраи табобат
Мемантин (УД-А)	30-60мг/шабонарӯз ба дохил	аз якчанд моҳ то якчанд сол

Давомнокии табобат мувофиқи мақсадҳои клиникӣ муайян намуда мешавад (аз ҷиҳати давомнокии ва вазнинии нишонаҳо):

- Ҳангоми муоина ва ташхис кардан дар шароити беморхонагӣ – аз 2 ҳафта то 1 моҳ;
- Ҳангоми интихоби усули табобат ва кам намудани тағиротҳои ҳамрадифи дементсия то 2 моҳ;
- Дар шароити амбулаторӣ – то 6 моҳ.

Индикаторҳои натиҷабархшии табобат:

- Баргараф намудани аломатҳои клиникӣ;
- Чалби бемор ё аҳли оилаи онҳо ба давом додани табобат дар марҳилаи амбулаторӣ;
- Ба зарурияти қабули маводҳои психотропӣ рад накардан.

F00, F00.0, F00.1, F00.2, F00.9 Дементсия ҳангоми бемории Алтсгеймер (G30.-G30.0, G30.1, G30, G30.9)

Ташхис бо усули истисноӣ дигар сабабҳои дементсия ва зоҳиран ба ҳолатҳои ба дементсия монанд гузаронида мешавад.

Хусусият ва алгоритми табобат. Воситаҳои хоси табобатии бемории Алтсгеймер маводҳои доругии модулятори системаи глутаматэргӣ (мемантин) баҳисоб мераванд.

Маводҳои модулятори системаи глутаматэргӣ ҳангоми дементсияи дараҷаи сабук ва миёна – яъне, дар давраҳои аввал ва миёнаи беморӣ тавсия дода мешавад. Ҳадафи қабули ин маводҳо беҳтар намудани функсияҳои когнитивӣ, ҳифзи дараҷаи фаъолияти бемор ва сусткунии шиддати беморӣ мебошад. Ҳамчунин онҳо ҳангоми ихтилолҳои рафторӣ ва психозҳо дар доираи бемории Алтсгеймер метавонанд таъсири мусбӣ расонанд.

Таъсири ин дорувориҳо на барвақттар аз чанд ҳафтаи қабули маводҳои доругӣ оғоз меёбад. Барои хулосабарорӣ ҷиҳати таъсирнокӣ ё бетаъсирии маводи доругӣ давраи минималии табобат бояд 2-3 моҳро ташкил диҳад. Модулятори системаи глутаматэргиро ба мӯҳлати номуайяни тӯлонӣ – то лаҳзаи таъсири он (одатан, аз 1 то 2-3 сол давом мекунад) таъин мекунанд.

Мавҷудияти таъсирро бо роҳи назорати рафтори бемор дар ҳаёти ҳаррӯзааш (хотира, қобилияти муайянкунии мавқеъ, фаъолияти ҳаррӯза, қобилиятҳои худхизматрасонӣ), баҳогузорӣ менамоянд.

Маводҳои ноотропӣ (пирасетам, фенибут, ва ғ.) ва воситаҳои беҳтар кунандаи гардиши хун дар мағзи сар – синнаризин, винпосетин, нимодипин, нитсерголин ҳангоми бемории мазкур бетаъсир буда, таъини онҳо тавсия дода намешавад.

F01

Дементсияи рагӣ.

Хусусият ва алгоритми табобат.

Ҳангоми дементсияи маҷроии қаблан бавуҷуд омада барои пешгирии ҳодисаҳои ишемиявии такрорӣ ба ҳамаи беморон қабули антиагрегантҳо тавсия дода мешавад. Маводи дорувории интихобӣ дар байни антиагрегантҳо туршии ацетилсалицилӣ дар вояи 75мг/шабонарӯз аст.

Ҳангоми ғайринишондод будани туршии ацетилсалицилӣ клопидогрел истифода бурда мешавад.

Психотерапия, ташаккули руҳиёт, барқароршавии психосотсиалӣ, кор бо оила:

Пешгирии аввалаи дементсияи маҷроӣ чунин чорабиниҳоро дарбар мегирад:

Таботати фишорбаландии шараёни мувофиқи “Протоколҳои ташхис ва таботати бемории фишорбаландӣ” гузаронида мешавад – нишондоди мақсадноки фишори шараёни бояд на зиёда аз 140/90 мм.сутунҷаи симобиро ташкил диҳад (ҳангоми бемории қанд–135/85 мм. сутунҷаи симобӣ.

Таботати гиперлипидемия.

Назорати нишондодҳои системаи лахташавии хун.

Ҳангоми мавҷудияти омилҳои хатар (шакли доимии аритмияи фибриллятсионии даҳлезӣ, стенози шараёни каротид) – қабули антикоагулянтҳо ё антиагрегантҳо.

Даст кашидан аз тамокукашӣ.

Ғизои дуруст, назорати вазни бадан.

F02.3

Дементсия хангоми бемории “Паркинсон” (G20)

Марҳилаҳои чорабиниҳои таботатӣ-ташхисӣ, сатҳи расонидани кӯмак, муоина, имкониятҳои таботат, усулҳои умумии таботат, натиҷаҳои интизорӣ:

Дементсия нисбатан дар марҳилаҳои дертари бемории Паркинсон зоҳир мегардад. Тахминан дар 1/3 ҳолатҳо умуман пайдо намешавад. Дар байни нуқсонҳои равонию рафтории ҳамрадифи дементсия тез-тез рӯҳафтадагӣ ба назар мерасад. Қоидаҳои умумии таботати беморон дар маҷмӯъ бо дементсияи рагӣ (F01) монанд мебошанд.

Қаъ намудани қабули маводҳои доругие, ки метавонанд вазифаҳои когнитивиро бад кунанд ё боиси инкишофи нуқсонҳои психотикӣ мегарданд, тавсия дода мешавад (холинолитикҳо). Бояд дар хотир дошт, ки амантадин ва агонистҳои ретсепторҳои дофаминӣ аз маводҳои доругии L-ДОФА дида зиёдтар инкишофи нуқсонҳои психотикиро дар чунин гуруҳи беморон меангезонад.

Барои беҳтарсозии вазифаҳои когнитивӣ ва кам намудани нуқсонҳои психотикӣ маводҳои доругии таъсири холиномиметики дошта (ниг. F00). Аз қабули антипсихотикҳои хос (боиси инкишофи паркинсонизми нейролептикӣ мегардад) ва антидепрессантҳои трисиклӣ (таъсироти манфии холинолитикӣ ва таъсири манфӣ ба функцияи когнитивӣ ва симптоматикаи психотикӣ) бояд худдорӣ намуд. Ҳангоми беҳобӣ воситаҳои ғайри бензодиазепенӣ, ки ҳангоми вайроншавии хоб қабул мекунанд (зопиклон) тавсия дода мешавад.

F02.8

Дементсия хангоми бемориҳои муайяншуда, ки ба қисматҳои дигар тасниф мешаванд

Дементсия хангоми нейросифилис дар 15% беморони муолиҷанашудаи сифилис инкишоф меёбад. Ба нейросифилис маҷмуи васеи аломатҳо хос

мебошад. Ин беморӣ метавонад маҷмӯи васеи бемориҳои равонию неврологиро такрор намояд. Он метавонад дар намуди дементсияи алоҳида ё синдроми амнестикӣ зоҳир ёбад (F04).

Намудҳои асосии нейросифилис инҳо мебошанд: менигоэнсефалити сифилитикии бармаҳал; сифилиси менинговаскулярӣ; фалаҷи шиддатёбанда; амиелотрофия. Сифилис мувофиқи протоколҳои ташҳис ва табобати бемории мазкур аз тарафи дерматовенеролог ташҳис ва табобат карда мешавад. Он бо роҳи муоинаи моеъи ҳароммағз ташҳис карда мешавад. Моеъи ҳароммағзро ҳатман хангоми мувофиқи аломатҳои психопатологию неврологӣ бо реаксияҳои мусбии серологӣ ба сифилис муоина менамоянд. Усули асосии табобат бо дорувориҳои зиддимикробӣ ба ҳисоб меравад. Муолиҷаи нуқсонҳои психикию рафтории ҳамрадифи дементсия мувофиқи алоими (синдром) асосии психопатологӣ ба роҳ монда мешавад (F00 – F03).

ИХТИЛОЛИ РАВОНӢ ВА РАФТОР ДАР НАТИҶАИ ИСТЕЪМОЛИ МОДДАҲОИ ФАЪОЛКУНАНДАИ РАВОНӢ F10 - F19

Хусусияти умумӣ. Ихтилолҳои гуногун бо захролудшавии беориза ва истифода бо оқибатҳои зарарнок то ихтилолҳои возеҳи равонӣ ва деменция, ва дар ин ҳолати истеъмоли як ё якчанд моддаҳои фаъолкунандаи равонӣ фаҳмида мешавад (баъдан–МФР) (ПАВ).

Марҳилаҳои чорабинии табобатӣ-ташҳисӣ

1- ум- ташҳис (муайян намудан) мизоҷони истеъмомкунандагони (МФР). Дар ин марҳила муайянкунии натиҷаҳои чорабиниҳои табобатӣ, мақсадгузори табобат, интиҳоби барномаи табобат, риояи диққати табобат гузошта мешавад. Барои баланд бардоштани хоҳиши мизоҷ ба табобат машварати психологӣ лозим мешавад. Машварат дар шароити амбулаторӣ ва статсионарӣ гузаронида мешавад. Чунин марҳила аз 1 то 5 рӯзро дар бар мегирад.

2- юм катъ намудани қабули МФР (детоксикация). Мақсади асосӣ ин табобати ҳолати катъкунӣ, ҳамчунин тақвияти хоҳиши мизоҷ барои давоми табобати синдроми вобастагӣ. Табобат ҳам дар шароити амбулаторӣ ва ҳам дар шароити статсионарӣ гузаронида мешавад. Ин марҳила бо назардошти МФА аз 1 ҳафта то 1 моҳро дар бар мегирад.

3- юм - табобати синдроми вобастагӣ бо ҷалби пасткунии майл ба МФА ва устуворкунии ҳолати оромӣ, ба роҳ мондани психотерапияи инфиродӣ ва гурӯҳӣ ва психологияи ислоҳкунӣ истифода бурда мешавад, дар ҳолати зарурӣ истифодаи маводҳои доруворӣ. Ба ин марҳила инчунин таъиноти табобати ҷойивазкунандаи дастгирикунанда (заместительной

поддерживающей терапии) дохил мешавад. Давомнокии марҳила - аз 1 то 6 моҳ.

4- ум - тавонбахшии тиббӣ, аз ҷумла психотерапия, кумаки психологӣ ва иҷтимоӣ ба бемор баъд аз дастовардҳо дар худдорӣ намудан аз истеъмоли МФР. Ин марҳила ба пешгирии хуруҷи алоими вобастагӣ равона карда шудааст. Психотерапияи дурударози нигоҳдорандаи ҳам дар шароити беморхона ва ҳам дар сатҳи (марказҳои) амбулаторӣ амалӣ карда мешаванд. Барқароркунии тиббӣ метавонад бо мизочоне, ки табобати ҷойивазкунандаи дастгирикунанда ё табобати ихтилолҳои ҳамрадифи равоӣ гузаронида шаванд. Ин марҳила дар мувофиқа бо мизоч метавонад дар давраи номуайян дурудароз давом кунад.

Сатҳи таъмини ёри тиббӣ

- 1- ум марҳила–ноҳиявӣ, шаҳрӣ, муассисаҳои тиббии шаҳру ноҳияҳо;
- 2- юм марҳила–байниноҳиявӣ, муассисаҳои тиббии вилоятӣ;
- 3- юм марҳила–муассисаҳои тиббии Ҷумҳуриявӣ.

Муайянкунии мизочон бо ихтилолҳои равоӣ дар натиҷаи истеъмоли МФР асосан дар сатҳи ноҳиявӣ, муассисаҳои тандурустии шаҳрӣ амалӣ карда мешаванд. Вазифаҳои асосии таъмини кӯмак ба мизочон дар ин марҳила ҳамчунин табобати муосири ҳолати қатъкунӣ ва хоҳиши мизоч ба қатъкунии истифодаи МФР. Дар ин марҳила ҳамчунин табобати нигоҳдорандаи синдроми вобастагӣ – фармакотерапия ва психотерапия амалӣ карда мешавад.

Муоина ва мӯҳлати муоинаҳо. Аз рӯи имконият дар тамоми сатҳҳои таъмини кӯмак ва марҳилаҳои чорабиниҳои ташхисӣ-табобатӣ, новобаста аз ташхиси мизоч гузаронида мешаванд.

Ба муоина дохил мешавад (аз рӯи имконият):

-муайян намудани консентратсияи буғҳои машрубот дар ҳавои нафасӣ ва таҳлили хун (луоби даҳон) оиди мавҷуд будани машрубот;

-таҳлили пешоб оиди мавҷуд будани МФА – маводҳои нашъадор, психотропӣ, маводҳои захрмандӣ ва дигар мадхушкунанда, маводҳои доруворӣ (ғайри психотропӣ ангиолитикӣ ва маводҳо барои ҳоб) бо ёрии экспресс-тестҳо ё дар озмоишгоҳҳо;

- таҳлили биохимиявии хун: муайян намудани консентратсияҳои билирубин, мочевина, креатинин, глюкоза, сафедаи умумӣ, калий, натрий, хлор; муайян намудани фаъолнокии ферментҳои Ҷигар - АсАТ, АлАТ, ГГТП, дар ин ҳолат муайянкунии консентратсияи билирубин, мочевина, глюкоза, ферментҳои Ҷигар дар давоми табобат, аз рӯи коида 1 бор дар як моҳ такрор мешаванд; баъдан–аз рӯи нишондод. Муоинаҳои иловагӣ дар ҳолати мавҷуд будани нишондод: машварати невролог; электрокардиография;

флюорография (рентгенография, рентгеноскопия); муайян намудани маркерҳои гепатитҳои В ва С: таҳлилҳои оиди мавҷудияти антигенҳои сатҳии вируси гепатити В - HbsAg, муайян намудани подтанҳо ба вируси гепатити С (anti-HCV).

Принсипҳои асосӣ, мақсади таърифи ва натиҷаҳои мунтазира.

Мақсади таърифи интоксикацияи шадиди МФР:

Бартаърифи интоксикация, пешгирии хуруҷҳо ва таърифи оризаҳо.

Натиҷаи мунтазира дастоварди ҳолати оромӣ, бартаърифи намудани оризаҳои захролудшавӣ мебошанд.

Мақсади таърифи ҳангоми синдроми вобастагӣ аз МФР:

- ✓ дасткашӣ аз истифодаи МФР ва ислоҳ намудани вайроншавиҳои рафтор, эҳсосот ва когнитивӣ;
- ✓ пастшавии маротиб ва ҳаҷми истифодаи МФР;
- ✓ кам намудани оқибатҳои манфии тиббӣ ва иҷтимоии истифодаи МФР;
- ✓ қатъ намудани истифодаи намудҳои хатарнокӣ МФР;
- ✓ баланд бардоштани сифати зиндагӣ ва фаъолияти иҷтимоии мизоч.

Ба натиҷаҳои мунтазираи таърифи инҳо дохил мешаванд:

- ✓ дастоварди дурударози дасткашӣ аз истифодаи МФР;
 - ✓ пастшавии маротиб ва ҳаҷми истифодаи МФР;
- ✓ қатъ кардани истифодаи намудҳои хатарнокӣ МФР;
- ✓ балан бардоштани сифати зиндагӣ ва фаъолияти иҷтимоӣ;
- ✓ ташаккули ҳавасмандгардонӣ барои қатъ намудани фаъолияти криминалӣ, меҳнат (таҳсил);
- ✓ хубшавии муносибат дар оила.

Мақсади таърифи ҳолати қатъкунии МФР

- ✓ фарогирии ҳолати қатъкунӣ,
- ✓ огоҳикунии авҷгирӣ ва таърифи оризаҳои он

Натиҷаҳои мунтазираи ҳолати қатъкунӣ:

- ✓ Устуворкунии ҳолати равонӣ ва ҷисмонӣ;
- ✓ Нест шудани майл ба МФР, ки дар шароити ҳолати қатънамудан ба амал омадааст;
- ✓ Ташаккули муваффақияти мизоч ба дасткашӣ аз истифодаи МФР (ба пастшавии такроршавӣ ва ҳаҷми истифодаи МФР);
- ✓ Ба дасткашӣ аз истифодаи намудҳои хатарноки МФР (омехтаҳои онҳо).

Шароити таърифи.

Таърифи ҳангоми истифодаи МФР бо маводҳои зарарнок дар бисёр ҳолатҳо дар шароити амбулаторӣ амалӣ карда мешаванд. Давомнокии таърифи ҳангоми истифодаи МФР бо маводҳои хатарнок чунин тартиб дорад: дар статсионар – инфиродӣ муайян карда мешавад; дар амбулаторӣ–

то 1-3 моҳ.

Давомнокии табобат ҳангоми синдроми вобастагӣ чунин аст:

Дар статсионар - аз 14 рӯз то 2 моҳ;

Дар шароити амбулаторӣ - то 6-12 моҳ;

ҳангоми зарурият-дуру дароз бемахдудият.

Нишондод ба бистарикунонӣ: табобат дар шароити амбулаторӣ мушкил гардад, ихтилолҳои ҳамрадифи равонӣ, аз он ҷумла ихтилоли шахсият;

авҷгирии бемориҳои соматикӣ музмин;

Бемории шадиди соматикӣ; набудани имконияти тез-тез тамосгирӣ бо мизоч; осеби косахона ва мағзи сар бо беҳушшавӣ дар собиқа; ҳолати қатъкунии МФР бо ихтилолҳо дар анамнез.

Ҳангоми набудани оризаҳо, рад намудани мизоч аз бистаришавӣ, ҳамчунин мавҷуд будани ғайринишондодҳои тиббӣ ва иҷтимоӣ табобати ҳолати қатъкунӣ дар шароити амбулаторӣ гузаронида мешавад.

Давомнокии табобати ҳолати қатъкунӣ дар шароити амбулаторӣ ва беморхонагӣ аз 7-14 то 28 рӯзро ташкил медиҳад.

Характер ва хусусиятҳои психотерапия, кумаки психологӣ, терапияи оилавӣ. Тавсия дода мешавад ба тағйири сабки истифодаи МФР, коҳиши оқибатҳои манфӣ ё пурра худдорӣ намудан.

Психотерапия ва ёрипсихологӣ бояд муносибати аввалин дар табобати синдроми вобастагӣ аз МФР бошад.

Табобати мизочони бо вобастагӣ аз МФР бояд, аз рӯи қоида бо реабилитацияи тиббӣ ва иҷтимоии равонӣ ба анҷом расонида шавад.

Ҳолатҳои этикӣ. Ҳангоми табобати синдроми вобастагӣ аз МФР истифодаи моддаҳои фаъоли биологӣ ба ғизо тавсия дода намешаванд.

Ҳангоми табобати синдроми вобастагӣ аз МФР истифодаи усулҳои таъсири дастгоҳӣ ба мағзи сар бе омезиш бо психотерапияи нигоҳдоранда тавсия дода намешавад. Истифодаи усулҳои таъсири дастгоҳӣ ба системаи хун ва системаи лимфа, дилу рағҳо, устухону пайвандҳо, системаи асабӣ канорӣ бевосита барои табобати синдроми вобастагӣ аз МФР ва ҳолати қатъкунӣ аз МФР тавсия дода намешавад.

Ҳангоми табобати ҳолати қатъкунӣ истифодаи усулҳои экстракорпоралӣ (гемосорбтсия, плазмаферез) тавсия дода намешавад.

Истифодаи усулҳо ва усули бе далелҳои самарабахш тавсия дода намешавад. Истифодаи маводҳои доруворӣ ноотропӣ, маводҳои доруворие, ки метаболизми мағзи сар ва гардиши хуни мағзи сарро хуб мекунанд, ҳангоми набудани ихтилолҳои когнитивӣ тавсия дода намешаванд.

Ҳолатҳои ҳуқуқӣ. Барои табобати кӯдакони то 18 сола розигии

волидайн (падар ё модар) ё намояндаи қонунӣ талаб карда мешавад. Ҳангоми мавҷуд набудани фикри ягона байни падару модар мушкилӣ ба амал меояд. Дар ин ҳолат зарур аст ба шӯъбаҳои ҳуқуқи кӯдак бояд хабар дод.

Бинобар сабаби он, ки истифодаи МФР дар бисёр ҳолатҳо бо рафтори ғайрқонунӣ омешиш мешавад, қудакони аз 14 сола боло мумкин аст, ба муассисаҳои махсуси таълимӣ – тарбиявӣ равона карда шаванд.

Ихтилоҳои равонӣ ва рафтор дар натиҷаи истеъмоли машрубот F10

Заҳролудшавии шадиди машруботӣ F10.0

Тавсифи умумӣ. Заҳролудшавии шадиди машруботӣ – ин ҳолате, ки дар натиҷаи суистеъмоли алкоғол бо вайроншавии шуур, функцияҳои когнитивӣ, эҳсосӣ, дарк намудан ва рафтор тавсиф меёбанд.

Ҳангоми миқдори машрубот дар хун аз 0,3 то 0,5 промилла будан мумкин қаме вайроншавии ҳамохангсозӣ ва диққат, махсусан дар но болиғон ва беморони ҷисмонан суст ба назар расанд.

Заҳролудшавии машруботии дараҷаи сабук, ҳангоми миқдори алкоғол дар хун 0,5-1,5 промилл будан пайдо мешавад ва дар ноустувори дар роҳ гаштан, нутқи нобурро, пастшавии худтанқидӣ ва пастшавии назорат аз рӯи рафтори худ ба назар мерасанд.

Заҳролудшавии машруботии дараҷаи миёна ҳангоми миқдори алкоғол дар хун 1,5-2,5 промилл будан пайдо мешавад ва бо эйфория, ки мумкин бо ивазшавии ҳашмигини ба таҷовуз (агрессия) ба назар мерасанд.

Ҳангоми заҳролудшавии машруботии дараҷаи вазнин (миқдори алкоғол дар хун аз 2,5 то 4 промил) ба аломатҳои дар боло зикр гардида вайроншавии муайянқунии макон ва вақт ҳамроҳ мешаванд.

Беҳушшавии (қомаи) машруботи (миқдори алкоғол дар хун аз 4 промил боло) бо вайроншавии шуур ба назар мерасад, ки барои ҳаёт ҳолати хатарнок аст – мумкин аст аз сабаби фалаҷи марқазии нафасқашӣ ва аспиратсияи моддаҳои қайқунӣ ба марг наздик шавад.

Табобат. Заҳролудшавии машруботии беоризаи дараҷаи сабук ва миёна табобати махсусро талаб намеқунад. Ҳангоми шиддатноқии ҳаяҷонӣ равонӣ аз рӯи нишонқод фиксацияи бемор ва ворид намудани маҳлули галоперидол ба варид дар воқии 5-15 мг тавсия дода мешавад.

Табобати заҳролудшавии машруботии дараҷаи вазнин бо вайроншавии функцияҳои нафасқашӣ ва системаи дилу рағҳо бояд дар шӯъбаҳои табобати интенсифӣ ва реанимация ё дар ҳамаи шӯъбаи токсиколоқии муассисаҳои танқурустӣ ёрии тиббӣ амалӣ карда шаванд.

Ҳолати қатқунӣ аз алкоғол F10.3

Ёрии тиббӣ бояд дар ҳамаи муассисаҳои тандурустӣ амалӣ карда шавад: ноҳиявӣ, минтақавӣ, Ҷумҳуриявӣ.

Муоина: ба F10 нигаред.

Шарт, тавсиф ва алгоритми табобат: ҳангоми ҳолати қатъкунӣ аз машрубот бе ориза – бештар дар шароити амбулаторӣ гузаронида мешавад.

Расонидани кумак дар беморхона ҳангоми мавҷуд будани яке аз чунин аломатҳо тавсия дода мешавад:

- ҳолати қатъкунӣ аз машрубот бо оризаҳо;
- қайкунии доимӣ, ки ба қабули маводҳои доруворӣ монеъ мешавад;
- тахикардия (набз зиёда аз 100 зарба/дақиқа);
- фишори хун 180/100 мм сутунҷаи симоб;
- баландшавии ҳарорати бадан;
- бетоқатии возеҳ;
- майли худкушӣ;
- ҳомиладорӣ;
- бемории шадиди соматикӣ;
- бемории музмини соматикӣ ҳангоми хуруҷи онҳо; аломатҳои энцефалопатияи Гайя - Вернике - атаксия, нистагм, офтальмоплегия, ошуфтаҳоли;
- ихтилолҳои равонии ҳамрадиф, табобати тулкашидаи амбулаторӣ, аз ҷумла ихтилоли шахсият;
- дар анамнез вазнин гузаштани ҳолати қатъкунӣ аз машрубот;
- дар анамнез: кушишҳои бенатиҷаи табобати амбулаторӣ, делирия, ихтилолҳо, осеби сар бо беҳушшавӣ;
- надоштани хешу табор, ки дар нигоҳубини мизоч метавонидашанд иштирок намоянд ва мавҷуд набудани имконияти тамоси тез-тез бо мизоч.

Дар кӯдакон табобат дар шароити статсионарӣ тавсия дода мешавад.

Ихтилолҳои равонӣ дар натиҷаи истеъмоли машрубот F10.5

Марҳилаҳои чорабинии табобатӣ-ташхисӣ, муоина ва такрорӣ он, давомнокии табобат, натиҷаҳои мунтазира: **ба дастурҳои умумии мундариҷаҳои дар боби F10 нигаред**

Ёрии тиббӣ бояд дар ҳамаи муассисаҳои тандурустӣ амалӣ карда шавад: ноҳиявӣ, минтақавӣ, Ҷумҳуриявӣ.

Бистаришавии фаврии мизоч дар шӯъбаҳои наркологӣ ва психиатрӣ талаб карда мешавад, дар сурати мавҷуд набудани инҳо – дар шӯъбаи терапияи интенсивӣ (реанимация).

Деменция дар натиҷаи истеъмоли алкоголь F10.73

Тавсифи умумӣ. Синдроми машруботии Корсаков (амнестикӣ) намуди музмини норасогии тиамин (гиповитаминоз) дар мизоҷони бо вобастагии возеҳи алкогольӣ ба ҳисоб меравад.

Аломати хоси ин афзоиши амнезияи фиксатсионӣ бо назардошти мутлақи нигоҳдории дигар функцияҳои когнитивӣ мебошад. Синдроми Корсаков бештар ҳамчун натиҷаи намуди шадиди иллати органикии мағзи сар ҳангоми норасогии тиамин (гиповитаминоз) - энсефалопатияи Гайе-Верник ба амал меояд.

Дар баъзе мизоҷон бо синдроми амнестикӣ барқароршавии функцияҳои когнитивӣ ҳангоми худдорӣ намудан аз алкоголь ва гузаронидани витаминотерапия сурат мегирад. Дар дигар қисми мизоҷон вайроншавии хосиятҳои хотира бе бозгашт аст ва синдроми амнестикии алкогольӣ дар ин ҳолат ба деменцияи дар натиҷаи истифодаи алкоголь мегузарад.

Муоина ва такрории муоина: **ба банди F10 нигаред.**

Табобат. Маводи дорувории интиҳобӣ барои табобати синдроми амнестии алкогольӣ тиамин мебошад, ки бо вояи 200-300 мг/шабонарӯз дар давоми 7-15 рӯз дохили мушак мегузаронанд. Маводҳои дорувории мултивитаминҳо, ки дар таркибашон тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолатҳо ба дохил тавсия дода мешаванд.

Ҳангоми дементсияи машруботӣ низ чи хеле, ки синдроми амнестикӣ табобат мешавад, вале давомнокӣ аз 3 то 6 моҳ аст.

Маводи доруворие, ки метаболизм ва гардиши хун дар мағзи сарро хуб мекунад мумкин ҳангоми нишондод аз рӯи дастурамали истифодабарии маводҳои доорувории додашуда ҳангоми синдроми амнестикӣ ё деменция дар натиҷаи истеъмоли машрубот истифода бурда мешавад.

Ихтилолҳои равонӣ ва рафтор дар натиҷаи истеъмоли опиоидҳо F11

Захролудшавии шадид аз опиоидҳо F11.0

Тавсифи умумӣ. Ҳангоми захролудшавӣ аз опиоидҳо бе вайроншавии шуур ва функцияи нафаскашӣ чорабинихои махсуси табобати талаб карда намешавад. Ҳангоми дар ҳолатҳои талафёбии шуур ва гиповентилятсия аз захролудшавии шадид аз опиоидҳо ёрии фаврии тиббӣ талаб карда мешавад. Ёрии фавриво табибони ёрии таъҷилӣ мерасонанд, баъдан дар шӯъбаи токсикология ё дар шӯъбаи реанимацияи (терапияи интенсивӣ) наздиктарин муассисаи тандурустӣ бистарикунонӣ тавсия дода мешавад.

Синдром вобастагӣ аз опиоидҳо F11.3

Ёри тиббӣ бояд дар ҳамаи муассисаҳои тандурустӣ амалӣ карда шавад: ноҳиявӣ, минтақавӣ, Ҷумҳуриявӣ.

Табобат, мақсад, натиҷаҳои мунтазира, шароити табобат, давомнокии миёна: **ба мундариҷаҳои дар боби F10 нигаред**

Муоина. Сухбати алоҳида бо ҳуди мизоч ва баъдан – бо хешовандони вай (наздик), агар вуҷуд дошта бошанд, гузаронидан зарур аст.

Дар рафти ҷамъоварии маълумотҳои анамнезӣ аз мизоч маълумотҳои зерин муайян карда шаванд:

- аввалин маротиба истифодаи МФР;
- саршавӣ ва мунтазамӣ, давомнокии истифодаи МФР;
- усули истифодаи МФР; табобати қаблан гирифташуда;
- мавҷуд будани ремиссияи худ ба худ ва табобатӣ;
- маънои истифодаи чунин МФР ва дигар МФР;
- муносибат ба истифодаи МФР дар доираи рафқон;
- тасвири ҳолати захролудшавӣ (ба таври субъективӣ азсаргузаронии таъсири МФР ва ҳолати қатъкунӣ);
- мушкилиҳои иҷтимоӣ ва оқибатҳои манфии истифодаи МФР ба ҳаёти оилавӣ, кор ё таҳсил;
- фаъолияти ҷинояткорӣ (дуздӣ, авбошӣ ва ғайраҳо);
- мавҷуд будани аломатҳои психопатологӣ ва неврологӣ (вайроншавии рафтори қабули ғизо, ҳазён ва галлютсинатсияҳо, хуруҷҳои ихтилоҷӣ ва ғайраҳо);
- бемориҳои соматикӣ азсаргузаронида.

Баъзан вақт истеъмоли мунтазами опиоидҳо ба назар мерасанд (зуд-зуд героин) интраназально ё бо роҳи кашидан.

Истифодаи воқеии опиоидҳо далели онҳо дар пешоб (хун), мумкин аст, ҳуди вай ё ҳосилаҳои (метаболитҳои) вай падида оянд.

Бисёр вақт дар пешоб опиоидҳо падида намеоянд, балки маводҳои анксиолитикҳо аз гурӯҳи бензодиазепинҳо ё канабиноидҳо, ки мизочон метавонанд баробар истифода баранд, чунки онҳо бештар давраи тулонии хориҷшавӣ назар ба героинро доранд. Аммо дар ҳуди пешоб намоён гардидани опиоидҳо иҷозат намедихад ташҳиси синдроми вобастагӣ аз опиоидҳо гузошта шавад. Зарур аст, ки зуд-зуд якчанд маротиба пешобро таҳлил намуд, чунки истифодаи экспресс-метод на ҳама вақт ҳассос ва маҳсусанд, вале миқдорашон дар пешоб аз рӯзи истифода хеле тағйирёбанда мебошад.

Табиби оилавӣ мизочони бо аломатҳои вобастагӣ аз опиоидҳо барои маслиҳат ба назди мутахассиси маҳдуд (психиатр, нарколог) ё марказҳои

махсусгардонидашуда равон мекунад.

Синдроми вобастагӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар (анксиолитикҳои хобовар аз гурӯҳи бензодиазепинҳо, зидди ихтилоҷӣ ва хобовар аз гурӯҳи барбитуратҳо) F13.2

Тавсифи умумӣ. Вобастагӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар ба ду намуда ҷудо мешванд – воёи паст ва воёи баланд.

Барои муайян кардани намуди вобастагӣ ва ҳисоби воёи маводи доруворӣ ва табобати вай мафҳуми «воёи эквивалентӣ» бензодиазепинҳо ва фенобарбитал истифода мебаранд. Дар ин ҳангом воёи эквивалентҳо инҳо иебошанд (дар мг): диазепам - 5; фенобарбитал - 30.

Ҳангоми вобастагии воёи паст, воёи шабонарӯзии маводҳои анксиолитикҳо, хобовар ё зидди ихтилоҷӣ дар ҳисоби диазепам то 40 мг ташкил медиҳад (дар ҳисоби фенобарбитал – то 240 мг).

Ҳангоми вобастагии воёи баланд, воёи шабонарӯзии маводҳои анксиолитикҳо ё хобовар аз гурӯҳи бензодиазепинҳо дар ҳисоби диазепам зиёда аз 40 мг ташкил медиҳад (дар ҳисоби фенобарбитал – зиёда аз 240 мг). Ҳангоми вобастагӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ), аз рӯи қоида, ин ва ё дигар намудҳои ихтилоли равонии ҳамрадиф ҷой доранд (вайроншавии хоб, вобастагӣ аз машрубот, ихтилоли тарсу ҳарос, ихтилоли шахсият ва ғайраҳо).

Табиби оилавӣ мизочони бо вобастагӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва маводҳои хобовар (анксиолитикҳо ва маводҳои хобовар аз гурӯҳи бензодиазепинҳо, зидди ихтилоҷӣ ва маводҳои хобовар аз гурӯҳи барбитуратҳо) барои маслиҳат ба назди психиатр, нарколог ё марказҳои махсусгардонидашуда равон мекунад.

Пешгирии вобастагӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар аз риояи қоидаҳои зерин аст:

Таҳияи нақшаи муназзами истеъмоли маводи доруворӣ;

Ҳисоби қоида ва оқибатҳои эҳтимолии манфии табобат;

Ахборот додани мизоч оиди авҷгирии хатари вобастагӣ;

Оҳиста-оҳиста паст намудани воёи маводи доруворӣ;

Тавсияи маводҳои доруворӣ бо давраи хориҷшавиашон тулонӣ (диазепам) ва бо омезиши дигар маводҳои доруворӣ (антидепрессантҳо);

омезиши фармакотерапия бо психотерапия;

Бо мизочони вобастагӣ аз МФР ва ихтилоли шахсият аз руи имконият аз истифодаи тулонии маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар худдорӣ бояд кард.

Ҳолати қатъкунӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар (анксиолитикҳои маводҳои хобовар аз гурӯҳи бензодиазепинҳо, зидди ихтилоҷӣ ва маводҳои хобовар аз гурӯҳи барбитуратҳо) F13.4

Ҳангоми қатъкунии маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар ҳолати қатъкунӣ ва хуруҷкунии аломатҳои асосии ихтилоли равонӣ аслан ҷудо карда мешаванд, ки бо қадом сабаб чунин маводҳои доруворӣ таъин шуда буданд. Ҳангоми авҷгирии ҳолати қатъкунӣ ваҳм, бехобӣ, садо дар гушҳо, дилбеҳузурӣ, гиперактузия, ларзиш, арақкунӣ, миоклонияҳо, ихтилоҷҳо, делирий мушоҳида карда мешаванд.

Пешгирии авҷгирии ҳолати қатъкунӣ аз маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар аз қоидаҳои зерин иборат аст:

- аз рӯи имконият аз истифодаи табобатии тулонии маводҳои оромбахш (седативӣ) хобовар худдорӣ намуд (зиёда аз 3 моҳ);
- тавсияи маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар бо давраи хориҷшавиашон тулонӣ (диазепам);
- ҳангоми қатъкунӣ оҳиста-оҳиста кам кардани вояҳои чунин маводҳо.

Ихтилолҳои равонӣ ва рафтор, ки дар натиҷаи истеъмоли якҷанд маводҳои фаъолкунадаи равонӣ пайдо мешаванд F19

Марҳилаҳои ташҳисӣ – табобатӣ, сатҳи расонидани ёрӣ, муоина ва такрорӣ он: **ба боби F10 нигаред**

Табобат, мақсад, натиҷаҳои мунтазира: хотима додани истифодаи МФР, ислоҳ намудани вайроншавиҳои психопатологӣ, баланд бардоштани мутобиқшавии иҷтимоӣ.

Барои таъмини назорати қатъӣ аз руи рафтор ва истеъмоли МФР табобат дар шароити беморхона тавсия дода мешавад.

Мизоҷони бо синдроми воабастагӣ аз якҷанд МФР, аз рӯи қоида ба барқароркунии тиббии тулонӣ ниёз доранд.

Ҳангоми синдроми вобастагӣ аз опиоидҳо ва дигар МФР (алкоголҳо, маводҳои оромбахш (седативӣ) ва хобовар) омезиши истифодаи табобати нигоҳдорандаи ҷойивазкунанда ва ёрии равонӣ-иҷтимоӣ тавсия дода мешаванд.

Ҳангоми ихтилолҳои дар натиҷаи истеъмоли МФР, бо омезиши ихтилолҳои равонии вазнин табобат дар шӯъбаҳои статсионари махсусгардонидашуда нишон дода шудааст.

Ҷадвали 2

Интиҳоби маводҳои доруворӣ ҳангоми ҳолати қатъкунӣ аз алкоголь

Нишондод	Гурӯҳи маводи доруворӣ	Вояи маводи доруворӣ
Ҳамаи ҳолати қатъкунӣ	Тиамин	100-300 мг/шабонарӯз
Ҳамаи намудҳои ҳолати қатъкунӣ	Маводҳои анксиолитикӣ аз гурӯҳи бензодиазепинҳо	диазепам - 20-80 мг/шабонарӯз
Аломатҳои возеҳи вегетативӣ	Клонидин Бета-адреноблокаторҳо	225-450 мкг/шабонарӯз пропранолол - 40-80 мг/шабонарӯз атенолол - 50-100 мг/шабонарӯз
Ҳолати қатъкунии бе ориза	Карбамазепин	800-1200 мг/шабонарӯз
Ҳолати қатъкунӣ бо делирий	Галоперидол	2-10 мг/шабонарӯз
Дегидратацияи возеҳ, регидратацияи ғайриимкон бо даҳон	Табобати инфузионӣ бо маҳлулҳои полиионӣ	то 3,5 литр дар як шабонарӯз, аз онҳо: 0,9% маҳлули гидрохлориди натрий ё 5% маҳлули глюкозато 2 литр ва маҳлулҳои поли-ионӣ (дисоль, трисоль, маҳлули Рингер) - то 1,5 литр.

Ҷадвали 3

Нақшаи истифодаи маводҳои анксиолитикӣ аз гурӯҳи бензодиазепинҳо ҳангоми ҳолати қатъкунии моддаҳои ғайриқонуни равоӣ (психоактивных веществ)

Маводи доруворӣ	Вояи яққарата	Фосила	Вояи шабонарӯзӣ
Диазепам	5-20 мг ба дохил, дохили мушак ё дохили варид	ҳар 6-8 соат	20-80 мг

Ҷадвали 4

Нақшаи табобати амбулатории ҳолати қатъкунӣ аз алкоголь бо истифодаи диазепам

рӯзҳо	1-ум	2-юм	3-юм	4-ум	5-ум	6-ум	7-ум
Вояи шабонарӯзи	40	40	30	20	15	10	5

и диазепам (мг) /усули воридкунӣ	д/м	даҳо нӣ	даҳон ӣ	даҳон ӣ	даҳон ӣ	даҳон ӣ	даҳон ӣ
--	-----	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Ҷадвали 5

Ҳангоми таботати захролудшавии моддаҳои фаъоли равони маводҳои анксиолитики аз гурӯҳи бензодиазепинҳо

Маводи доруворӣ	Вояи яккарата, усули воридкунӣ	Фосила	Вояи шабонарӯзӣ
Диазепам	5-20 мг ба дохил ё дохили варид	Ҳар 6 соат	20-80 мг

САВОЛНОМА ОИД БА БАҲОДИҶИИ ҲОЛАТИ БЕМОР (PHQ-9)

Беморро хоҳиш менамоянд ба саволҳо ҷавоб диҳад: "Дар давоми ду ҳафтаи охир шуморо мушкилиҳои зерин ташвиш меоданд". Ҳар як савол чор ҷавоб ва баҳои эҳтимолӣ дорад:

- Не (0 ҳол),
- Якчанд рӯз (1 ҳол),
- Зиёда аз як ҳафта (2 ҳол),
- Қариб ҳаррӯз (3 ҳол).

Дар давоми ду ҳафта Шумо ҳис мекардед?:

1. Набудани ҳавас ба воқеаҳои рӯйдиханда
2. Ҳиссиёти ситамдидагӣ, ноумедӣ, депрессия
3. Мушкилии хобравӣ, бехобӣ, баръакс дуру дароз хоб мекунад
4. Ҳиси мондашавӣ ё сустшавии қувва
5. Набудани иштиҳо ё пурхурӣ
6. Худро бебарор ҳис кардан, гунаҳгор мешуморед, барои он ки ба оила вазнинӣ меоред
7. Душвории ҷалби диққат хангоми хондани китоб ё тамошои телевизор
8. Суст ҳаракат мекунад ё ғайриоддӣ охишта сухан меронед (истодагарӣ), ё баръакс, беқарорӣ ва ҳаяҷон зоҳир мекунад, ки он ба серҳаракатии аз ҳаррӯза зиёдтар оварда мерасонад.
9. Фикрҳо дар бораи он ки мурдан беҳтар аст, ё дар бораи он ки ҷӣ хел ба худ зарар расонед.

Чамъи нишондодхо (холи умумӣ):

Холи умумӣ	Зухуроти депрессия
1-4	рӯҳафтадагии минималӣ
5-9	рӯҳафтадагии сабук
10-14	рӯҳафтадагии миёна
15-19	рӯҳафтадагии вазнин
20-27	рӯҳафтадагии бениҳоят вазнин

НОМГУИ КАЛИМАҲОИ КУҶОҲКАРДАШУДА

1. МФР - мизоҷони истеъмолкунандагони
2. СИОЗС - Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
3. ТЦА - Антидепрессантҳои трициклӣ ингибиторҳои селективии дастгирии бозгашти серотонин
4. ХГНТ - Халалёбиҳои гиперкинетикӣ ва нуқсони таваҷҷӯҳ

АДАБИЁТҲО

1. А.Н., Каледа В.Г. Вербальная беглость на начальных этапах шизофрении: структурные и нейрофизиологические корреляты //Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - №4. – С. РИНЦ 2014 0,777
2. Андросова Л.В., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Отман И.Н., Ключник Т.П.– Показатели врождённого и приобретённого иммунитета в оценке тяжести клинического состояния пациентов с детской шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 2016, №2, 79-83
3. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств /пер. англ./ - М.: Бином, 2006. - 416 с.
4. Баймеева Н.В., Тихонов Д.В. Опыт проведения рутинной процедуры терапевтического лекарственного мониторинга антипсихотических препаратов у пациентов стационара с различными формами шизофрении и заболеваниями аффективного спектра / Психиатрия – 2016, 3(71). – С.40-41.
5. Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени). Психологические исследования, 2016, 9(46), 2. <http://psystudy.ru> Импакт Фактор 0,902

6. Вершинина Н.В., Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Сорокин А.Б., Кобзова М.П. Количественная электроэнцефалография как эффективный диагностический метод в психиатрической практике // Научная конференция молодых ученых памяти академика АМН СССР А.В.Снежневского, Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 24 мая 2016 г. // Психиатрия 2016. – №3. – С.45-46.
7. Галако Т. и др. Психиатрия в практике семейного врача /учебно-метод. пособие для врачей/. - Бишкек: ST-Art, 2008. - 120 с.
8. Главные вмешательства в ведении депрессии в первичной и специализированной помощи (перев.) - Национальный центр сотрудничества в области психического здоровья (NCCMH, Engl.). - London, 2009. - 102 p.
9. Глушков В. Депрессии в общемедицинской практике. //РМЖ.- 2005.- т.13.- 12.
10. Голимбет В.Е.. Современные возможности и перспективы практического использования результатов молекулярно-генетических исследований эндогенных психозов. Психиатрия.2016.- №1 (69), с. 65
11. Головина А.Г., Шмакова О.П., Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Развитие амбулаторного звена психиатрической помощи детям и подросткам в Москве. Российский психиатрический журнал, 2016, №4, с.28-38. IF=0,344
12. Голубев С.А. Анализ назначения нейролептической терапии при лечении шизофрении юношеского возраста на этапе отдалённого катамнеза (20-25 лет) в амбулаторных условиях // Забайкальский медицинский вестник. – 2016. – № 4, с. 27-32
13. Депрессия: Главные вмешательства в ведении депрессии в первичной и специализированной помощи /пер./ - Национальный центр сотрудничества в области психического здоровья (NCCMH, Engl.). - London, 2009. - 102 p
14. Есейкина Л. И., Лукин А. В., Плужников И. В. Отечественный и зарубежный опыт нейропсихологической оценки психических функций при синдроме мягкого когнитивного снижения. Сообщение 1. Методология нейропсихологического анализа состояния познавательной сферы при синдроме мягкого когнитивного снижения // Психиатрия. — 2016. — Т. 70, № 2. — С. 55–61
15. Есейкина Л. И., Плужников И. В. Нарушение внимания у больных с тревожными расстройствами: нейропсихологический подход. Тезисы Конференции молодых ученых, посвященная памяти А.В.Снежневского Принято к печати в журнал «Психиатрия» 2016, №3. с.55-56.
16. Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении. Клиническая и специальная психология. 2016, №4, с. 76-92

17. Зурдинова А. и др. Методология разработки и адаптации клинических руководств, основанных на доказательной медицине. - Бишкек, 2008. - 58 с.
18. Иванов М.В., Богачева О.И. Исследование особенностей родительского отношения к болезни ребенка (на примере расстройств аутистического спектра) // Психиатрия. – 2016. – № 3, с. 58-59
19. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – № 2 (13). – Т.3. – С. 56-59.
20. Изнак А.Ф., Медведева Т.И., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Бологов П.В., Кобзова М.П. Нарушения нейрокогнитивных механизмов принятия решений при депрессии // Физиология человека 2016. – Т.42. – №6, с. 18-26 WoS Scopus IF РИНЦ 0.750
21. Калинина М.А., Боравова А.И., Галкина Н.С., Шимонова Г.Н. Клинико-нейрофизиологические особенности детей с высоким риском развития эндогенных психозов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016, 1, с. 12-20
22. Калын Я.Б., С.И. Гаврилова, Т.П. Сафарова, О.Б. Яковлева, В.С. Шешенин, В.В. Корнилов, Е.С. Шипилова. Новые возможности оптимизации терапии депрессий в геронтопсихиатрической практике. Журнал «Фарматека», 2016, 4, с.46-54.
23. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. /В сб. Депрессии и коморбидные расстройства.- М., 1997.- С. 80-98.
24. Кичук И.В., Петрова Е.А., Митрофанов А.А., Соловьева Н.В., Вильянов В.Б. Изменения показателей электроэнцефалограммы и концентрации серотонина при депрессивных и тревожных расстройствах // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2016 – Т.8. – №3. – С.34-38. DOI:10.14412/2074-2711-2016-3-34-38
25. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2016,1, 29-36. Импакт Фактор 0,386
26. Кобзова М. П. Исследование связи когнитивных и личностных показателей у женщин, страдающих депрессией // Научная конференция молодых ученых памяти академика АМН СССР А.В.Снежневского, Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 24 мая 2016 г. // Психиатрия 2016. – №3. – С.60-61
27. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В., Крылатова Т.А. Опасные методы в детской психотерапии // Журнал "Медико-социальные аспекты психического здоровья", 2016, 5, С. 29-35

28. Мазаева Н.А. Суицидальная активность подростков (по данным зарубежных публикаций) Психиатрия и психофармакотерапия, 2016, №1, с. 11-19 IF=0,723 РИНЦ
29. Марута Н., Мороз В. Невротические депрессии (клиники, патогенез, диагностика и лечение). - Харьков: Арис, 2002. - 144 с.
30. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность Психологические исследования 2016; 9(46), 3. <http://psystudy.ru> импакт-фактор РИНЦ 0,917
31. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Межд. Мед. ж. -2003. - 3. - С. 22-27.
32. Михайлов Б., Сердюк А., Федосеев В. Психотерапия в общесоматической медицине /Клинич. руководство/. - Харьков, 2002. - 128с.
33. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. - СПб, 1995. - 856 с.
34. Мирошниченко И.И., Баймеева Н.В. Мониторинг лекарственной терапии психических заболеваний. / Психиатрия, 2016, №1., С.65-67.
35. Митихин В.Г., Митихина И.А. Формирование индикаторов для оценки деятельности медико-социальных служб. // Международный научно-исследовательский журнал. 2016, № 10-4 (52), с.79-83.
36. Морозова М.А., Алексеев А.А., Рупчев Г.Е. Психологический дистресс и его значение для практикующего врача (на примере неврологической практики). CONSILIUM MEDICUM. Neurology and Rheumatology. Приложение, № 1, с. 76-80. 2016.
37. "Психиатрия, психотерапия и клиническая психология", Международный рецензируемый научно-практический журнал №1, 2017 https://elibrary.ru/title_about.asp?id=32100
38. "Психиатрия", Журнал, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение научный центр психического здоровья, №№1-3, 2017 г. Подкорытов В.С. Проблемы депрессии с общесоматической практикой // Архив психиатрии. - 2003. - 1. - С. 69-71
39. Пятницкий Н.Ю. "К проблеме адекватности психиатрической диагностики и "глобального" психотерапевтического подхода в современной медицине" // сдана в печать "Психическое Здоровье", 2016. - № 2, с. 78-79
40. Румянцев А.О. Психопатологические особенности аттенуированной психотической симптоматики в структуре депрессий юношеского возраста Тезисы Конференции молодых ученых, посвященная памяти А.В.Снежневского // Психиатрия. - 2016. - №3. – С.75-77.
41. Румянцева Е.Е. Применение полуструктурированного интервью «Способность понимать модель психического» в норме и при

- шизофрении у лиц юношеского возраста // Вестник Омского Университета. Серия: Психология. 2016. - №1. - С. 15-21.
42. Сизов С.В., Бологов П.В., Олейчик И.В., Казачинская И.И. Оптимизация терапии эндогенных депрессивных расстройств с помощью транскраниальной магнитной стимуляции. Журнал «Психиатрия». 2016;71(3):80-81. ИФ РИНЦ 0,341
43. Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Результаты пилотного эпидемиологического скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста. // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №2 (13) т.3.- 2016, с. 56-59.
44. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении. Ж. Аутизм и нарушения развития 2016, т.14, №4, с. 51-67. Doi:1017759/autdd2016140408
45. Смулевич А. Депрессия в общемедицинской практике.- М., 2000. - С.65-72
46. Смулевич А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2016;116(1): 4-9 (ИФ=0,666, Q4)
47. Смулевич А.Б., Германова К.Н., Читлова В.В. Реакции горя и ипохондрия (типология ипохондрических реакций у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра) - Психические расстройства в общей медицине. 2016, №3 с. 4-8 (ИФ=0,401)
48. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Воронова Е.И. Современные концепции негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренического спектра. – Психиатрия. 2016, 4, с.5-19
49. Смулевич А.Б., Читлова В.В., Германова К.Н. Психогенные депрессии и эндогенный процесс (к проблеме реактивной шизофрении) - Журнал неврол и психиатр им. Корсакова – 2016 – №5, с 4-12
50. Снежневский А.В. “Клиническая психиатрия”, К 100 летию со дня рождения, 2004 г.
51. Солохина Т.А., Митихин В.Г., Ястребова В.В., Алиева Л.М., Машошин А.И. Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения / Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 236-244.
52. Солохина Т.А., Ястребов В.С. Инновационно-реформаторский потенциал общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья / Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 244 – 252.

53. Сорокина О.Ю., Читлова В.В. Невротическая депрессия (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. 2016, №4, с. 28-33
54. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. Клинические характеристики болезни и особенностей патопсихологического профиля при прогрессивной детской шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 4(39) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 27.09.2016).
55. Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений / // Клиническая и специальная психология [Электронный портал психологических изданий PsyJournals.ru]: URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n1/> – 2016. – Т.5. – №1. – С. 61-76. doi:10.17759/cpse.2016050105 Импакт Фактор 0,205
56. Харисова Р.Р., Д.А.Комолов, Ю.В.Чебакова, Ениколопов С.Н. Сравнительный анализ стилей родительского воспитания детей с различными группами здоровья. Вопросы психического здоровья детей и подростков" 2016(16) №3, 42-51 импакт-фактор РИНЦ 0,170
57. Флетчер Ф., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - М., 1998. - 352 с.
58. Хелл Д. Ландшафт депрессии. - М.: Алетейа, 1999. - 280 с.
59. Черемных Е.Г., Карпова Н.С., Фактор М.И., Шушпанова О.В., Симашкова Н.В., Брусов О.С. Активность системы комплемента у детей с расстройствами аутистического спектра. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, т. 116, 12, 2016, с.64-68.
60. Черемных Е.Г., Н.С. Карпов, М.И. Фактор, Шушпанова О.В., Симашкова Н.В., О.С. Брусов. Оценка функциональной активности системы комплемента у детей с расстройствами аутистического спектра. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2016, №12, с.64-68
61. Шмакова А.А., Шмакова О.П., Андросова Л.В. К проблеме выявления детей группы риска по декомпенсации хронических психических расстройств. Тезисы к научной конференции молодых учёных памяти акад. А.В. Снежневского. 24 мая 2016 г. Москва. Ж. Психиатрия 2016, 3, с. 88-89.
62. Юматова П.Е. Персонифицированные параметры качества ремиссий после эндогенных бредовых депрессий. Журнал «Психиатрия». 2016;71(3):90-91. ИФ РИНЦ 0,341
63. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Геномные технологии в диагностике расстройств аутистического спектра. // Психиатрия. – 2016. – Т.69, № 1. – С.70. (Импакт фактор журнала – 0,292) <http://elibrary.ru/item.asp?id=26633312>
64. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихин И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка

- концептуальной базы современной психиатрической службы (Сообщение 1) // Ж. психиатрии и неврологии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 9. – с.4-12.
65. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований организации психиатрической помощи // Ж. психиатрии и неврологии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – с. 4-12.
66. Ястребова В.В. VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее». 18-20 мая 2016 г., Уфа, Россия // Психиатрия. – № 02 (70). – 2016.– С.98-102.
67. Ястребова В.В., Ястребов Д.В. Инсомнические нарушения при тревожных расстройствах: клиника и терапия // Consilium medicum. – 2016.– Т. 18 №2.– С.117–123
68. Ястребова В.В., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Алиева Л.М., Машошин А.И. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повышению /Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016. – с. 334-341.
69. Abrams R. Electroconvulsive therapy. Oxford Un. press, NY., 2003.
70. Adli M. et al. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after medium- dose treatment has failed? A systematic review //Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. - 2005. - 255. - 387-400.
71. American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder // Am. J. Psychiatry. -2000. - 157. - P.1-45.
72. Anderson I. SSRIs versus TCA in depressed inpatients A a meta-analysis of efficacy and tolerability //Depress. Anxiety. - 1998. - 7. - 11-17.
73. Anderson I. SSRI v.TCA: a meta-analysis //J. Affect. Dis. - 2000. - 58. - 540-542.
74. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H. et al. Cost of brain disorders in Europe // Europ. J. of neurology. - 2005. - 12. - 1-27.
75. Alfimova M. V., V. E. Golimbet • G. I. Korovaitseva • T. V. Lezheiko • M. V. Gabaeva I. V. Oleichik, S. A. Stolyarov. The Val66Met BDNF Polymorphism Has No Effect on Cognitive Deficit in Schizophrenia Patients or the Risk of This Disease in Their Relatives. Neuroscience and Behavioral Physiology. June 2016;46(5):534-538. DOI 10.1007/sl 1005-016-0273-2.
76. Androsova Liubov, Nataliya Mikhaylova, Svetlana Zozulya, Aleksandr Dupin, and Tatyana Klyushnik. A comparative study of innate immunity markers in Alzheimer's disease, Mixed dementia and Vascular dementia // International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health 2016 September 3(Suppl. 1):1-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3\(Suppl.1\).S0x](http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3(Suppl.1).S0x)
77. Baghai T., Moller H-J., Rupprecht R. Recent progress in Pharmacological and non-pharmacological treatment options of major depression // Current pharmaceutical design. - 2006. - 12. - 503-515.

78. Baldwin D., Anderson D., Black S. Et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* - 2003. - 18. - P. 829-838.
79. Barbey J., Roose S. SSRI safety in overdose // *J. Clin. Psychiatry.* - 1999. - 59. - 42-48.
80. Bromet E., Andrade L., Hwang I., et al. Cross-National Epidemiology of DSM-IV Major Depressive Episode. *BMC Medicine*, July 2011.
81. Baimeeva, N.V., Miroshnichenko, I.I. Analytical Methods for the Determination of Atypical Neuroleptics. / *Pharm. Chem. J.* (2016) 50: 339-345. SCOPUS
82. Bezrukov M. V., Yu. E. Shilov, N. V. Shestakova, and T. P. Klyushnik. Biological Evaluation of the Severity of Depression - a New Method for Assaying Platelet Serotonin Concentrations. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. Vol. 46. No. 3. March, 2016, Pages 338-343(1-5). DOI 10.1007/s11055-016-0238-5 (импакт фактор 0,752)
83. Bigdeli TB, Ripke S, Bacanu SA, ... Golimbet V... Genome-wide association study reveals greater polygenic loading for schizophrenia in cases with a family history of illness. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016 Mar;171B(2):276-89. doi: 10.1002/ajmg.b.32402. (IF 3.391)
84. Cheeta S. et al. Antidepressant related death and antidepressant prescriptions in England and Wales // *Br. J. Psychiatry.* - 2004. - 184. - 41-47.
85. СІNP (Международное общество нейропсихофармакологии). Технический обзор рабочей группы «Обоснованное применение антидепрессантов». - 2006. - СПб. - 174 с.
86. Cipriani A., et al. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression // *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 4, CD004185
87. Colombo C., et al. Total sleep deprivation combined with lithium and light therapy in the treatment of bipolar depression // *Psychiatry Res.* - 2000. - 95. - 43-53.
88. Depression. The treatment and management of depression in adults. - NICE clinical guideline. - 2010. - 64 p.
89. EST review group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders // *Lancet.* - 2003. - 367. - 153-167.
90. Ferguson J. SSRI antidepressant medication: adverse effects and tolerability // *J. Clin. Psychiatry.* - 2001. - 3. - 22-27.
91. Frank e. Et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2005. - 62. - 996-1004.
92. Fedorova Yana, Roshchina I.F., Ponomareva E.V., Kolykhalov I.V., Mikhaylova N.M., Gavrilova S.I. Clinical types of FTD in elderly patients of Alzheimer's disease outpatients clinic (clinical-neuropsychological study) // *Journal of Neurochemistry.* 2016; 138 (Suppl. 1):268 Импакт-фактор 3.842
93. Hansen R. Et al., Efficacy and safety of second-generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder // *Ann. Intern. Med.* - 2005. - 143. - 415-426.
94. George M.S. et al. A one-year comparison of vagus nerve stimulation with treatment as usual for treatment-resistant depression // *Biol. Psychiatry.* - 2005. - 58. - 364-373.

95. Golimbet V. E., Zh. V. Garakh, G. I. Korovaitseva, T. V. Lezheiko, Yu. S. Zaytseva, V. B. Strelets. The modifying effect of the BDNF Val66Met polymorphism on the neurophysiological characteristics of verbal information processing. *International Journal of Psychophysiology* Volume 108, October 2016, Pages 126–127. Proceedings of the 18th World Congress of Psychophysiology (IOP2016) of the International Organization of Psychophysiology (IOP) Havana, Cuba August 31st to September 4th, 2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.07.374> 32 (IF WOS 2.596)
96. Iourov I.Y. Meet Our Regional Editor. // *Current Bioinformatics*. – 2016. – Vol. 11, No. 3. – 1p. (Импакт фактор журнала 0,77). DOI: 10.2174/157489361105161101205455
97. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Liehr T., Zelenova M.A., Kurinnaia O.S., Vasin K.S., Kolotii A.D., Korostelev S.A., Yurov Y.B. Constitutional genome and chromosome instabilities in the autistic brain. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2016. - Т.61, №4. - С.183-184. (Импакт фактор журнала – 0,434)
98. Ivanov M., Platonova N., Kozlovskaya G. The body image and psychopathology in children // *European Psychiatry*. – 2016. – Vol. 33. – Suppl. – P. S434. DOI 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1253
99. Ivanov P.A., Faktor M.I., Karpova N.S., Cheremnykh E.G., Brusov O.S. Complement-mediated death of ciliate tetrahymena pyriformis caused by human blood serum. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 2016. Т. 160. № 6. С. 775-778.
100. Iznak A. Interrelations of the CNS and Immune System in Pathogenesis and Treatment of Attack-like Schizophrenia // *Anatomy & Physiology: Current Research* 2016. –V.6.–No.4(suppl). –P.15-16. IF WoS 1.0
101. Iznak A.F., Medvedeva T.I., Iznak E.V., Oleichik I.V., Bologov P.V., Kobzova M.P. Disruption of Neurocognitive Decision-Making Mechanisms in Depression // *Human Physiology* 2011. – V.42. – No.6. – P.598-605. WoS/Scopus IF РИНЦ 0.750 DOI: 10.1134/S0362119716060086
102. Hu T.W. The economic burden of depression and reimbursement policy in the Asia Pacific region // *Australas. Psychiatry*. - 2004. - 12. - P. 1-15.
103. Kalyn Y.B., Shipilova E.S., Roshchina I.F., Vologdina Y.O., Safarova T.P. Frontotemporal dysfunction in elderly patients with bipolar disorder. *Journal of Neurochemistry* vol. 138 (Suppl. 1) 2016, p.274-275 Импакт-фактор 3.842
104. Kananovich P.S. The interpretation of anhedonia in a structure of affective disorders and schizophrenia. *European Psychiatry (Abstracts of the 24th European Congress of Psychiatry)* Vol. 33, p. 666, March 2016
105. Kennedy S.H., et al. Efficacy of escitalopram in the treatment of major depression compared with conventional selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine XR: a meta-analysis // *J. Psychiatry Neurosci.* - 2005. - 31. - 122-131.
106. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
107. Mace S., Taylor D. SSRI: a review of efficacy and tolerability in depression // *Expert. Opin. Pharmacol.* - 2000. - 1. - 917-933.

108. Markowitz J., et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients // *J. Affect. Disorders.* - 2005. - 89. - 167-175.
109. Mattia C. Et al. New antidepressants in the treatment of neuropathic pain. A review.//*Minevra Anesthesiol.* 2002. - 68. - 015-114.
110. Mason J. Et al. Fatal toxicity associated with antidepressant use in primary care //*Br. J. Gen. Pract.* 2000. - 50. - 366-370/
111. Mikhaylova N., L. Androsova, S. Zozulya, Y. Fedorova, I. Kolykhalov, T. Kliushnik. Blood markers of neuroinflammation in frontotemporal dementia. *Journal of Neurochemistry* © 2016 International Society for Neurochemistry *J. Neurochem.* (Suppl. 1) (2016), 222-428 (395) (импакт фактор 3.842)
112. Mc Ewen B., Olie J. Neurobiology of mood , anxiety and emotion as revealed by studies of a unique antidepressants: Tianeptine // *Mol. Psychiatry.* - 2005. - 10. - 525-537.
113. Moller H. Are all antidepressants the same?//*J. Clin. Psychiatry.* - 2000. - 61. - 24-28.
114. Moller H. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders //*Acta Med. Scand.* - 2003. - Suppl. 2. - 73-80.
115. Montgomery S. Et al. Absence of discontinuation symptoms with paroxetine: a randomized double-blind, placebo-controlled discontinuation study //*Int. Clin. Psychopharmacol.* 2004. - 19. - 271-280.
116. 2004. - 19. - 271-280.
117. Montgomery S et al. A randomized study comparing escitalopram with venlafaxine XR in primary care patients with major depression //*Neuropsychobiology.* - 2004. - 50. - 57-64.
118. Moore N. et al. Prospective, multicenter, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorders//*Int. Clin. Psychopharmacol.* - 2005. - 20. - 131-137.
119. Mottram P. Et al. Antidepressants for depressed elderly //*Cochrane Database Syst. Rev.* - 2006., CD003491
120. Mulsant B. et al. A twelve-week, double-blind, randomized comparison of nortriptyline and paroxetine in older inpatients and outpatients //*Am. J. Geriatr. Psychiatry.* - 2—1. - 9. - 239-244.
121. Normann C. et al., Lamotrigine adjunct paroxetine in acute depression. A placebo, double-blind controlled study //*J. Clin. Psychiatry.* - 2002. - 63. - 337-344.
122. Peretti S. et al. Safety and tolerability considerations: TCA/SSRI.//*Acta Psychiatr. Scand.* - 2000. - 403. - 17-25.
123. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. - WHO guideline, 2009. - 82 p.
124. Sampogna F, Abeni D, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Titeca G, Jemec GB, Misery L, Szabó C, Linder MD, Evers AW, Halvorsen JA, Balieva F, Szepietowski JC, Romanov DV et al. Impairment of Sexual Life in 3,485 Dermatological Outpatients From a Multicentre Study in 13 European Countries. *Acta Derm Venereol.* 2016 Nov 7. doi: 10.2340/00015555-2561. [Epub ahead of print] (IF=4.244, Q1)

125. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H, ... Golimbet V et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*. 2016 Feb 11;530(7589):177-83. doi: 10.1038/nature16549. (импакт фактор 41.45)
126. Shendyapina M.V., Omel'chenko M.A., Lebedeva I.S., Kanonovich P.S., Simonova O.A., Kaleda V.G., Semenova N.A., Ublinskii M.V., Dmitrienko D.M., Akhadov T.A. Information processing and some indicators of brain metabolism in patients at ultra-high risk of developing endogenous psychosis. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2016. T. 46. № 5. С. 523-528.
127. Simashkova, N. V. Assessment of serum trace elements and electrolytes in children with childhood and atypical autism. / Skalny, A. V.; Klyushnik, T. P.; et al // *J Trace Elem Med Biol.* ;2016; IF-2,5 (WOS) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27707611>
128. Simashkova, N. V. Hair toxic and essential trace elements in children with autism spectrum disorder. / Skalny, A. V.; Klyushnik, T. P.; et al. // *Metab Brain Dis.*; 2016; IF-2,6 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27581303>
129. Skalny Anatoly V., Natalia V. Simashkova, Tatiana P. Klyushnik, Andrei R. Grabeklis, Ivan V. Radysh, Margarita G. Skalnaya, Alexandr A. Nikonorov, Alexey A. Tinkov. Assessment of serum trace elements and electrolytes in children with childhood and atypical autism. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*,(2016 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtemb.2016.09.009> (Scopus, Web Of Science, If = 2.55).
130. Skalny Anatoly V., Natalia V. Simashkova, Tatiana P. Klyushnik, Andrei R. Grabeklis, Geir Bjørklund, Margarita G. Skalnaya, Alexandr A. Nikonorov, Alexey A. Tinkov. Hair toxic and essential trace elements in children with autism spectrum disorder. *Metab Brain Dis*, doi 10.1007/s11011-016-9899-6. # Springer Science+Business Media New York 2016 Received: 10 May 2016 /Accepted: 19 August 2016 (IF = 2.603, Scopus, Web of Science)
131. Smulevich A.B., Lvov A.N., Romanov D.V. Hypochondriasis Circumscripta: A Neglected Concept with Important Implications in Psychodermatology // *Acta Dermato-Venereologica* 2016 - Volume 96, Issue 217, 64-68 (IF=4.244, Q1)
132. Saxena S., Paraje G., Sharan P. Et al. The 10/90 divide in mental health research. Trends over a 10-year period // *Br. J. Psychiatry.* - 2006. - 188. - P. 81-82.
133. Sir A. Et al. Randomized trial of sertraline versus venlafaxine XR in major depression. // *J. Clin. Psychiatry.* - 2005. - 66. - 1312-1320.
134. Smith D., et al. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with SSRI and other antidepressants: a meta-analysis // *Brit. J. Psychiatry.* - 2002. - 180. - 396-404.
135. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*. 1999;282:1737-44. –
136. Stahl S. et al. SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy and tolerability in comparison with other classes of antidepressants // *CNS Spectr.* - 2005. - 10. - 732-747.

137. Szanto K. et al. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression //Arch. Gen. Psychiatry. - 2003. - 60. - 610-617.
138. Thomas C., Morris S. Cost of depression among adults in England //Br. J. Psychiatry. - 2003.
139. Vikhрева OV, Rakhmanova VI, Orlovskaya DD, Uranova NA. Ultrastructural alterations of oligodendrocytes in prefrontal white matter in schizophrenia: A post-mortem morphometric study. Schizophrenia Research 2016, 177(1-3):28-36. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.023. [Epub ahead of print] (IF 3.9).
140. Vorsanova S.G., Yurov Y.B., Iourov I.Y. Neurogenomic pathway of autism spectrum disorders: linking germline and somatic mutations to genetic-environmental interactions. // Current Bioinformatics. – 2016. - Vol. 11, No. 3. – 8p. (Импакт фактор 0,77).
141. Vybornykh D. E., Khrushchev S. O., Fedorova S. Yu., Tkhostov A. Sh., Pluzhnikov I.V., Kuzmina L. A., Parovichnikova E. N., and Savchenko V. G. Neuropsychological impairments in hematological malignancies patients expected to allo-BMT // Blood. — 2016. — Vol. 128, no. 22. — P. 5807.
142. Van Amerongen A. et al. A randomized, double-blind comparison of milnacipran and imipramine in the treatment of depression //J. Affect. Disord. - 2002. - 72. - 21-31.
143. Vis P., et al. Duloxetine and venlafaxine -XR in the treatment of major depression: a meta-analysis of randomized trials // Ann. Pharmacother. - 2005. - 39. - 1798-1807.
144. Volz H., Laux P. Potential treatment for sub threshold and mild depression: a comparison of St.John's wort extracts and fluoxetine //Compr. Psychiatry. - 2000. - 41. - 133-137.
145. Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y. Network-Based Classification of Molecular Cytogenetic Data. // Current Bioinformatics. – 2016. - Vol. 11, No. 3. – 7p. (Импакт фактор 0,77) DOI: 10.2174/1574893611666160606165119
<http://benthamscience.com/journals/current-bioinformatics/article/143006/>
146. Ziccardi W., Zhao C., Shepelev V., Uralsky L., Alexandrov I., Andreeva T., Rogaev E., Bun C., Miller E., Putonti C., Doering J. Clusters of alpha satellite on human chromosome 21 are dispersed far onto the short arm and lack ancient layers. // Chromosome Res. – 2016. - 24(3):421-36. doi: 10.1007/s10577-016-9530-z. Epub 2016 Jul 18. (Импакт фактор 3,5).
147. Zolotarev Yurii A, Georgii I Kovalev, Natalya V Kost, Margarita E Voevodina, Oleg Y Sokolov, Alexander K Dadayan, Evgenii A Kondrakhin, Ekaterina V Vasileva, Anna P. Bogachuk, Vyacheslav N. Azev, Valery M Lipkin and Nikolai F. Myasoedov. Anxiolytic activity of the neuroprotective peptide HLDF-6 and its effects on brain neurotransmitter systems in BALB/c and C57BL/6 mice Journal of Psychopharmacology, 2016, Vol. 30(9), p. 922-935. IF 3.637
148. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/ru/>
149. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/>

МУНДАРИЧА

№	Мавзӯъ	Саҳифа
1	Муқаддима	3
2	Ихтилоли инкишоф ҳалалёбии инкишофи психологӣ ихтилолҳои махсуси инкишофи нутқ ва забон	5
3	Ҳалалёбиҳои гиперкинетикӣ ва нуқсонҳои таваҷҷӯҳ	8
4	Ақибмонии зеҳнӣ	14
5	Руҳафтадагӣ (Депрессия)	19
6	Психозҳо. Ҳалалёбиҳои психотикии шадид ва транзиторӣ	27
7	Деменсия	34
8	Ихтилоли равонӣ ва рафтор дар натиҷаи истеъмоли моддаҳои ғайриқонунандаи равонӣ	41
9	Саволнома оид ба ҳолати бемор (PHQ-9)	52
10	Номгӯи калимаҳои кӯтоҳқардашуда	53
11	Адабиёт	54