

## EPILEPSIYA KASALLIGI VA EPILEPTIFORM SINDROMLAR

*Buxoro innovatsion ta'lim va tibbiyot universiteti  
davolash ishi fakulteti talabasi*

*Ahrorova Saodat Obid qizi*

*Telegram: @Saodat\_Obidovna*

*Gmail: saodatahrorova@gmail.com*

*+998930900518*

**Annotatsiya:** So‘nggi yillarda rivojlanayotgan mamlakatlarda diabet, saraton va yurak xastaliklari ko‘p uchramoqda. Ular orasida, ayniqsa, epilepsiya, ya’ni tutqanoq keng tarqalgan. Bu kasallikni davolash qiyin emas, deydi shifokorlar. Epilepsiya kasalligiga chalinganlarning aksariyati kambag‘al va o‘rta hol mamlakatlarda yashaydi. Tutqanoq yosh va jins tanlamaydi. U barcha yoshdagilarda hamda erkak va ayollarda birdek uchrashi mumkin. “Ota-onadan bolaga o‘tishi mumkin. Boshqa irsiy sabablari ham bor. Infeksiya, tug‘ilayotganda olingan travma, bosh jarohati va hatto insult va miya saratoni ham kasallikka sabab bo‘ladi”, - deydi Nyuton. Kasallikning turlari ko‘p. Tutqanoq‘i bor odamlar orasida o‘lim hollari ham ko‘p uchraydi. Ushbu maqolada epilepsiya kasalligining paydo bo‘lishi, nerv sistemasida yuzaga keladigan patologik holatlar va epileptiform sindromlar haqida gap boradi.

**Kalit so‘zlar:** Epilepsiya, xuruj, parsial tutqanoq, generalizatsiyalashgan tutqanoq, Aura, epileptik status, idiopatik tutqanoq, simptomatik tutqanoq, kriptogen tutqanoq.

**Asosiy qism:** Epilepsiya (yunonchadan. — tutaman), tutqanoq, quyonchiq — bosh miyaning surunkali kasalligi; ko‘pincha tirishish, hushdan ketish, bemor shaxsining o‘zgarishi, ayrim hollarda aqliy qobiliyatning susayib borishi bilan kechadi. Bunday kasallar (fe‘l-atvori o‘zgaruvchan, serjahl, ginaxon, tez stressga beriladigan bo‘lib qoladi va h.k.). Bosh miyaning tutqanoq tutishiga nisbatan tug‘ma yoki turmushda orttirilgan o‘ta moyilligi, shuningdek, nasliy tug‘ma nuqsonlar, bosh va orqa miyaning yuqumli kasalliklari, jarohatlari, tug‘ruq chog‘idagi noxushliklar, endokrin omillar, nogahon qo‘rquv va boshqalar epilepsiyaga sabab bo‘ladi. Jumladan epilepsiya asab sistemasining eng ko‘p tarqalgan kasalliklaridan biri bo‘lib, katta tibbiy-ijtimoiy muammoga aylangan.

**Epilepsiya** – bosh miyaning surunkali polietilogik kasalligi bo‘lib, takrorlanuvchi tutqanoqli va tuqanoqsiz xurujlar, o‘sib boruvchi shaxs o‘zgarishi bilan xususiyatlidir. Ular *harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar* bilan namoyon bo‘ladi. Epilepsiyaning aholi orasida tarqalishi 1000 kishiga 7-10 ta. Epilepsiyaning 75 foizi 20 yoshgacha bo‘lgan davrda boshlanadi. Kasallanish darajasi erkak va ayollarda deyarli bir xil tarqalgan. Mutaxassislar ma’lumotlariga qaraganda, epilepsiya

bilan kasallangan bemorlarning kamida 30 foizida ruhiy buzilishlar kuzatiladi. Bu kasallik bosh miyadagi travmalar bilan birgalikda qattiq zo'riqish tufayli ham yuzaga keladi. Bu zo'riqish ong ostidagi kuchli qo'rquv, ta'qib qilish ishtiyoqi, kuchli ichki kurash hissi, zo'ravonlik qilish istagi tufayli tug'iladi. Bu zo'riqishlar natijasida kishi o'zini shunchalik chirmab oladiki, vaqti-vaqti bilan tana bo'ysunishdan bosh tortadi va tartibsiz harakatlar qila boshlaydi. Tutqanoq vaqtida kishi ongi qisman yoki butunlay o'chib qoladi. Bu-kasallik sabablari ong ostida ham yashiringanini tasdiqlab beradi. Odatda, epilepsiya travmalardan tashqari, jinsiy rivojlanish jarayoni boshlanadigan balog'at davrida ham uchrash ehtimoli katta. Bu muayyan ongosti progammalarni harakatga keltiradi va buning natijasida ichki zo'riqish kuchayadi.

### Epilepsiya xurujlarining tasnifi 1.Parsial (Fokal) tutqanoqlar

\*Oddiy parsial tutqanoqlar: -Motor -Sensor -Vegetativ -Ruxiy \*Murakkab parsial tutqanoqlar \*Ikkilamchi generalizatsiyali parsial tutqanoqlar

### 2. Generalizatsiyalashgan tutqanoqlar

\*Absanslar:  
-Tipik -Atipik \*Mioklonik \*Klonik \*Tonik  
\*Toniko-klonik \*Atonik \*Tasniflanmaydigan

**Parsial (fokal) tutqanoq**-bosh miyaning chegaralangan soxasini epileptik qo'zg'alish bilan qamrab olinishi. Parsial tutqanoqning klinik ahamiyati shundaki, ular bosh miyadagi o'choqli jarayondan dalolat beradi. 3 guruhga bo'linadi: *\*Oddiy parsial tutqanoqlar*: elementar harakatlar (tutqanoq talvasalari) saqlangan ong zamirida yuzaga keluvchi hislar bilan xususiyatli. Ular barcha tutqanoqlarning 10-15 % ini tashkil qiladi va odatda bosh miyaning faqat bitta yarimsharining qatnashuvi bilan bog'liq. Davomiyligi 10-180 sek -*Oddiy motor parsial tutqanoqlar*: Klonik tortishishlar, bemor tana holatining o'zgarishi (postural tutqanoqlar), bosh miya va tananing buraluvchi xarakatlari (adversiv), nutqning vokalizatsiyasi yoki to'xtashi (fonator tutqanoqlar) kuzatiladi. Motor tutqanoq topik jixatdan bosh miya po'stlogii operkulyar zonasining odingi markaziy pushtaning jarayonga qo'shilishini aks ettiradi. *Sensor parsial tutqanoqlar*: Igna sanchilish, chumoli urmalashi, noxush maza yoki ta'm sezish, kuruv, eshituv yoki vestibulyar sezgilar bilan namoyon bo'ladi. Paresteziyalar ba'zida ketma-ket tananing turli qismlarini o'z ichiga oladi (Djekson tutqanoqlari). Sensor tutqanoq topik jixatdan orqa markaziy pushta, tepa bo'laklari, chakka bo'laklari pushtalarining jarayonga qo'shilganligini ko'rsatadi. *Vegetativ parsial tutqanoqlar*: Teri rangi, arterial bosim, yurak ritmi, qorachiqalar kattaligining o'zgarishi, epigastral sohada diskomfort bilan kechadi. Vegetativ xurujlar jarayonga chakka bo'lagining medial yuzasi: paragipokampal pushta, kamar pushtasining qo'shilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Oddiy parsial tutqanoqning ruhiy belgilari:

- dismnestik fenomenlar (avval kurilgan — **deja vu** yoki hech qachon kurilmagan - **jamais vu**),

kognitiv fenomenlar (fikrlarning qalqib chiqishi, derealizatsiya yoki depersonalizatsiya xislari),

-affektiv fenomenlar (qo'rquv, depressiya),

-illyuzor fenomenlar (hajm, shakl, vazn illyuziyalari).

**Aura-** bu epilepsiya xabarchisi. Oddiy parsial tutqanoq murakkab parsial yoki generalizatsiyalashgan turiga o'tishi mumkin, bu holatda aura yuzaga keladi – tutqanoqning boshlang'ich qismi, saqlangan ong zamirida kechib, u haqida bemor eslab, xisobot bera oladi. Xurujlar boshlanishiga bir necha soat qolganda, ba'zan esa bir-ikki kun oldin bemorning uyquasi qochadi, xavotir paydo bo'ladi, jahldor bo'lib qoladi, yuzi yoki tanasining ba'zi joylarida uvishishlar paydo bo'ladi, lab burchaklari titray boshlaydi. Odatda, mana shu belgilardan so'ng katta tutqanoq xurujlari boshlanadi. Tutqanoq xurujlaridan oldin auralarning kelishi bu yaxshi. Chunki bunday paytlarda bemor o'zini xavfsiz joyga oladi, ota-onasi yoki o'zi uydan chiqib ketmaydi, xavfli joylarda yurgan bo'lsa, xavfsiz joyga o'tadi va h.k. Biroq epilepsiyaning ba'zi turlarida auralar kuzatilmaydi. Aurasiz uchraydigan katta tutqanoq xurujlari hayot uchun xavflidir! Bunday bemorlar bosh va tan jaroxatlariga ko'p duchor bo'lishadi. Chunki xurujlar bo'lish paytini bemor bilmaydi va o'zini xavfsiz joyga ola olmaydi. **Tutqanoq xuruji qanday boshlanadi?** Tutqanoq xuruji to'satdan boshlanadi. Xuruj boshlanganda bemorning yuzi va oyoq qo'llari bir tomondan tortishib boshlaydi va bemor g'ujanak bo'lib yotib oladi.

Nafas olish qisqa vaqtga to'xtaydi va bemorning rangi ko'karib ketadi. Bu paytda u qichqirib yuboradi, tilini tishlab oladi. Bu vaqtda bemorning barcha muskullari qotib qoladi (tonik bosqich). Bu davr o'rtacha 1 daqiqa davom etadi. Ba'zida 30 soniyadan oshmaydi. Keyin xurujlarning titroqli davri (klonik bosqichi) boshlanadi. Bunda bosh va oyoq-qo'llar titray boshlaydi. Bosh orqa va yon tomonga buraladi, ko'z olmasi yuqori va yon tomonga qarab og'adi. Shu holatda titrashlar davom etib turadi. Titroqlar 2-3 daqiqa davom etadi, bu paytda bemor siyib ham yuboradi. Tonik-klonik xurujlarning umumiy davomiyligi 3-5 daqiqaga teng. Xurujlardan so'ng bemor 2 soat mobaynida qattiq uyquga ketadi. Uni uyg'otmaslik kerak. Uyqudan turgandan so'ng esa bosh og'rig'i kuzatiladi.

Miya jarohatining rivojlanishida, asosan, to'rtta davr bo'ladi:

1. Boshlang'ich yoki o'ta o'tkir davr.
2. O'tkir davr.
3. Tiklanish yoki tuzalish davri.
4. Kechki asoratlar yoki surunkali davr.

Ruhiy o'zgarishlar shu to'rtta davrga asoslangan bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlar uchun kech uyquga ketish va majburan erta uyg'onish xavflidir! Uyquning davomiyligi 6-8 soatdan kam bo'lmasligi kerak. Ertalab uyg'ongandan so'ng majburan ko'p uxlayverish ham mumkin emas. Bunday bemorlarda ba'zan

kunduz kuni to'satdan uxlab qolish holatlari ham kuzatiladi va bu holat narkolepsiya deb ataladi.

Epilepsiyaning turlari:

**Idiopatik epilepsiya:** Birlamchi yoki genuine Nasliy tavsifga ega Bolalik, o'smirlik yoshlarida boshlanib, kam xollarda boshqa nevrologik buzilishlar bilan kichadi MRTda biron-bir uzgarishlar aniqlanmaydi Oqibati yaxshi sifatli, davolanishi mumkin

**Simptomatik epilepsiya:** Bosh miyaning birlamchi tizimli va metabolik zararlanishi (tug'ma anomaliya, bosh miya o'smasi yoki jaroxati) Asosiy kasallik bilan bog'liq nevrologik buzilishlar bilan birga kuzatiladi. Ko'pincha katta yoshdagi bemorlarda kuzatiladi

Ko'pincha nasliy kelib chiqishga ega emas

Simptomatik epilepsiyaning turli yoshlardagi guruhlarda kelib chiqish sabablari

\*18-40 yosh: \*41- 60 yosh: Bosh miya travmasi Bosh miya o'smalari Bosh miya usmalari Surunkali alkogolizm Surunkali alkogolizm Bosh miyasi travmasi MNS yukumli kasalliklari Serebrovaskulyar buzilishlar Arteriovenoz mal'formatsiyalar \*60 yoshdan keyin:

Serebral ateroskleroz Bosh miyaning birlamchi usmalari Bosh miyaning metastatik usmalari Asab tizimining degenerativ kasalliklari

### **Kriptogen epilepsiya**

Epilepsiyaning bu shakli, simptomatik epilepsiya taxmin qilingan, ammo MNSning aniq bir kasalligini tashxislash imkoni bo'lmaganda qo'yiladi

Bosh miya tizimlarida mikroskopik o'zgarishlar bilan bog'lanadi (masalan gippokamp sklerozi va boshk.)

**Epileptik status-** Epileptik tutqanoqlar seriyasi bo'lib – ma'lum bir vaqt oralig'ida bir nechta xurujlar kuzatiluvchi (masalan, sutkasiga 8—10 tutkanoklar) xolat. Bu xayot uchun o'ta xavfli holat bo'lib, bunda tutqanoqlar nisbatan qisqa vaqt oralig'ida bir-birining ketidan yuz beradi.

Bunda bir-birining ketidan yuz berayotgan tutqanoqlar orasidagi davrda bemor xushiga kelmaydi, xayot uchun zarur a'zolar faoliyati esa nafaqat me'yor xolatiga qaytmaydi, balki xar bir xurujdan so'ng bosh miya komasi chuqurlashib boradi, yurak-qon tomir faoliyati, nafas, modda almashinuvi buzilishlari o'sib boradi. Yaqin vaqtlargacha 60 % bemorlar, epileptik status yuzaga kelganda, o'tkazilgan davolash tadbirlariga qaramay vafot etganlar.

\*Epilepsiya yuzaga kelishini asosiy xavf omillari:

-asoratli perinatal anamnez

-postnatal davrda bosh miyaning organik zararlanishlari (bosh miya travmasi, meningit va boshk.),

-bolalikdagi paroksizmal xolatlar (febril tutqanoqlar, affekt-respirator tutqanoqlar, tungi qoʻrquvlar va daxshatlar),

-rivojlanishdan ortda qolish,

-oʻchoqli nevrologik simptomatikaning boʻlishi

-EEGda epileptik faollik.

\*Qiyosiy tashxisot: Bemorning birinchi tutqanoq munosabati bilan murojaat qilganida avvalo qanday tutqanoq–epileptik yoki noepileptik turi haqida gap ketayotganligini aniqlash lozim.

Epileptik tutqanoqlarning noepileptik tutqanoqlar bilan qiyosiy tashxisi muammosi, ayniqsa namoyishkorlik turlarida (psevdotutqanoqlar), baʼzida boshqa turlari bilan (avvalambor mushak distoniyalarining paroksizmal shakllari) ajratish ancha murakkabdir. Epilepsiyani davolashning strategiyasi:

-erta boshlash,

-komplekslik,

-uzluksizlik,

-davomlilik,

Asosiy qoidasi - davolashni maksimal individuallashtirish boʻlib qolmoqda.

**Epileptik statusni davolash:** \*Tutqanoqlarni bartaraf etishda v/i diazepam 0,25-0,4 (do 20 mg) miqdorda yuboriladi. \*Agar status bartaraf etilmasa, bemor reanimatsiya boʻlimiga yuborilib, bir vaqtning oʻzida nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligi taʼminlanib, niqob orqali kislorod beriladi. \*Tutqanoqlar davom etgan xolatda v/i barbituratlar (geksenal, tiopental natriy) yuborilib, kislota-asos xolati, gemostazning provodyat monitoringi oʻtkaziladi va zarur boʻlganda ularning mutannosibliigi tiklanadi.

#### **Dori vositalarining asosiy guruhleri:**

-Benzodiazepinlar (diazepam)

-Karbamazepinlar (finlepsin)

-Valproatlar (depakin)

-Lamotridjin (lamiktal)

#### **Epilepsiyani davolash**

\*Absanslar Suksilep 10-25 mg/kg/sut \*Miokloniyalar Klonazepam 2-6 mg/sut

\*Murakkab parsial tutqanoqlar tungi xurujlar Finlepsin 8-20 mg/kg/sut

tegretol \*Generalizatsiyalashgan tutqanoqlar, Absanslar Lamiktal 50-200 mg/sut

\*Tutqanoqlarning barcha turlari Valproat kislota (depakin- xrono)10-50mg/kg/ sut

\*Antikonvulsantlarni bekor qilish asta sekin va remissiyadan keyin kamida 3 yil

oʻtgandan soʻng, EEG maʼlumotlarini meʼyorga kelganligini xisobga olgan xolda

oʻtkaziladi Aksariyat mutaxassislar tutqanoq xurujlari 2-3 marta kuzatilgandan

soʻnggina epilepsiya tashxisi haqida soʻz yuritish va uni davolash rejasini tuzish

mumkin, deyishsa, ayrimlari yilda 1 yoki 2 marta tutqanoq xurujlari kuzatiladigan

bemorlarga ham antikonvulsantlar buyurish shart emas, deb hisoblashadi. Albatta, agar xurujlar soni ko'paymasa, antikonvulsantlar bermaslik mumkin, biroq ularni vrach nazoratiga olish zarur. Chunki xurujlar keyinchalik ko'payishi va har haftada yoki har kuni kuzatila boshlanishi mumkin.

Valproatlar (depakin, konvuleks) epilepsiyaning deyarli barcha turlarida samarali dori vositasidir. Shuning uchun ham vrach bemorda epilepsiya tashxisini aniqlasa-yu, biroq uning turini aniqlashda va antikonvulsantlar tanlashda qiynalsa, davolashni va lproatlardan boshlashi mumkin. Valproatlar epilepsiyada kuzatiladigan ruhiy buzilishlarni bartaraf etishda ham samarali vositadir. Valproatlarga monelik qiluvchi holatlarni aniqlab olgach, ularni kam miqdorda tavsiya qilib, davolashni boshlash lozim. Valproatlar ichida depakin eng ko'p tavsiya qilinadigan dorivor vositadir. Depakin ovqat mahalida ichiladi. Valproatlarni kam miqdorda boshlab, ularning dozasini har 3 kunda oshirib borish dorining ortiqcha sedative ta'sirini kamaytiradi. Ma'lumki, antikonvulsantlarning sedative ta'siri dastlabki kunlari yaqqol namoyon bo'ladi. Dastlab, dorini kechqurun ichish tavsiya qilinadi, so'ng kunduz kuni, undan keyin esa ertalab buyuriladi. Dorining dozasi ham kechqurun beriladigani hisobiga oshiriladi. Iloji boricha, dorini ertalab va kechqurun tavsiya qilish zarur va kechqurungi dcza eratlakisidan yuqori bo'lishi kerak. Tutqanoq xurujlari bu- tunlay to'xtagandan so'ng dorining terapevtik dozasini aniqlab olib, belgilangan miqdorda davom ettirish kerak. Dorining dozasi asossiz ravishda oshirilmaligi kerak. Tutqanoq xurujlarini kam miqdordagi antikonvulsantlar bilan to'xtatishga erishilsa, ular faqat kechqurun tavsiya qilingani ma'qul. Bunday paytlarda ta'siri uzoq davom etuvchi antikonvulsantlar buyuriladi, m asalan, depakin xrono va h.k. Depakin o'tkir va surunkali gepatit, pankreatit, trombotsitopeniya, gemorragik diatez hamda porfiriya holatlarida buyurilmaydi. Epilepsiyada eng ko'p tavsiya qilinadigan yana bir antikonvulsant **finlepsindir (karmabazepin)**. Finlepsin tutqanoq xurujlarini to'xtatish bilan birgalikda, antimaniakal, antipsixotik, nomiotimik va analgetik ta'sirga ega. Finlepsin tavsiya qilinadigan epilepsiyaning turlari: katta tutqanoq xurujlari, psixomotor buzilishlar bilan kechuvchi partzial va uyquda kuzatiladigan katta tutqanoq xurujlar, epilepsiyaning aralashgan turlari, alkogol **abstinensiyasi sindromida** tutqanoq xurujlari, maniak al-depressiv psixozlar, ipoxondrik depressiyalar, affektiv psixozlar. Finlepsin absanslarda va mioklonik xurujlarda buyurilmaydi. Dorining dozasi individual tarzda aniqlanadi va bunda bemorning somatik ahvoli, Yoshi va kasallikning kechishi e'tiborga olinadi. Katta yoshdagilarga finlepsinning dastlabki kundalik miqdori 200-400 mg buyuriladi, so'ng dorining dozasi kuniga 800-1200 mg. gacha oshiriladi. Bolalarga finlepsin tana vaznining har kilogrammiga 10-20mg.dan tavsiya qilinadi.

**Xulosa:** Hozirgi kunda bolalarda uchraydigan epilepsiyani davolash kattalardagi epilepsiyani to'la yo'qotolmasa ham, har holda ma'lum darajada chastotasini kamaytiradi, epilepsiyani keltirib chiqarish holatlari kattalarda kamroq bo'ladi. Shunday ekan, bolalardagi epilepsiya faqat tibbiyotdagina emas, balki ijtimoiy sohadagi muhim muammolardan hisoblanadi. Epilepsiya klinikasini bilish, ayniqsa, uning boshlanish darajasini aniqlash, nafaqat nevropatolog va psixiatr vrachlar, balki poliklinikada ishlovchi barcha vrachlar bilishlari kerak, chunki epilepsiya bilan kasallangan bemorlar ko'pincha uning boshlanishi dastlabki ko'rinishi paydo bo'lganida uchastka vrachiga murojaat qiladilar. To'g'ri tanlangan davo usuli bilan biz uchun qo'rqinchli bo'lgan bu kasallikning yo'qolib ketishi haqida ko'plab mutaxassislar tomonidan aniqlangan, Zamonaviy tibbiyotda bu kasallik bedavo hisoblanadi. Chunki, kasallikka yondashuv ba'zi hollarda no'to'g'ri yo'ldan boradi. Kasallikning umumiy sxemasini ko'rib chiqsak. Masalan: bosh miyadagi o'choqni elektr tizimiga qiyoslasak, bosh miya qobig'ida kasallikning patalogik o'chog'i bo'lsa, elektr impulslari uning orasida erkin harakat qila olmaydi va qabul qilingan zaryad borgan sari to'planib, butun sistema bir muddat "ishdan to'xtab qoladi". To'plangan zaryad natijasida butun tana va bosh miyaga kuchli bosim boradi. Buning oqibatida, xurujlar yakuni xushdan ketish bilan yakunlanadi. Kimyoviy prepatlar kasallik o'chog'ini emas, balki bosh miyadagi bosimni kamaytiradi. Shunday ekan, malakali shifokor kasallikning o'zini emas, kelib chiqish sababini o'rganishi va tug'ma yoki orttirilgan ekanligini aniqlashi zarur. O'sha bemorga eng birinchi psixologik yordam ko'rsatilib, bemorda eng avvalo ichki xotirjamlik qilish kerak. Undan so'ng, oiladagi yoki atrofdagi muhitni o'rganish va davo choralarini qo'llashi kerak.

#### REFERENCES

1. Psixiatriya (N.I.Xodjayeva, A.U.Shoyusopova)
2. Tibbiyot psixologiyasi (Zarifboy Ibodullayev)
3. X.Q. Shodmonov, X.Sh. Eshmurodov, O.T.Tursunova. Asab va ruhiy kasalliklar
4. M.M.Asadullayev, S.N.Aslanova Asab kasalliklari propedevtikasi
5. Z.Ibodullayev Tibbiyot psixologiyasi
6. Z.Ibodullayev Asab kasalliklari
7. <https://med24.uz/uz/bolezn/epilepsiya>
8. [www.ziyo.com](http://www.ziyo.com).
9. Olimov X.O., U.X.Olimov Psixiatriya klinikasining mukaddimasi Toshkent, 1997.
10. Xodjaeva N.I., Shayusopova A.U. Psixiatriya.- Tashkent, 1995.
11. Jarikov N.M. i dr. Psixiatriya.- M., 1989.
12. Korkina M.B., Tsivilko M.A., Marilov V.V., Kareeva M.A. Praktikum po psixiatrii. Moskva, 1986
13. Detskaya psixiatriya. Pod red.Eydemillera E.G., Piter, 2005
14. Doklad VOZ po lekarstvennoy zavisimosti, Jeneva,2007.

- 15.Kovalev V.V. Psixiatriya detskogo vozrasta.- M., 1995.
- 16.Psixiatriya. Pod red.Sheydera R. Moskva, 1998.
- 17.Klinicheskaya psixiatriya. Pod red. Dmitrievoy T.B. Moskva, 1998.
- 18.Sovremennaya klinicheskaya psixiatriya. Popov Yu.V., Vid V.D. S-Peterburg,2002.
- 19.Alimov U.X., Xarabara G.I., Abdulkasimov F.B. Klinicheskoe rukovodstvo: modeli diagnostiki i lecheniya psixicheskix i povedencheskix rasstroystv. Tashkent,2003.
- 20.Kamenetskiy D.A. Nevrozologiya i psixoterapiya. Moskva,2001.
- 21.Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya.- L., 1985.
- 22.Politika i plani v oblasti oxrani psixicheskogo zdorovya detey i podrostkov, VOZ, Jeneva, 2006.
- 23.Programma YuNISEF «Zdorove i razvitie molodeji». Obrazovatelnie programmi po oxrane zdorovya i profilaktike riskovannix form povedeniya, 2000.
- 24.Psixiatriyadan ma' lumotnoma. Pod red.Murtalibova Sh.A.-Tashkent, 1993.
- 25.Psicheskoe zdorove v chrezvichaynix situatsiyax. VOZ, Jeneva, 2005
- 26.Pod red. Snejnevskogo A.V. Rukovodstvo po psixiatrii v 2-x tomax, M., 1983.
- 27.Rukovodstvo po psixiatrii v 2 tomax. Pod red. akad.RAMN Tiganova A.S.Moskva,2007
- 28.Rustanovich A.V., Shamrey V.K. Klinicheskaya psixiatriya (v sxemax, tablitsax irisunkax). Sankt-Peterburg, 2003.
- 29.Sartorius N. Ponimanie MKB-10. Klassifikatsiya psixicheskix rasstroystv. Kiev,1997.
- 30.Spravochnoe posobie «Predotvrashchenie samoubiystv», VOZ, Jeneva, 2006.
- 31.Standarti diagnostiki i lecheniya psixicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №583 ot 04.12.05g.
- 32.Standarti diagnostiki i lecheniya narkologicheskix zabolevaniy. Prikaz MZ RU №433 ot 12.10.06g.
- 33.Xalilov M.X., Toshmatov B.A., Abdusattorov M.M. Psixiatriyada eng kup uchraydigan tibbiy atamalar va ayrim ruscha iboralarning kiskacha izoxli lugati. Samarkand, 2002.
- 34.Gext A.B. Mejdunarodniy kongress po epilepsii. Jurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova, t.100. 3, 2000, str.6-11.