

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
6-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕЙРОХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ**  
**ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

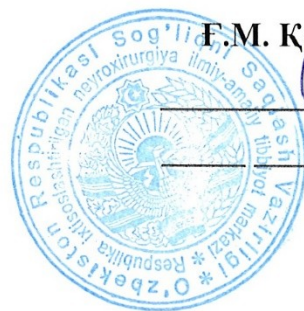
**«ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕСИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ**  
**БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент – 2025 йил**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**

**РИНИАТМ** директори

**Ғ.М. Қорийев**



\_\_\_\_\_ 2025 йил

**«ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕСИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИ  
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Toshkent - 2025 yil**

## **Мундарижа:**

<b>«ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....</b>	<b>5</b>
<b>“ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....</b>	<b>69</b>
<b>“ЭПИЛЕПСИЯ ЖАРРОХЛИГИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....</b>	<b>103</b>
<b>"ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕСИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....</b>	<b>142</b>

«ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ  
ШАКЛЛАРИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

## 1. Кириш қисм:

ХКТ-10 кодлари:

Код	Номи
<b>G40</b>	Эпилепсия
<b>G40.0</b>	Локализацияланган (фокал) (қисман) идиопатик эпилепсия ва эпилептик синдромлар фокусли бошланган тутқаноқлар билан.
<b>G40.1</b>	Маҳаллий (фокал) (қисман) симптоматик эпилепсия ва оддий қисман тутқаноқли эпилептик синдромлар.
<b>G40.2</b>	Маҳаллий (фокал) (қисман) симптоматик эпилепсия ва мураккаб қисман тутилишлар билан эпилептик синдромлар.
<b>G40.3</b>	Умумий идиопатик эпилепсия ва эпилептик синдромлар.
<b>G40.4</b>	Умумий эпилепсия ва эпилептик синдромларнинг бошқа турлари.
<b>G40.5</b>	Махсус эпилептик синдромлар.
<b>G40.6</b>	Аниқланмаган катта малгал тутилишлари (кичик тутилишлар билан ёки уларсиз).
<b>G40.7</b>	Кичкина тутқаноқлар [майда] аниқланмаган, катта тутқаноқларсиз.
<b>G40.8</b>	Эпилепсиянинг бошқа белгиланган шакллари.
<b>G40.9</b>	Аниқланмаган эпилепсия.
<b>G41</b>	Эпилептик статус
<b>G41.0</b>	Катта эпилептик статус (конвулсив тутқаноқ).
<b>G41.1</b>	Эпилептисус петит мал статуси (кичик тутқаноқлар).
<b>G41.2</b>	Мураккаб қисман эпилептик статус.
<b>G41.8</b>	Бошқа аниқланган эпилептик статус
<b>G41.9</b>	Эпилептик статус, аниқланмаган.
ХКТ 10 га ҳавола.	1) <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=5132">https://mkb-10.com/index.php?pid=5132</a> 2) <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=514">https://mkb-10.com/index.php?pid=514</a>

**ХКТ-11 кодлари:**

<b>8A60</b>	Структуравий ёки метаболик касалликлар ёки касалликлар туфайли эпилепсия.
<b>8A60.1</b>	Сереброваскуляр касалликлар туфайли эпилепсия.
<b>8A60.2</b>	Миянинг дегенератив касалликлари туфайли эпилепсия
<b>8A60.3</b>	Деменция туфайли эпилепсия
<b>8A60.4</b>	Марказий асаб тизимининг инфекциялари ёки инфестацияси туфайли эпилепсия
<b>8A60.5</b>	Бош жароҳати туфайли эпилепсия
<b>8A60.6</b>	Асаб тизимининг ўсмалари туфайли эпилепсия
<b>8A60.7</b>	Мезиал темпорал склероз туфайли эпилепсия
<b>8A60.8</b>	Иммунитетнинг бузилиши туфайли эпилепсия
<b>8A60.9</b>	Мия ривожланишининг бузилиши туфайли эпилепсия
<b>8A60.A</b>	Кенг тарқалган ёки прогрессив оқибатларга олиб келадиган генетик синдромлар туфайли эпилепсия
<b>8A60.B</b>	Тарқоқ склероз ёки бошқа демйелинация қилувчи касалликлар туфайли эпилепсия
<b>8A60.Y</b>	Бошқа таркибий ёки метаболик касалликлар ёки касалликлар туфайли эпилепсия
<b>8A60.Z</b>	Номаълум таркибий ёки метаболик касалликлар ёки касалликлар туфайли эпилепсия
<b>8A61</b>	Генетик ёки шубҳали генетик синдромлар, асосан эпилепсия сифатида намоён бўлади
<b>8A61.0</b>	Неонатал бошланиши билан бошқа аниқланган генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.00</b>	Пиридоксалга боғлиқ эпилепсия
<b>8A61.0Y</b>	Неонатал бошланиши билан бошқа аниқланган генетик эпилептик синдромлар

<b>8A61.0Z</b>	Неонатал бошланиши билан генетик эпилептик синдромлар, аниқланмаган
<b>8A61.1</b>	Чақалоқлик даврида бошланган генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.10</b>	Яхши оилавий инфантил эпилепсия
<b>8A61.11</b>	Дравет синдроми
<b>8A61.12</b>	Миграция фокал тутилишлари билан чақалоқлик эпилепсияси
<b>8A61.1Y</b>	Чақалоқлик даврида бошланган бошқа генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.1Z</b>	Гўдаклик даврида бошланган, аниқланмаган генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.2</b>	Болалик даврида бошланган генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.20</b>	Марказий темпорал спайклар билан болалик давридаги яхши эпилепсия
<b>8A61.21</b>	Педиатрик абсанс эпилепсия
<b>8A61.22</b>	Миоклоник-астатик тутилишлар билан эпилепсия
<b>8A61.23</b>	Миоклоник абсанс тутқаноқлар ёки миоклонус билан бирга абсанс тутқаноқлар
<b>8A61.2Y</b>	Болалик даврида бошланган бошқа генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.2Z</b>	Болаликда пайдо бўладиган генетик эпилептик синдромлар, аниқланмаган
<b>8A61.3</b>	Ўсмирлик ёки балоғат ёшида пайдо бўладиган генетик эпилептик синдром
<b>8A61.30</b>	Вояга етмаган миоклоник эпилепсия
<b>8A61.31</b>	Вояга етмаганларнинг эпилепсияси
<b>8A61.32</b>	Катталардаги яхши оилавий миоклоник эпилепсия
<b>8A61.3Y</b>	Ўсмирлик ёки балоғат ёшида бошланган бошқа генетик эпилептик синдром
<b>8A61.3Z</b>	Ўсмирлик ёки балоғат ёшида пайдо бўладиган генетик эпилептик

	синдром, аниқланмаган
<b>8A61.4</b>	Турли ёшда пайдо бўладиган генетик эпилептик синдромлар
<b>8A61.Y</b>	Бошқа аниқланган генетик ёки шубҳали генетик синдромлар, асосан эпилепсия сифатида намоён бўлади.
<b>8A61.Z</b>	Генетик ёки шубҳали генетик синдромлар, асосан эпилепсия сифатида намоён бўлади, аниқланмаган
<b>8A62</b>	Эпилептик энсефалопатиялар
<b>8A62.0</b>	Инфантил спазмлар
<b>8A62.1</b>	Леннох-Гастаут синдроми
<b>8A62.2</b>	Орттирилган эпилептик афазия
<b>8A62.Y</b>	Бошқа белгиланган эпилептик энсефалопатиялар
<b>8A62.Z</b>	Эпилептик энсефалопатиялар, аниқланмаган
<b>8A63</b>	Ўткир касаллик туфайли ҳужум
<b>8A63.0</b>	Фебрил тутқаноқлар
<b>8A63.00</b>	Оддий фебрил тутқаноқлар
<b>8A63.01</b>	Мураккаб фебрил тутқаноқлар
<b>8A63.0Y</b>	Бошқа белгиланган фебрил тутқаноқлар
<b>8A63.0Z</b>	Фебрил тутқаноқлар, аниқланмаган
<b>8A63.Y</b>	Бошқа ўткир касаллик туфайли ҳужум
<b>8A63.Z</b>	Номаълум ўткир касаллик туфайли эпилепсия
<b>8A64</b>	Узоқ сабабларга кўра ягона эпилепсия
<b>8A65</b>	Бир марта сабабсиз тутқаноқ
<b>8A66</b>	Эпилептик статус
<b>8A66.0</b>	Конвулсив эпилептик статус
<b>8A66.1</b>	Конвулсив бўлмаган эпилептик статус
<b>8A66.10</b>	Статус эпилептикус абсанс тутқаноқлари

<b>8A66.1Y</b>	Бошқа аниқланган конвулсив бўлмаган эпилептик ҳолат
<b>8A66.1Z</b>	Конвулсив бўлмаган эпилептик ҳолат, аниқланмаган
<b>8A66.Y</b>	Бошқа белгиланган эпилептик статус
<b>8A66.Z</b>	Статус эпилептисус, аниқланмаган
<b>8A67</b>	Серияли тутқаноқлар
<b>8A68</b>	Тутқаноқларнинг турлари
<b>8A68.0</b>	Онгнинг бузилиши билан фокал тутилишлар
<b>8A68.1</b>	Абсанс тутқаноқлар, атипик
<b>8A68.2</b>	Абсанс тутқаноқлар, типик
<b>8A68.3</b>	Онгни йўқотмасдан фокал тутқаноқлар
<b>8A68.4</b>	Умумий тоник-клоник тутқаноқлар
<b>8A68.5</b>	Умумий миоклоник тутқаноқлар
<b>8A68.6</b>	Умумий тоник тутқаноқлар
<b>8A68.7</b>	Умумий атоник тутқаноқ
<b>8A68.Y</b>	Бошқа кўрсатилган тутқаноқ тури
<b>8A68.Z</b>	Тутқаноқ тури, аниқланмаган
<b>MH15</b>	Эпилепсия билан оғриган беморларда тўсатдан ўлим
<b>KB06</b>	Неонатал тутқаноқлар
<b>8A6Y</b>	Бошқа аниқланган эпилепсия ёки эпилептик тутқаноқлар
<b>8A6Z</b>	Эпилепсия ёки эпилептик тутқаноқлар, аниқланмаган
<b>ХКТ 11 га илова</b>	<a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1786562875%2Funspecified">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1786562875%2Funspecified</a>

Протоколни ишлаб чиқиш санаси- **2025**; Қайта кўриб чиқиладиган сана - **2028** ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Мазкур клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун маъсул муассаса:** Республика Ихтисослаштирилган Нейрохирургия Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази.

**Миллий клиник протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби:**

<b>№</b>	<b>Ф.И.Ш.</b>	<b>Лавозим</b>	<b>иш жойи/минтақаси</b>
1	Кариев Г.М.	РИНИАТМ директори (тиббиёт фанлари доктори)	РИНИАТМ
2	Асадуллаев У.М.	Республика илмий-тиббиёт маркази (МД) бош врач	РИНИАТМ
3	Ёлдошев Р.М.	РИНИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича ўринбосари (тиббиёт фанлари доктори)	РИНИАТМ
4	Ахмедиев М.М.	Республика илмий-амалий тиббиёт маркази болалар нейрохирургияси бўлими мудири, бош болалар нейрохирурги (т.ф.д)	РИНИАТМ
5	Тулаев Н.Б.	РИНИАТМ болалар нейрохирургияси кафедраси мудири	РИНИАТМ
6	Джуманов К.Н.	Республика илмий-амалий тиббиёт маркази умуртқа поғонаси нейрохирургияси кафедраси мудири (т.ф.н.)	РИНИАТМ
7	Хазраткулов Р.Б.	Республика илмий-текшириш ва тиббиёт маркази қон томир нейрохирургияси бўлими мудири (т.ф.н.)	РИНИАТМ
8	Бурнашев М.И.	РИНИАТМ қон томир	РИНИАТМ

		нейрохирургияси кафедраси мудир	
9	Қодирбеков Р.Т.	РИНИАТМ нейроонкология бўлими илмий рахбари (т.ф.д)	РИНИАТМ
10	Алтибоев У.У.	РИНИАТМ нейроонкология бўлим мудир (т.ф.н.)	РИНИАТМ
11	Ёқубов Ж.Б.	РИНИАТМ бош мия асоси бўлими илмий рахбари (т.ф.н.)	РИНИАТМ
12	Ешқувватов Г.Е.	РИНИАТМ бош мия асоси бўлимимудир	РИНИАТМ
13	Заремба А.Е.	РИНИАТМ периферик нерв патологияси соҳаси мутахассиси	РИНИАТМ
14	Бобоев Ж.И.	РИНИАТМ бош мия шикастланишлари ва уларнинг асоратлари бўйича мутахассис (т.ф.н.)	РИНИАТМ
15	Қосимов Х.Р.	РИНИАТМ анестезиология ва реанимация бўлим бошлиғи	РИНИАТМ
16	Усмонов Л.А.	РИНИАТМ поликлиникаси бўлими бошлиғи, ташкилий- услубий бўлим ходими.	РИНИАТМ
17	Арсланова З.А.	РИНИАТМ ташкилий- услубий бўлими ходими.	РИНИАТМ
18	Ходжиметов Д.Н.	РИНИАТМ бош шифокорининг ўринбосари (ПхД)	РИНИАТМ
19	Мамахўжаев Н.А	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Андижон вилояти
20	Саидов К.К	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Бухоро вилояти

21	Урдушев Д.Н	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Жиззах вилояти
22	Темиров С.А.	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Қашқадарё вилояти
23	Бердиев Д.О	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Навоий вилояти
24	Нурматов А.	Бўлим бошлиғи	Наманган вилояти
25	Ражабов Ҳ.	Бўлим бошлиғи СамТИ клиникалари	Самарқанд вилояти
26	Холбоев У.Б.	Бўлим бошлиғи (бош нейрохирург)	Сурхондарё вилояти
27	Сирлиев А.М	Нейрохирург	Сирдарё вилояти
28	Хожалиев Т.М	Нейрохирург	Фарғона вилояти
29	Рўзметов К. С	Нейрохирург	Хоразм вилояти
30	Худойбергенов Р.М.	Бўлим бошлиғи	Респ. Қорақалпоғистон

### **Масъул ижрочилар:**

1. Кариев Ғайрат Маратович – Республика иқтисослаштирилган нейрохирургия илмий – амалий тиббиёт маркази (РИНИАТМ) директори (м.ф.д., профессор)

2. Хасилбеков Навруз Хамзаевич - РИНИАТМ қон томир нейрохирургияси бўлими ходими.

3. Ахдиев Махмуд Мансурович – тиббиёт фанлари доктори. РИНИАТМ болалар бўлими илмий раҳбари

4. Бурнашев Марсел Илдарович – РИНИАТМ қон томир нейрохирургияси бўлими мудир.

5. Хожиметов Дилшод Наимович - РИНИАТМ бош шифокори ўринбосари.

### **Тақризчилар:**

Бобоев Ж.И. т.ф.н. РИНИАТМ қон томир нейрохирургияси бўлими шифокори.

Рузикулов М.М. PhD РИНИАТМ қон томир нейрохирургияси бўлими шифокори.

Клиник протокол олий таълим муассаслари профессор ўқитувчилари, Ўзбекистон нейрохирурлар ассоцияцияси, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИНИАТМ филиал муассасалари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) иштрокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келушувга еришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия етилди, вилоят муассасалари шифокорлари онлайн форматда.

### **Ишчи гуруҳ раҳбари:**

Қориев Ғайрат Маратович – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий- амалий тиббиёт маркази директори.

**Клиник протокол РИНИАТМ илмий кенгаши йиғилишида муҳокама қилинди: 19.05.2025 йил (илмий кенгашнинг 5-сон баённомасидан кўчирма);**

**Илмий кенгаш раиси -** Қориев Ғайрат Маратович тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия илмий- амалий тиббиёт маркази директори.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

1. Асадуллаев У.М.- Республика илмий-тиббиёт маркази (МД) бош врач

2. Аҳмедиев М.М.- Республика илмий-амалий тиббиёт маркази болалар нейрохирургияси бўлими мудир, бош болалар нейрохирурги (т.ф.д)

### **Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати:**

ИЛАЭ - Эпилепсияга қарши халқаро лига

ИБЭ - Халқаро эпилепсия бюроси

ҚБ - қон босими

АЭД - антиэпилептик дори

КТ - компьютер томографияси

МРИ - магнит-резонанс томография

УТДГ - Ультратовуш транскраниал доплерография

МАТ - марказий асаб тизими

ЭКГ - электрокардиография

ЭЭГ – электроансефалография

**Ушбу нозологияги протокол фойдаланувчилари:**

1. соғлиқни сақлаш ташкилотлари
2. жарроҳлар, травматологлар
3. умумий амалиёт шифокорлари
4. нейрофизиологлар
5. тез ёрдам ва тез ёрдам шифокорлари
6. реабилитологлар
7. диетологлар
8. неврологлар
9. нейрохирурглар
10. физиотерапевтлар
11. реабилитация терапевтлари, кинезётерапевтлар
12. тиббиёт университетлари ва коллежлар талабалари,
13. тиббиёт университетлари ва коллежлар ўқитувчилари,
14. резидентлар, магистратура резидентлари (дипломдан кейинги таълим).

8) Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

Эпилепсия билан хасталанган беморлар.

9) Далилларга асосланган исботланганлик даражаси шкаласи.

**Диагностика усуллари учун исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи**

**(ИДБ)**

**ИДБ**

**Тахлилаш**

1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда, РКТ ташқари ҳар қандай дизайн бўйича индивидуал РКТ ва тизимли тадқиқотлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазият-назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина муолажа механизмини асослаш ёки мутахассисларнинг фикри

**Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала**

ИДБ	Таҳлилаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда, РКТ ташқари ҳар қандай дизайн бўйича индивидуал РКТ ва тизимли тадқиқотлар
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазият-назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина муолажа механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри

**Профилактик, диагностика, терапевтик ва реабилитация муолажалари бўйича исботланганлик даражасини баҳолаш (ИДБ)шкаласи бўйича тавсиялар**

ИДБ	Тахрирлаш
A	Кучли тавсия (барча самарадорлик чора-тадбирлари (натижалари))

	муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари муносиб)
<b>Б</b>	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
<b>С</b>	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари муносиб эмас)

## **2. Асосий қисм.**

**Кириш.** Ҳозирги вақтда дунёда эпилепсия билан оғриган 65 миллиондан ортиқ одам бор. Саноати ривожланган мамлакатларда эпилепсия билан касалланиш йилига 100 000 аҳолига 40 дан 70 гача, ривожланаётган мамлакатларда еса 100 000 кишига 35 дан 190 гача тўғри келади.

Замонавий даволаш стандартларига риоя қиладиган ривожланган мамлакатларда дори-дармонларга чидамли эпилепсия частотаси эпилепсия билан оғриган беморларнинг умумий сонининг 30-40% га етади. Дорига чидамли (фармакорезистент) эпилепсия билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашга бўлган еҳтиёж йилига 100 000 аҳолига 0,3-1,26 ни ташкил қилади. Ўзбекистонда йилига 50 нафар беморга дорига чидамли эпилепсияни жарроҳлик даволаш талаб этилади.

Дори-дармонларга чидамли эпилепсия билан оғриган беморларда доимий тутқаноқлар ва антиконвулсант терапиянинг ён таъсири туфайли кундалик ҳаёт, таълим, кундалик иш ва ижтимоийлашув фаолиятида сезиларли чекловлар мавжуд. Бундай беморларда депрессия, ташвиш ва психоз каби психологик муаммоларни ривожланиш хавфи умумий аҳолига қараганда анча юқори. Доимий хужумлар билан оғриган беморларда ўлим хавфи бир неча бор ортади. Эпилепсия билан оғриган беморларда ёмон натижаларнинг асосий сабаблари тасодифий шикастланиш, когнитив пасайиш ва "эпилепсия билан оғриган одамда кутилмаган ўлим" (СУДЭП) хавфидир.

## **Таъриф.**

Эпилепсия атамаси куйидаги шартлардан бирига мос келадиган мия касаллиги сифатида тушунилиши керак:

1. 24 соатдан ортиқ интервал билан камида иккита кўзғатилмаган (ёки рефлектор) эпилептик тугилиш.

2. Икки марта ўз-ўзидан пайдо бўлган хужумдан сўнг, кейинги 10 йил ичида умумий такрорланиш хавфига (> 60%) яқин бўлган битта кўзғатилмаган (ёки рефлектор) хужум ва хужумларнинг такрорланиш еҳтимоли.

3. Эпилептик синдромнинг диагностикаси (махсус эпилептик ҳолатни белгиловчи белгилар ва симптомлар мажмуасининг мавжудлиги, бу эса, ўз навбатида, нафақат хужум турини ўз ичига олади).

"Эпилептик тутқаноқ" атамаси миянинг патологик ҳаддан ташқари ёки синхрон нерв фаолиятининг вақтинчалик клиник кўриниши сифатида тушунилиши керак.

(ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy, \*Robert S. Fisher,†Carlos Acevedo,‡Alexis Arzimanoglou et. Al. 2014. Epilepsia, 55(4):475–482, 2014. doi: 10.1111/epi.12550)

Фармакорезистентлик (дорига чидамлилиқ) - бу антиконвулсанти дориларнинг иккита "адекват" режимини (монотерапия ёки комбинацияланган ҳолда) кўллашда тугилишни назорат қилишнинг мумкин эмаслиги.

(Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. \*1 Patrick Kwan, yAlexis Arzimanoglou, z Anne T. Berg. et. Al. Epilepsia, 51(6):1069–1077, 2010 doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x).

## Тасниф.

1 расм. 2017 Эпилепсияга қарши халқаро лигаси тутқаноқ турларининг асосий ишчи таснифи.



Харакат билан бошланиш  
Харакатсиз бошланиш

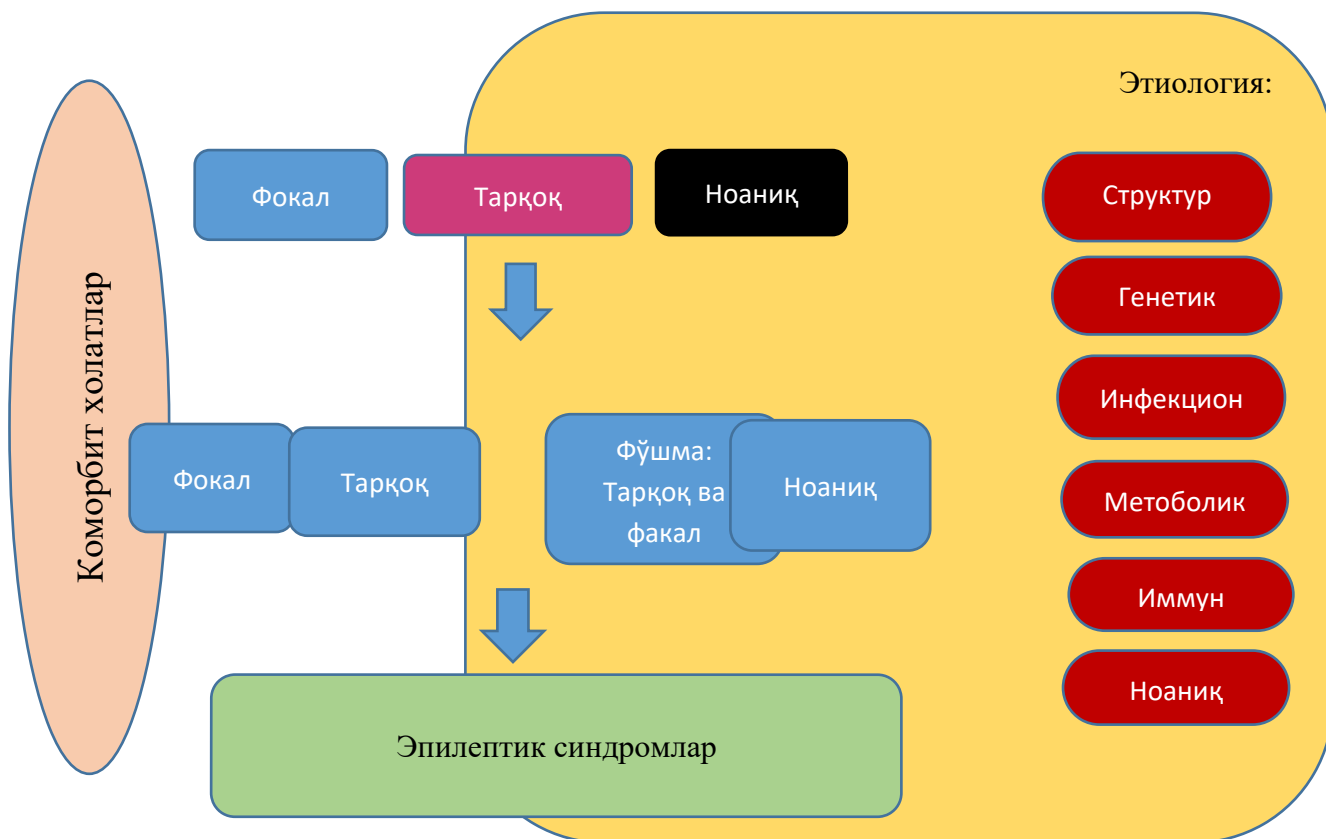
Фокал бошланишли  
бактериал  
Клонико - тоник

Классификатсияла  
нмаган \*

**Эслатма. \*Ахборот етишмаслиги ёки бошқа тоифаларга белгилаш имконсизлиги сабабли.**

(ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology 1,2,3Ingrid E. Scheffer, 1 Samuel Berkovic, 4 Giuseppe Capovilla, 5 Mary B. Connolly, 6 Jacqueline French, 7 Laura Guilhoto, 8,9Edouard Hirsch, 10Satish Jain, 11Gary W. Mathern, 12Solomon L. Moshe, 13Douglas R. Nordli, 14Emilio Perucca, 15Torbjorn Tomson, € 16Samuel Wiebe, 17Yue-Hua Zhang, and 18,19Sameer M. Zuberi Epilepsia, 58(4):512–521, 2017 doi: 10.1111/epi.13709).

2 расм. Эпилепсиянинг 2017 йилги ИЛАЕЭтаснифининг тузилиши.



(Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology \*Robert S. Fisher, †J. Helen Cross, ‡Jacqueline A. French, §Norimichi Higurashi, ¶Edouard Hirsch, #Floor E. Jansen, \*\*Lieven Lagae, ††Solomon L. Moshe, ‡‡Jukka Peltola, §§Eliane Roulet Perez, ¶¶Ingrid E. Scheffer, and ##\*\*\*Sameer M. Zuberi *Epilepsia*, 58(4):522–530, 2017 doi: 10.1111/epi.13670).

## **Эпилепсия этиологияси.**

Сўнгги йилларда замонавий нейротасвир ва генетик тестлардаги ютуқлардан фойдаланиб, эпилепсиянинг асосий этиологияси ҳақидаги тушунчамиз сезиларли даражада кенгайди. "Идиопатик", "криптоженик" ва "симптоматик" каби атамалар энди ишлатилмайди. Энди эпилепсия аниқроқ уларнинг ўзига хос этиологияси билан тавсифланади.

## **Генетик этиология**

Генетик эпилепсия тушунчаси шундан иборатки, биз тушунганимиздек, эпилепсия маълум ёки шубҳа қилинган генетик нуқсон(лар)нинг бевосита натижасидир, бунда тутқаноқлар бузилишнинг асосий белгиси ҳисобланади. Генетик нуқсон хромосома ёки молекуляр даражада пайдо бўлиши мумкин. Шунга таъкидлаш керакки, "генетик" "ирсий" деган маънони англамайди, чунки де ново мутациялар кам учрайди. Генетик этиологиянинг мавжудлиги эпилепсия пайдо бўлишига эътиборни истисно этмайди.

Клиник текширувлар орқали аниқланиши мумкин бўлган эпилепсиянинг энг муҳим генетик сабаблари:

- хромосома аномалиялари;
- ген аномалиялари.

Эпилепсия ривожланишига генетик омиллар ёрдам берадиган кўплаб усуллар мавжуд. Баъзи генетик омиллар мерос бўлиб ўтмаган бўлиши мумкин ва авлодларга ўтмаслиги мумкин. Ушбу веб-сайтда ишлатиладиган баъзи муҳим генетик тушунчалар ва уларнинг таърифлари:

- ирсий ген аномалиялари, аутосомал доминант, аутосомал рецессив ва мендел ирсиятлари;
- орттирилган ген аномалиялари - де ново, спорадик, мозаик, герминал ва соматик;
- полиген/мураккаб генетик этиология.

## Структуравий этиология

Структуравий эпилепсия эпилепсия хавфининг сезиларли даражада ошиши билан боғлиқ бўлган миянинг сезиларли структуравий аномалиясига эга деб таърифланади. Миянинг структуравий аномалияси орттирилган бўлиши мумкин (масалан, инсулт, шикастланиш ёки инфекция туфайли) ёки генетик келиб чиқиши мумкин; аммо, биз ҳозир тушунганимиздек, миянинг структуравий аномалияси орттирилган ёки генетик нуқсон ва эпилепсия ўртасида жойлашган алоҳида бузилишдир.

Эпилепсия билан боғлиқ умумий мия структуравий аномалиялари:

1) мия ярим кортексининг малформацияси:

- фокал кортикал дисплазия (ФСД)

Жадвал 1. ИЛАЭ (2011) бўйича фокал кортикал дисплази (ФСД) учун уч даражали таснифлаш тизими изоляция қилинган шаклларни (ФСД I ва II турлари) бошқа асосий лезён (ФСД III тури) билан боғлиқ бўлган шакллардан ажратиб туради.

ФСД тури I (изоляция қилинган)	Пўстлоқнинг аномал кортикал тарқалиши билан фокал кортикал дисплазия (ФСД тури Ia)	Аномал тангенциал кортексли фокал кортикал дисплазия (ФСД тури Ib)	Аномал радиал ва тангенциал кортикал қатлам билан фокал кортикал дисплазия (ФСД типидаги Ic)
ФСД II тури (изоляция қилинган)	Дисморфик нейронлар билан фокал кортикал дисплазия (ФСД IIa тури)		Дисморфик нейронлар ва балон хужайралари билан фокал кортикал дисплазия (ФСД IIb тури)
ФСД тоифа III (асосий)	Гипокампа склероз билан	Глиал ёки глионеуронал	Қон томир малформациясига

зарарланиш билан боғлиқ)	боғлиқ чакка бўлақда кортикал ламинация аномалиялари (ФСД IIIa тури)	ўсмага туташган кортикал ламинация аномалиялари (ФСД IIIб тури)	туташган кортикал диссекция аномалиялари (ФСД IIIс тури)
<p>ФСД III тури (бошқача белгиланмаган): микроскопик текшириш учун мавжуд бўлмаган асосий зарарланишга клиник/радиологик шубҳа мавжуд бўлганда. Эътибор беринг, ФСД IIa ва IIб турлари ўртасидаги гипокампал склероз, ўсмалар ёки қон томир малформациялар билан кам учрайдиган боғланиш ФСД III турининг бир варианты сифатида таснифланмаслиги керак.</p>			

(The clinicopathologic spectrum of focal cortical dysplasias: A consensus classification proposed by an ad hoc Task Force of the ILAE Diagnostic Methods Commission Ingmar Blu`mcke, Maria Thom, Eleonora Aronica, et al., *Epilepsia*, 52(1):158–174, 2011doi: 10.1111/j.1528-1167.2010.02777.x)

- тубероз склероз,
- лисенсефалия,
- субкортикал боғламсимон гетеротопияси;
- кулранг модданинг гетеротопияси;
- полимикрогирия,
- гемимегаленсефали,
- шизенсефалия
- гипоталамус гамартомаси

2) қон томир нуқсонлари:

- ангиомалар
- артериовеноз малформациялар
- Стург-Вебер синдроми;

3) гипокампал склероз;

4) гипоксик-ишемик:

- инсулт (мия қон томирлари аварияси)

- гипоксик-ишемик шикастланиш;

5) мия травматик шикастланиши:

6) шишлар;

7) поренсефалик киста.

### **Метаболик этиология**

Метаболик epilepsia epilepsia ривожланишининг сезиларли хавфи билан боғлиқ бўлган ўзига хос метаболик касаллик билан тавсифланади. Метаболик касалликлар генетик келиб чиқиши бор; аммо, биз ҳозир тушунганимиздек, метаболик аномалиялар ирсий нуқсон ва epilepsia ўртасидаги аниқ бузилишдир.

### **Муҳим метаболик epilepsia:**

- биотинидаза ва ҳолокарбоксилаза синтаза етишмовчилиги;
- мияда фолий кислотаси танқислиги;
- креатиннинг бузилиши;
- фолат сиклининг бузилиши туфайли хужумлар;
- глюкоза ташувчиси 1 (ГЛУТ1) етишмовчилиги;
- митохондриял бузилишлар;
- пероксисомал бузилишлар;
- пиридоксинга боғлиқ epilepsia.

### **Иммун этиологияси**

Иммун epilepsиялари марказий асаб тизимининг яллиғланишини кўрсатадиган кучли иммун воситали этиологияга ега бўлиб, epilepsia ривожланиш хавфи сезиларли даражада ошиши билан боғлиқлиги исботланган.

### **Муҳим иммун воситали epilepsia:**

- Расмуссен синдроми;

- Антитела воситачилигидаги эпилепсия.

## **Инфекцион этиология**

Дунё бўйлаб эпилепсиянинг энг кенг тарқалган этиологияси юқумли, айниқса ривожланаётган мамлакатларда. Марказий асаб тизимидаги инфекциялар ҳам ўткир симптоматик тутилишларни (бирламчи инфекциянинг вақти билан чамбарчас боғлиқ) ва эпилепсияга олиб келиши мумкин. Юқумли этиологияларга сил, ОИВ, мия безгаги, нейрокистикеркоз, субакут склерозан паненсефалит, мия токсоплазмози киради. Бу инфекциялар баъзан тизимли корреляцияга ега, аммо эпилепсиянинг асосий сабаби юқумли жараён сифатида аниқланади. Юқумли этиологиялар муайян даволаш таъсирига эга бўлиши мумкин. Аҳолининг соғлиғига таъсири ҳам бор, чунки бундай инфекцияларнинг олдини олиш эпилепсия юкини камайтириши мумкин, айниқса ривожланаётган мамлакатларда. Ушбу инфекцияларнинг энг кенг тарқалгани:

- бактериал менингит ёки менингоенсефалит;
- мия безгаги;
- мия токсоплазмози;
- ситомегаловирус инфекцияси;
- ОИВ;
- нейрокистикеркоз;
- сил касаллиги;
- вирусли энсефалит;
- субакут склерозан паненсефалит;
- бошқа инфекциялар (токсокариёз, шистосомиаз, Лйме касаллиги (нейроборрелиоз)).

## **Номаълум этиология**

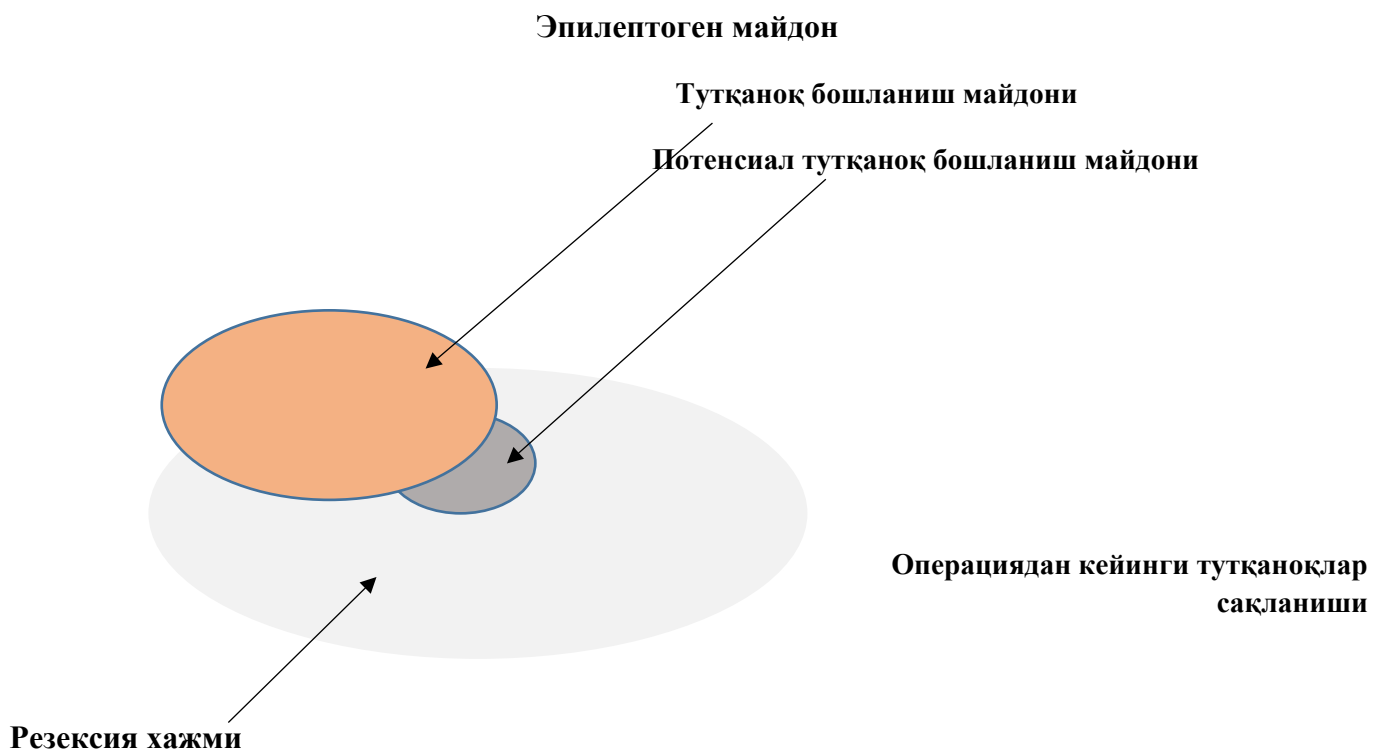
"Номаълум" этиологияга нейтрал қараш керак ва эпилепсиянинг асосий сабабининг табиати ҳали маълум эмаслигини англатади; Бу асосий генетик нуқсон ёки алоҳида, ҳали аниқланмаган бузилиш бўлиши мумкин.

### 3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари

#### Эпилептоген майдон ҳақида тушунча.

Эпилептоген майдон назарий тушунча бўлиб, унинг локализацияси ва чегаралари ҳақидаги ғоялар ҳужумнинг клиник кўринишини таҳлил қилиш (симптоматик зона), нейрофизиологик (тутқичнинг бошланиш зонаси ва тирнаш хусусияти зонаси) ва нейроимагинг тадқиқотлари (эпилептоген лезён) асосида шаклланади. , неврологик, нейропсихологик ва радиологик тадқиқотлар (функционал зона).

Эпилептоген майдонга нафақат тутқаноқнини келтириб чиқарадиган худуд, балки резексиясиз тутқаноқларлар давом этиши мумкин бўлган потенциал эпилептоген зоналар ҳам киради.

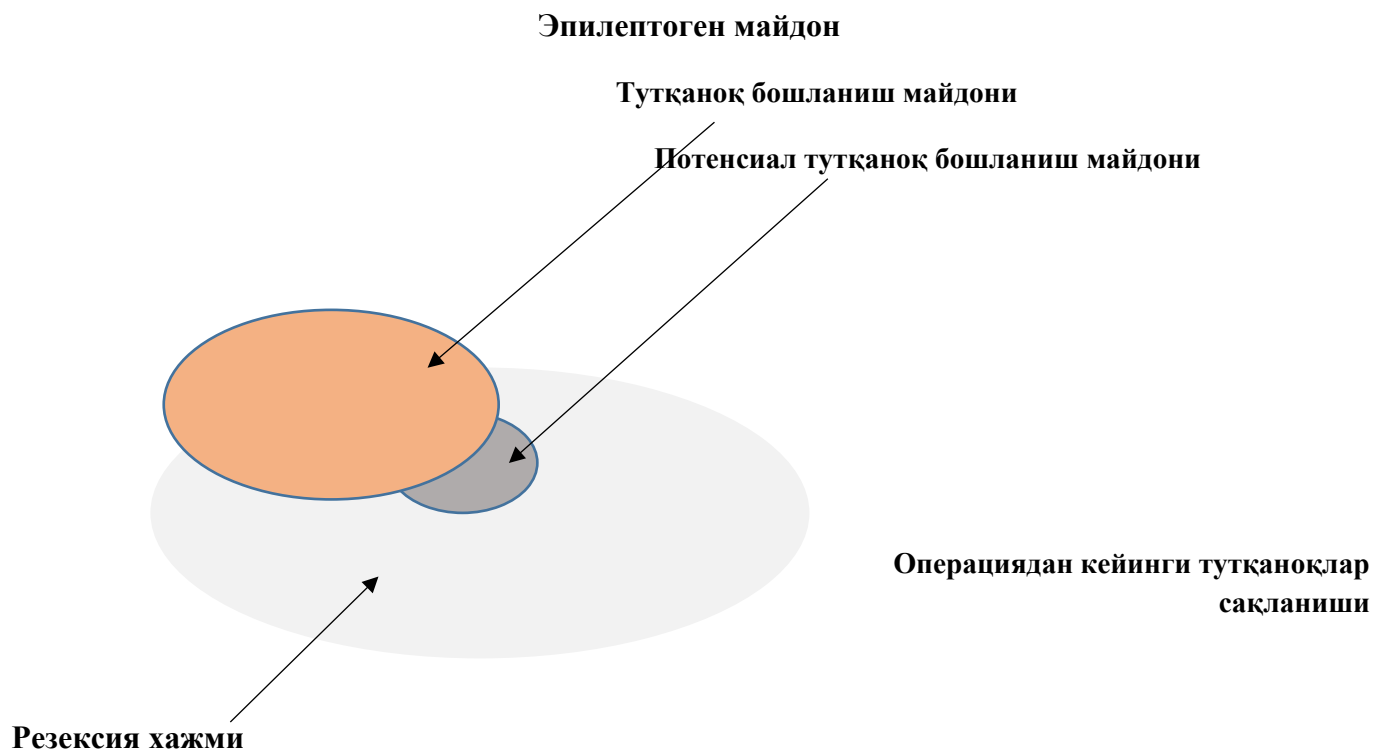


**Расм 4.** Диаграммада хирургик резекциянинг кўлами кўрсатилган, бу эса тутқаноқ бошланган худуднинг тўлиқ резекция қилинмаганлиги сабабли операциядан кейин тутқаноқнинг давом этишига олиб келади.

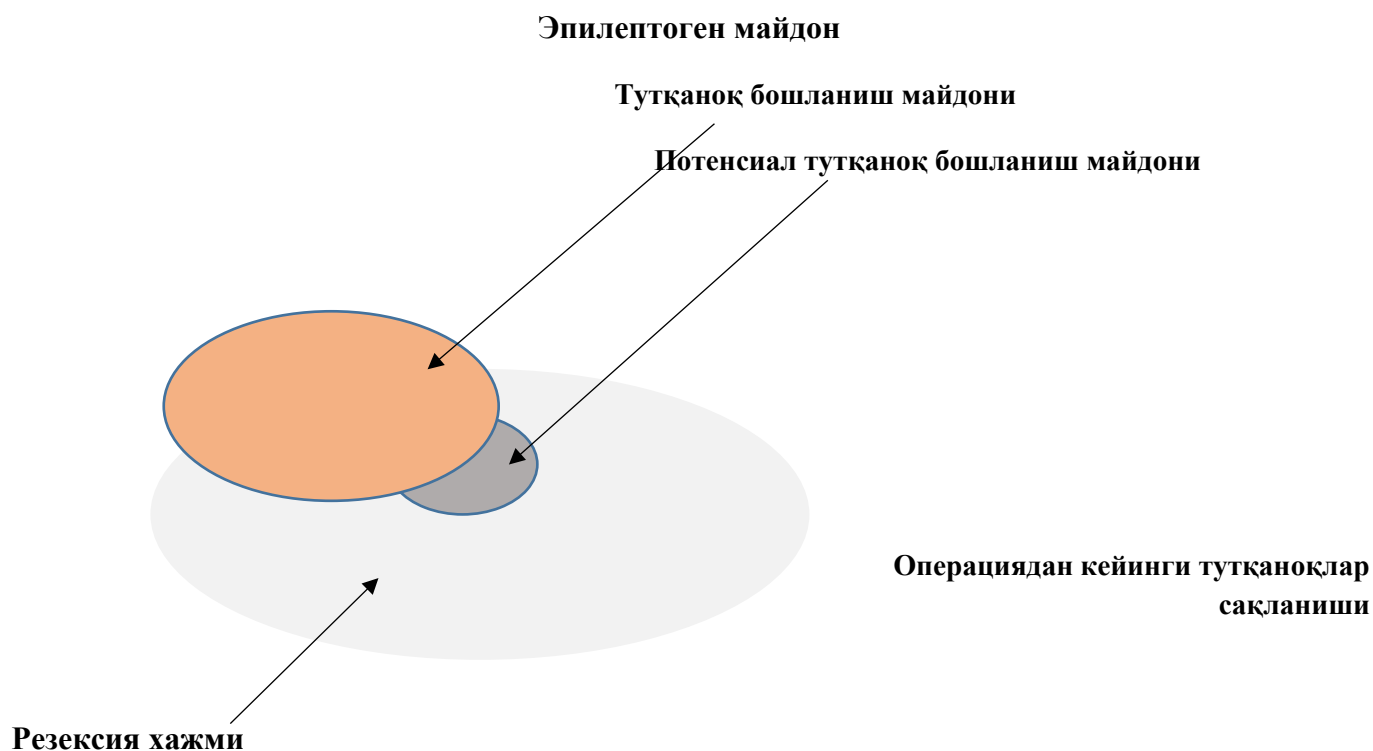
Ҳ.О. Лудерс ва бошқалар. (1993) нинг концепциясига кўра эпилептоген майдонга бир хил турдаги тутқаноқларнинг пайдо бўлишида биргаликда иштирок этадиган анатомик жиҳатдан бир-бири билан боғланган пўстлоқнинг минтақа(лари) киради.

(Textbook of Epilepsy Surgery. Edited by Hans O Lüders MD PhD. 2008)

Шунга кўра, беморда бир эмас, балки бир нечта эпилептоген майдонлар бўлиши мумкин, шунингдек, "потенциал тутқаноқ бошланиш майдони" бўлиши мумкин - бу тутқаноқнинг пайдо бўлишида иштирок этиши мумкин (6-расм).



**Расм 5.** Диаграммада потенциал тутқаноқ бошланган ҳудуднинг тўлиқ резекция қилинмаганлиги сабабли операциядан кейин тутқаноқнинг давом этишига олиб келадиган жарроҳлик резекция ҳажми кўрсатилган.



**Расм 6.** Ҳақиқий тутқаноқнинг бошланиш майдони, потенциал ҳужум майдони ва иккала майдонни ўз ичига олган жарроҳлик резекциясининг зарур ҳажмини кўрсатадиган диаграмма. Ҳар иккала ҳудуднинг тўлиқ резекцияси операциядан кейин тутқаноқлардан халос бўлишга олиб келиши керак.

Ушбу концепция эпилептоген зарарланишнинг тутқаноқларлар пайдо бўлиши билан патогенетик боғланишига асосланади ва жарроҳлик аралашувнинг асосий мақсади эпилептоген майдонни олиб ташлашдир. Аниқланган эпилептоген майдоннинг тўғрилигини баҳолашнинг ягона усули - бу операциядан кейин тутқаноқларнинг йўқлиги.

(Хирургия эпилепсии. В.В.Крылов – 2019г).

### **Симптоматик зона.**

Симптоматоген зона - бу пароксизмал электр тўлқини билан қўзғатиш хусусияти ёки фаоллашганда, клиник белгилар ривожланиши.

Кўпинча тутқаноқнинг клиник кўриниши электр тўлқинининг маълум ҳудудларга тарқалиши билан белгиланади, шунинг учун симптоматоген майдон ҳар доим эпилептоген майдондада жойлашган эмас, лекин кўпинча унга яқин жойлашган.

Эпилептоген майдонни локализация қилиш клиник белгиларни, тутқаноқ семилогиясини ўрганиш ва видео-ЕЕГ мониторинги тўлиқ таҳлил қилиш уриниб кўриш мумкин. Бироқ, симптоматоген майдонни аниқлашнинг энг яхши усули - бу эпилептиформ разряд каби мия ярим пўстлоғини фаоллаштиришга имкон берувчи электр стимуляциясидир.

### **Тутқаноқ бошланиши майдони.**

Тутқаноқ бошланиши майдони - тутқаноқни бошланадиган пўстлоқ майдони. Ушбу соҳани аниқлаш учун ЕЕГ мониторинги (инвазив бўлмаган ва инвазив), магнетоенцефалография (МЕГ), функционал МРТ (фМРТ), иктал-интериктал СПЕСТ версиясида энг информацион бўлган иктал битта фотонли эмиссия компьютер томографияси (СПЕСТ), МРТ қўллаш ёрдамида аниқланади.

### **Ирритация зонаси.**

Ирритация зонаси - бу интериктал (интериктал) эпилептик фаолликнинг пайдо бўлиш соҳаси. Етакчи диагностика усули нейрофизиологик ҳисобланади. Бош

териси ЕЕГни рўйхатга олиш ирритация майдонининг ҳақиқий тақсимланишини акс еттирмайди, унинг чегаралари кортикал ва интрасеребрал электродлар, интраоператив электрокортикография (ЕсоГ) ва МЕГ ёрдамида инвазив тадқиқотлар ёрдамида аниқроқ аниқланиши мумкин.

### **Функционал етишмовчилик майдони.**

Функционал танқислик (етишмовчилик) майдони - бу интериктал даврда бузилишлар билан намоён бўладиган мия ярим пўстлоғининг майдони. Ушбу дисфункция эпилептогеник мия шикастланишига таъсир қилишнинг бевосита ёки функционал воситачилик натижаси бўлиши мумкин.

Функционал танқислик соҳасини аниқлаш учун қуйидаги текшириш усуллари қўлланилади: батафсил неврологик текширув, нейропсихологик текширув, позитрон эмиссия томографияси (ПЕТ), интериктал СПЕСТ, Шада тести (пропофолнинг интракаротид инъекцияси), бу нутқнинг устунлигини аниқлашга имкон беради. Бош мия ярим шарнинг тутқаноқдан кейин вақтинчалик пирамидал симптомларни ёки оғзаки нуқсонларни аниқлаш тутқаноқнинг бошланиши зонасини латерализация қилиш учун катта аҳамиятга ега.

(Textbook of Epilepsy Surgery. Edited by Hans O Lüders MD PhD. 2008)

### **Эпилепсия ташхисоти.**

#### **Операциядан олдинги текширув.**

Дори-дармонларга чидамли (фармокорезистент) эпилепсия билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш зарурати ва унинг кўлами тўғрисида қарор қабул қилиш учун текширишнинг асосий мақсади эпилептоген зонани - эпилептик фаоллик манбаи бўлиб хизмат қиладиган ва фаол эпилепсияни ифодаловчи мия майдонини аниқлашдир, ёки тутқаноқни келтириб чиқариши мумкин бўлган зона.

#### **Тутқаноқларнинг семиологиясини клиник ўрганиш.**

Тутқаноқ семиологиясини клиник баҳолашнинг асосий мақсадлари қуйидагилардан иборат тутқаноқ белгилари ҳақида ишончли маълумот олиш, тутқаноқнинг мумкин бўлган этиологиясини аниқлаш, антиконвулсант терапиянинг "адекватлиги" ва тутқаноқларнинг ҳаёт сифатига таъсирини баҳолаш. Перинатал травма, фебрил тутқаноқлар, менингоенцефалит ва травматик мия шикастланиши каби эпилепсия учун турли хил хавф омилларининг мавжудлиги ҳақида батафсил сўров эпилепсиянинг мумкин бўлган этиологияси ҳақида қимматли маълумотларни бериши мумкин.

Тутқаноқнинг клиник кўринишини ва семиологиясини батафсил ўрганиш симптоматоген зонанинг локализациясига шубҳа қилиш имконини беради.

**Жадвал 2.**

**Иктал ва постиктал симптомларнинг латерализацияси.**

Симптомлар	Эпилептоген майдон яримшар локализацияси	Хусусийлик	частота
Локализацияланган соматосенсор аура	контралатерал	89 %	Эпилепсия билан оғриган беморларнинг 1-10 фоизида
Визуал аура (иктал)	контралатерал	100%	29 % энса соҳаси эпилепсиясида
Фокал клонико/тоник автоматизмлар	контралатерал	90%	29 % пешона соҳаси эпилепсиясида
Бошнинг фиксацияланган қайрилиши (<10 сек) иккиламчи генераллашгунча	контралатерал	>90 %	35 % чакка соҳаси эпилепсиясида, 45 % чаккадан ташқари эпилепсияда
«фигура 4» симптоми	контралатерал	90 %	15 % чакка соҳаси эпилепсиясида, 15 % чаккадан ташқари эпилепсияда
Бир томонлама қўл автоматизми	контралатерал	>99 %	45 % чакка соҳаси эпилепсиясида
Эс – хуш сақланиш билан автоматизмлар	Доминант бўлмаган	>99 %	5 % чакка эпилепсиясида

Гапириш	Доминант бўлмаган	80%	35 % эпилепсияда
Дисфазия ва афазия	Доминант	>99 %	35 % эпилепсияда
Қайд қилиш	Доминант бўлмаган	80 %	2 % эпилепсияда
Туфлаш	Доминант бўлмаган	75 %	0,5 % эпилепсияда
Постистал дисфазия ва афазия	донинант	80%	35 % чакка эпилепсияда
Постистал бурун қичиш	Ипсилатерал	90%	55 % чакка эпилепсияда

### **Нейрофизиологик текшириш усуллари.**

#### **Бош териси видео-ЭЭГ мониторинги.**

Иктал ва интериктал даврларнинг 24 соатлик бош териси видео-ЭЭГ мониторинги дориларга чидамли эпилепсия билан оғриган беморларни текширишнинг энг муҳим усулларида биридир.

Барча беморлар провокацион тестлардан фойдаланган ҳолда халқаро 10-20% кўрғошин нақшига мувофиқ ўрнатилган 21 электрод ёрдамида узоқ муддатли видео ЭЭГ мониторингини ўтказишлари керак: ритмик фотостимуляция, гипервентиляция, уйқусиз уйқудан кейин қайд этиш.

Ушбу усул эпилептик тутилишларни эпилептик бўлмаган тутқаноқлардан фарқлаш, тутилишларни таснифлаш ва ҳужумнинг бошланиш зонасини локализация қилиш имконини беради. Эпилептик бўлмаган тутилишлар - бу конвулсив эпилептик тутилишларга ўхшаш ихтиёрий ҳаракатлар, ҳислар ёки хатти-ҳаракатлар, уларнинг сабаби миyaning асабий фаолиятининг бузилиши эмас. Улар эпилептик тутилишнинг ҳар қандай турини тақлид қилишлари мумкин, бу тутилишлар умумий тоник-клоник, йўқлиги, оддий ёки мураккаб қисман тутилишлар учун хатодир.

Бош териси видео-ЭЭГ мониторингининг камчиликлари қуйидагилардан иборат:

1. Пароксисмал фаолликни рўйхатга олиш учун мия ярим кортексининг фаоллиги камида 10-20 см<sup>2</sup> бўлиши керак, шунинг учун бош териси видео ЭЭГ мониторингига кўра, дори-дармонларга чидамли эпилепсия билан оғриган

беморларнинг 15-25 фоизда бу тутилиш бошланиши ва тирнаш хусусияти зонасини аниқ локализация қилиш мумкин эмас;

1. Темпорал эпилепсия билан оғриган беморларнинг 20-30 фоизда, шунингдек, эпилепсиянинг фронтал ва оксипитал шакллари билан оғриган беморларда икки томонлама ёки қарама-қарши интериктал ва иктал пароксисмал оқимлар қайд этилиши мумкин, бу еса тутқаноқ бошланишининг майдони локализацияси ва латерализациясини мураккаблаштириши мумкин.

### **Инвазив видео ЭЭГ мониторинги.**

Инвазив бўлмаган тадқиқотлар эпилептоген зонанинг латерализацияси ва локализацияси бўйича етарли даражада ёки қарама-қарши маълумотларни тақдим этса, беморларга инвазив видео ЭЭГ мониторингини қўллаш тавсия этилади. Интрасеребрал ва субдурал электродлар инвазив видео ЭЭГ мониторингини ўтказиш учун ишлатилади.

Мия ярим кортексидан биоэлектрик фаолликни қайд қилиш учун 4, 6 ва 8 контактли "чизиклар" (чизиклар) кортекснинг катта юзасидан, шунингдек, экстратемпорал сохалар ва МРИ-салбий шакллар учун 4x4, 4x6; ишлатилади, 4x8 контактли "тор" электродлари. Субдурал "чизик" электродлари "панжараларни" ўрнатиш учун трефинация ("бур тешиги") тешиклари орқали ўрнатилади, остеопластик трепанация амалга оширилади; Миянинг чуқур қисмларидан (тахмин қилинган эпилептоген фокус проекциясида) ва гиппокампдан ёзиш учун мен интрасеребрал (чуқур) 4, 6 ва 8 контакт электродларидан фойдаланаман. Чуқурлик электродлари (мия ва гиппокампнинг чуқур қисмларидан ёзиб олиш учун) фреза тешиклари орқали минимал инвазив тарзда стереотактик рамка ёки рамкасиз навигация мосламалари ёрдамида ўрнатилади.

Интракраниал электродлар (интрасеребрал ва субдурал) ёрдамида инвазив видео ЭЭГ мониторинги тутқаноқ бошланиши ва кўзғалиш соҳасини аниқлаш имконини беради.

### **Нейроимажинг текширув усуллари**

#### **Бош мия МРТси.**

Асосий импульслар кетма-кетлиги билан мия МРИ эпилептоген зарарланиш соҳалри 50% дан кўп бўлмаган ҳолларда аниқлай олади, бу биринчи навбатда миянинг МРТ ни ўтказишда стандарт бўлакнинг қалинлиги 3-4 мм бўлганлиги сабабли, бу оқ моддада кичик фокусли ўзгаришларни визуализация қилишга имкон бермайди. кулранг чегара ва оқ материянинг аниқ баҳоси. Эпилепсия билан оғриган бемор учун миянинг МРИ учун оптимал бўлак қалинлиги 2 мм ёки

ундан кам бўлиши керак. Эпилепсия билан оғриган беморни текширишда ФСЭ Т2, СЭ Т1, ФЛАИР, ДШИ ёки уларнинг аналоглари қалинлиги 2 мм бўлган пулс кетма-кетликларининг асосий тўпламига қўшимча равишда, қўшимча дастурлар, масалан, тилим билан 3Д ФСПГР қўлланилади. қалинлиги 0,6 мм бўлган ҳар қандай текисликда процессордан кейинги МИП реконструкция қилиш имконияти билан, бу беморнинг жойлашуви бузилишидан қатъи назар, темпорал лобларнинг хипокампус ва медиобазал қисмларини иложи борича етарли даражада тасаввур қилиш ва керакли ўлчовларни олиш имконини беради.

Фокал кортикал дисплази, гипокампал склероз ва гетеротопияни ташхислаш учун кулранг ва оқ моддаларнинг фарқланишини, егатнингнинг шакли ва тузилишини баҳолаш керак. Бунинг учун юқори аниқликдаги ва минимал бўлак қалинлигига ега бўлган импульс кетма-кетликлари қўлланилади (3Д ФСПГР ИР тилим қалинлиги 0,6-1 мм).

(Recommendations for the use of structural magnetic resonance imaging in the care of patients with epilepsy: A consensus report from the International League Against Epilepsy Neuroimaging Task Force. Andrea Bernasconi<sup>1</sup> | Fernando Cendes<sup>2</sup> | William H. Theodore<sup>3</sup> | Ravnoor S. Gill<sup>1</sup>, et al., *Epilepsia*. 2019;60:1054–1068. DOI: 10.1111/epi.15612).

### **Фокал кортикал дисплазия (ФСД) учун характерли белгилар:**

- Т2 ва Т2 ФЛАИР режимларида кулранг моддадан сигнални кучайтириш (эркин суяқликдан сигнални йўқ қилиш);
- Т2 ва Т2 режимларида субкортикал зонада оқ моддадан сигналнинг кучайиши ФЛАИР;
- Т2 ва Т2 режимларида кулранг ва оқ моддалар ўртасида аниқ чегаранинг йўқлиги ФЛАИР;
- Т1 ва Т1 режимларида оқ моддадан сигнал интенсивлигининг пасайиши "инверсия-қайта тиклаш";
- кортекснинг чўққиси ён томонга йўналтирилган ханжар шаклидаги қалинлашиши перивентрикуляр зона;
- қобиқ қалинлигининг ўзгариши;

- конволюцияларнинг анормал тузилиши;
- гирус ва темпорал лоб қисмларининг гипоплазияси.

<https://radiographia.info/article/fokalnaya-kortikalnaya-displaziya>

### **Гипокампал склероз қуйидаги белгилар билан тавсифланади:**

МРИ ҳипокампусни баҳолаш учун танлов усули ҳисобланади, аммо яхши сезувчанликка эришиш учун махсус протокол талаб қилинади. Коронал текисликдаги юпқа кесма кетма-кетликлари талаб қилинади, бу ерда бўлақлар гипокампларнинг узунлама сг а ўқиға тўғри бурчак остида жойлаштирилади.

Юқори аниқликдаги коронал T2/ФЛАИР кетма-кетликлари МШСни аниқлаш учун энг яхши танловдир.

Топилмалар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- ҳипокампал ҳажмининг пасайиши, ҳипокампал атрофия;
- T2 сигналининг ортиши;
- ғайритабий морфология: ички архитектуранинг йўқолиши, стратум радиата - дентат ядролари ва аммоний шохини ажратувчи оқ модданин г нозик қатлами.

Ўнг ва чап томонларни қиёсий таҳлил қилиш қийин эмаслиги сабабли, эсда тутиш керакки, 10% дан кўпроғида лезён икки томонлама бўлади, шунинг учун фақат симметрияни баҳолашда МШСнинг кўп ҳолатларини оддий расм деб адашиш мумкин. .

Шунингдек, тез-тез тилға олинадиган, аммо камроқ аниқ топилмалардан бири бу латерал қоринча темпорал шохининг кенгайиши. Қандай бўлмасин, бу радиологни ҳипокампуснинг ҳажми камайганлиги ҳақида чалғитмаслиги керак.

Кейинчалик жиддий зарар билан қуйидагилар қўшимча равишда юзага келиши мумкин:

- ипсилатерал форникс ва мастоид танасининг атрофияси;
- олдинги таламус ядроларининг кўтарилган сигнали ёки атрофияси;
- сингулат гируснинг атрофияси;
- амигдаладан сигнал интенсифлигининг ошиши ва/ёки унинг ҳажмининг пасайиши;

- субикулум ҳажмининг камайиши;
- латерал қоринчаларнинг темпорал шохларининг кенгайиши;
- коллатерал ШМ ва энторинал кортекс атрофияси;
- таламус ва каудат ядроларининг атрофияси;
- ипсилатерал мия гипертрофияси;
- қарама-қарши серебеллар ҳемиатрофия;
- олдинги темпорал лобда кулранг ва оқ моддаларнинг бирикмасини лойқаланиши;
- параҳипокампал гирусда ШМ ҳажмининг пасайиши;

Қўшимча 3Д ҳажмли кетма-кетликларни бажариш мумкин, аммо кейинги ишлов бериш нозик ҳипокампал ўзгаришларга сезгирликка таъсир қилиши мумкин. Контрастни кучайтириш талаб қилинмайди.

## ДШИ

Нейронларнинг йўқолиши натижасида ҳужайрадан ташқари бўшлиқлар кенгайди ва шунинг учун таъсирланган томонда сув молекулаларининг тарқалиши кўпроқ бўлади, бу АДСда юқори сигнал қиймати билан намоён бўлади.

Аксинча, нейрон дисфункцияси ва баъзи шишлар натижасида ҳужумдан кейин диффузия чекланади ва шунинг учун сигнал интенсивлиги камаяди.

### МР спектроскопияси

МРСдаги ўзгаришлар одатда нейрон дисфункциясини акс еттиради.

НАА ва НАА/Чо ва НАА/Ср нисбатларининг пасайиши:

ипсилатерал лобда миё-иноситолнинг камайиши;

ҳужумдан сўнг дарҳол кўтарилган липидлар ва лактат;

### МР перфузияси

МР перфузиясидаги ўзгаришлар сканер қачон олинганига қараб СПЭСТ тадқиқотларидаги ўзгаришларга мос келади.

Перииктал фазада перфузия деярли бутун темпорал лобда ва ҳатто ярим шарда кучаяди, постиктал фазада эса перфузия камаяди.

<https://radiopaedia.org/articles/mesial-temporal-sclerosis?lang=us>

Миянинг ўтказувчанлик йўллари ва йўлларининг тузилишини (юқори бўйлама фасикулус, пастки бўйлама фасикулус, пирамидал тракт, юқори ва пастки оксипитал-фронтал фасцикуллар, унсинат фасикулус) ва уларнинг МРИ, эпилептоген ўчоқлари билан алоқаларини баҳолаш учун. ДТИ) ишлатилади ) деб аталади МР трактографияси (ихтиёрий). Кейинчалик, МР трактография маълумотлари рамкасиз навигация тизимидан фойдаланган ҳолда жарроҳлик аралашувни режалаштиришда мия йўлларининг виртуал моделини яратиш учун ишлатилади. Жарроҳлик пайтида МР трактография маълумотларидан навигация мосламаси ёрдамида оптик трактни визуализация қилиш учун фойдаланиш антеромедиал темпорал лобектомиядан кейин кўриш майдонининг йўқолиши миқдорини ва унинг частотасини 2 барабар камайтириши мумкин. Вокселга асосланган морфометрия (фраксионел анизотропияни, диффузия коэффициентини, кулранг моддалар концентрациясини баҳолаш) эпилепсияда (айниқса, МРИ-салбий шаклларда) миянинг кулранг ва оқ моддасидаги ўзгаришларни аниқлаш имконини беради.

Функционал МРИ қўшимча тадқиқот усули сифатида эпилепсия, биринчи навбатда МР трактография ва МР спектроскопиясида кенг қўлланилишини топди.

МР спектроскопиясидан фойдаланиб, шубҳали эпилептоген ўчоқларнинг метаболик параметрлари инвазив бўлмаган ҳолда баҳоланади (тавсия МР спектроскопияси, айнақса, Н-асетил аспартат (Наа) нисбати пасайиши билан тавсифланган ҳипокампус склерозини тасдиқлаш учун кенг қўлланилади). (нейрон белгиси) холин (Чо) (яхлитлик белгиси хужайра мембраналари) ва креатин (Ср) (енергия алмашинувининг белгиси), Наа / Ср, Чо / Ср, Наа / Чо нисбатлари баҳоланади. Соғлом одамларда Наа / Ср нисбати  $1,45 \pm 0,17$ , Чо / Ср -  $0,60 \pm 0,27$ , Наа / Чо -  $1,00 \pm 0,23$  ни ташкил қилади.

Клиник амалиётда мия ярим кортексининг функционал харитаси қўлланилади – ЭПИ БОЛД, унинг ёрдамида қоннинг кислородланишидаги ўзгаришларга асосланиб, ташқи стимуляцияга жавобан мия ярим кортексининг функционал фаол марказларини аниқ локализация қилиш мумкин.

Рўйхатга олинган дастурларнинг тўлиқ тўплами кўпинча 3 Тесла майдон кучига эга МР томографларида қўлланилади.

**Интериктал ва иктал позитрон эмиссия томографияси.**

(ПЭТ) 18-флуоридеоксиглюкоза ва СПЭСТ (SPEКТ, SYSCOM) билан (Қўшимча текшириш усуллари).

Иктал ва интериктал СПЭКТ ва 18-флуоридеоксиглюкоза билан ПЭТ қўшимча диагностика усули сифатида эпилептоген фокусни локализация қилиш учун ишлатилиши мумкин: инвазив бўлмаган текшириш усулларида маълумотлар етарли эмас, эпилепсиянинг МР салбий шакллари, МРИга кўра мултифокал ёки диффуз мия лезёнлари. (ихтиёрий).

ПЭТда интериктал даврда тахмин қилинган эпилептоген зона глюкоза гипометаболизми, иктал даврда еса глюкоза гиперметаболизми билан тавсифланади. Темпорал лоб эпилепсияси билан оғриган беморларда ПЭТнинг сезгирлиги 70-85%, экстратемпорал лезёнлари бўлган беморларда - 30-60%.

Иктал СПЭКТ эпилептоген фокусда шубҳали ҳудудда гиперперфузия зонаси билан тавсифланган иктал мия қон оқимини баҳолашга имкон беради. СПЭКТ - иктал СПЭКТ дан интериктал СПЭКТни олиб ташлаш мия гиперперфузияси соҳасини аниқ аниқлаш имконини беради. Анатомик тузилмалар билан солиштириш учун СПЭСТ тасвири МРТ маълумотлари - СИСКОМ билан бирлаштирилган. Темпорал эпилепсия билан оғриган беморларда усулнинг сезгирлиги 70-90%, экстратемпорал лезёнлари бўлган беморларда - тахминан 60%.

### **Нейропсихологик тадқиқотлар.**

Нейропсихологик тест эпилепсия билан оғриган беморларни операциядан олдинги текширувнинг ажралмас қисмидир (стандарт). Операциядан олдинги нейропсихологик баҳолаш эпилептоген фокуснинг латерализацияси ва локализацияси ҳақида қўшимча маълумот олиш, беморнинг когнитив ва ҳиссий ҳолатини баҳолаш имконини беради. Когнитив ҳолатни баҳолаш ҳар хил турдаги праксисни, визуал ва эшитиш гнозини, мнестик фаолиятни, нутқ ва визуал фазовий функцияларни ўрганишни ўз ичига олади. Ҳиссий ҳолатни ўрганиш шахсиятнинг умумий хусусиятларини, шунингдек, ҳозирги ҳолатни - хусусан, ташвишли ва депрессив тажрибаларнинг мавжудлигини ва керак бўлганда чуқурлигини баҳолаш учун зарурдир. Кенг қамровли текширув маълумотлари ёрдамида турли хил касалликларнинг давомэтиши ва оғирлигини, уларни қоплаш механизмларини, шунингдек, ушбу касалликларга таъсир қилиш бўйича жарроҳлик аралашувнинг хавфи ва истикболларини тушуниш мумкин бўлади.

Инвазив бўлмаган диагностика усулларида олинган натижалар мутахассислар (невропатолог, эпилептолог, нейрохирург, нейрофизиолог, нейропсихолог, патоморфолог, нейрорадиолог) томонидан баҳоланиши ва таҳлил

қилиниши керак. Эпилептоген зонанинг локализациясини ва хужумнинг бошланиши зонасини аниқлаш учун жарроҳлик даволаш ёки инвазив видео-ЭЭГ мониторингини ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилиш.

Тутқаноқнинг табиатини аниқлаш учун, клиник неврологик, нейрофизиологик ва инструментал тадқиқотларга қўшимча равишда, беморларга қуйидаги тадқиқотлар керак.

1. Батафсил касаллик тарихи (афзал тиббий хужжатларга мувофиқ) - эрта болалик даврида туғилиш жароҳати ёки марказий асаб тизимининг бошқа оғир патологиясининг мавжудлиги, болалик даврида эпилептик стигмалар, онгни йўқотиш тарихи ва онгни сиқилган ҳолат. , оила тарихи.

2. Қон ва мия омурилик суюқлигининг сифилис ва вируслар, шу жумладан ОИВ учун серологик текшируви марказий асаб тизимининг юқумли патологиясини тасдиқлайди ёки истисно қилади ва адекват даволашни таъминлайди.

3. Лаборатория текшируви, албатта, қуйидаги кўрсаткичларни ўз ичига олиши керак:

- қон тести (гемоглобин, гематокрит, лейкоцитлар формуласи, тромбоцитлар сони, - қон ивиши);

-сийдик таҳлили (оқсил, глюкоза, микроскоп, кетонлар, қон аралашмалари);

-биокимё (электролитлар, оқсил, карбамид, иммуноглобулинлар, калций, трансаминазалар, ишқорий фосфатаза, билирубин, карбамид, глюкоза, креатинин, амилаза, серулоплазмин, сут кислотаси);

-генетик тадқиқотлар (карётиплаш, ДНК таҳлили ва бошқалар).

4. Ультратовуш транскраниал Допплер текшируви (УСДГ). Бу баъзи пароксисмал шароитларни фарқлаш имконини беради, шунингдек, томир тўшагининг патологиясини ташхислаш учун скрининг техникаси бўлиб хизмат қилади - стеноз, малформация ва бошқалар Допплер ультратовуш текшируви каротид ва базиляр соҳаларда етарли функционал юқларга эга бўлиши керак.

5. Қон босимининг узоқ муддатли мониторингини мунтазам равишда мунтазам равишда қон босимини ўлчаш билан клиник ёмонлашув вақтида мажбурий ўлчовлар билан алмаштириш мумкин, аммо бундай ўлчовларнинг хабардорлиги мониторингдан сезиларли даражада паст;

6. Кардиоген пароксизмларга шубҳа қилинган ЭКГ мониторинги. Шунини есда тутиш керакки, мунтазам ЭКГ ЭКГ мониторингининг ўрнини боса олмайди.

7. Отоневрологик текширувни ўтказиш бир қатор эпилептик бўлмаган тутилишларни аниқлашга ёрдам беради.

8. Агар кўрсатилса, чуқур эндокринологик текширув. Инсуляр аппаратлар, қалқонсимон без, буйрак усти безлари, гипофиз безининг патологиялари пароксизмал шароитларнинг ривожланишига олиб келади, бу эпилептиклардан фарқланиши керак.

Тавсия этилгандан юқори стандарт тадқиқот алгоритмини ўтказиш, албатта, фақат клиник кўриниш билан биргаликда эпилептик тутилишни эпилептик бўлмагандан ажратишга имкон беради.

Соқчиликнинг эпилептик хусусиятини аниқлашда, агар иложи бўлса, куйидагилар зарур:

- тутилиш сабабини аниқлаш;
- эпилептик тутилиш турини аниқлаш;
- даволаш тўғрисида қарор қабул қилиш, шу жумладан АЕДни буюриш;
- АЭП ни танланг.

Эпилепсия билан оғриган одамларни даволашни бошлаш фақат тутқаноқ тутқаноқли эканлиги аниқ бўлганда мумкин. Беморларда икки ёки ундан ортиқ эпилептик тутилишлар мавжудлиги АЭД билан даволашни талаб қилади.

Агар беморда эпилепсиянинг маълум этиологияси бўлса, уни йўқ қилиш керак (агар иложи бўлса) жарроҳлик ёки терапевтик йўл билан бундай даволаш АЭДлар самарали бўлса ҳам амалга оширилади; Эпилепсия этиологиясини излаш, ҳатто муваффақиятли бўлса ҳам, АЭД даволаш бошланганидан кейин тўхтамаслиги керак. Бошқача айтганда, асосий касалликни даволаш муҳимдир.

Фақат битта эпилептик тутилишнинг ривожланиши тавсифланган диагностика стандартини амалга оширишни ва АЭПни даволашни бошлаш учун дифференциал ёндашувни талаб қилади.

### **Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:**

- офталмолог билан маслаҳатлашиш - кўриш органининг шикастланишини истисно қилиш;

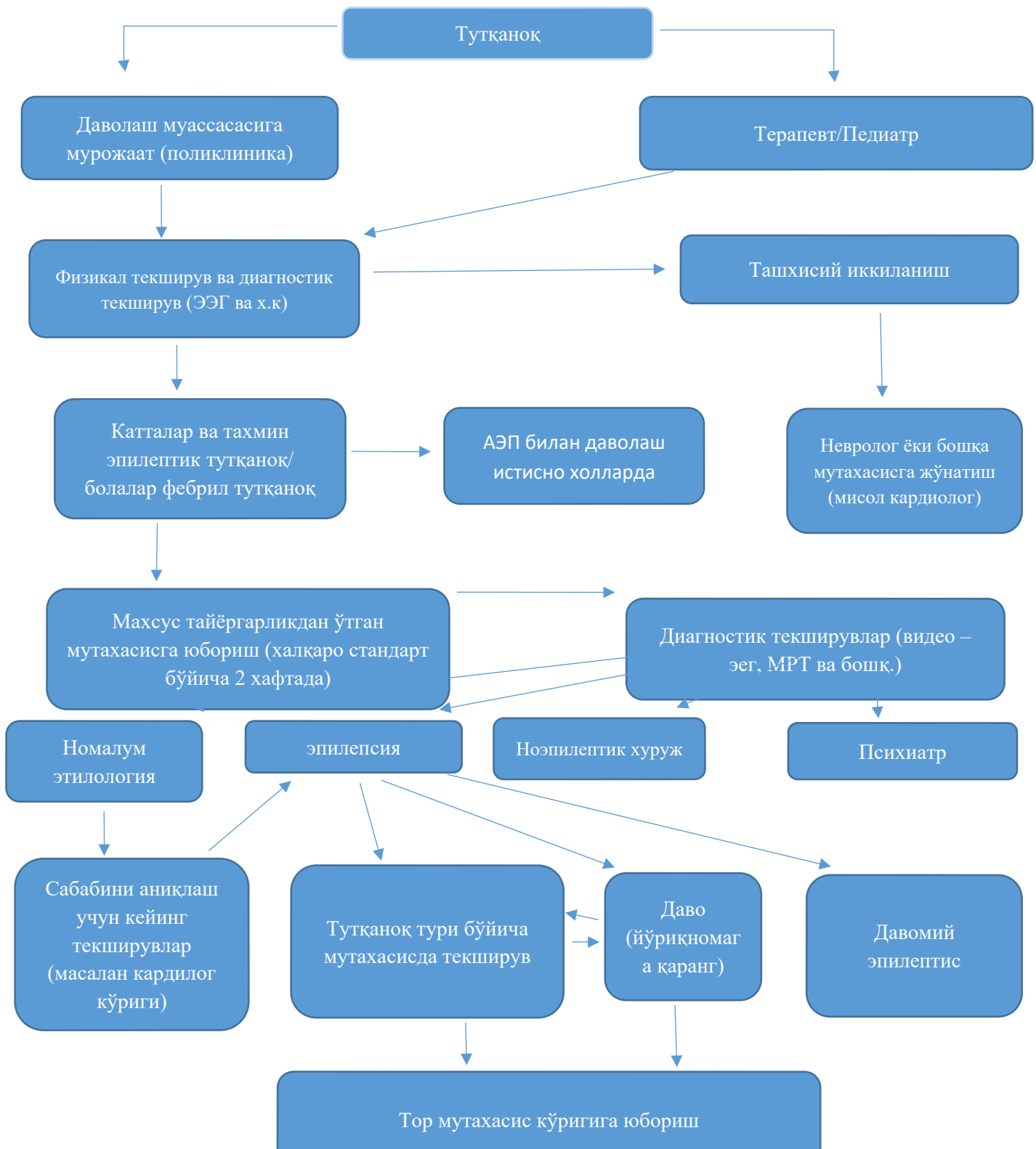
- невропатолог маслаҳати

- эндокринолог маслаҳати – қалқонсимон без фаолияти бузилганда ёки бошқа эндокринологик касалликлар мавжудлигида;

- гастроентеролог билан маслаҳатлашиш - АЭД нинг ноҳўя таъсирини кузатиш;
- психиатр билан маслаҳатлашиш - бирга келадиган руҳий касалликлар учун;
- юрак-қон томир касалликларини истисно қилиш учун кардиолог билан маслаҳатлашиш;
- дефектолог консультацияси - ақлий заифлик мавжуд бўлганда.

**Диагностика алгоритми:**

Шакл - 7. Пароксисмал ҳолатлар учун ҳаракатлар алгоритми.



## Дифференциал диагностика ва қўшимча тадқиқотлар учун асослар

Эпилепсияни эпилепсия бўлмаган касалликдан фарқлашнинг асосий принципи ЭЭГда клиник ва электр ходисалари ўртасидаги боғлиқликдир. Шунинг учун, хужумнинг видеоёзуви ва унинг ЭЭГ билан ўзаро боғлиқлиги ЗАРУР!

### Жадвал 3. Эпилептик ва эпилептик бўлмаган эпизодни фарқлаш учун баъзи аломатлар.

<i>симптомлар</i>	<i>Псевдоэпилептик хуруж</i>	<i>Эпилептик хуруж</i>
Хуружнинг стереотиплиги	Характерли эмас	Характерли
Йиқилганда траматизация	Характерли эмас	Бўлиши мумкин
Хуружнинг бирдан бошланиши	Характерли эмас	Кўпинча
Куннинг маълум қисмида бўлиши (уйку/уйғоқлик билан ассоцияланиши)	Характерли эмас	Кўпинча
Хуружнинг уйку пайтида бўлиши	Характерли эмас	Кўпинча
Эмоционал зўриқиш билан хуруж чақирилиши	Кўпинча	Камдан - кам
Эмоционал бўғлиқ одамларнинг ёнида бўлиши (ота- она, шифокор ва бошқ.)	Кўпинча	Характерли эмас

#### 4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси: дори билан даволаш.

##### Номедикаментоз даво:

- II режим ("эпилепсия билан оғриган бемор яшаш жойи бўйича пропискада бўлиши, бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида дори воситалари ва тиббиёт буюмлари рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида"ги 666-сонли буйруғи билан белгиланган зарурий антиконвулсанларни олиши шарт. Мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими, шу жумладан айрим касалликларга (холатларга) эга бўлган фуқароларнинг айрим тоифалари учун амбулатория даражасида бепул ва (ёки) имтиёзли дори воситалари, тиббий буюмлар ва ихтисослаштирилган терапевтик маҳсулотлар дори воситаларини шифокор кўрсатмаси бўйича қабул қилишлари керак, чунки эпилепсия, тутқаноқ турига

қараб, травматик ҳолат бўлиши мумкин, шунингдек, эпилепсия билан оғриган беморларда "тўсатдан ўлим синдроми" тез-тез учрайди, шунинг учун антиконвулсант терапияни қабул қилиш, дозани сошлаш ва тўхтатиш неврологнинг назорати остида бўлиши керак;

- кўзғатувчи омиллардан (ҳаракатларнинг кўзғатувчи ҳужумларидан) қочиш керак: фотостимуляция, милтилловчи ёруғлик манбаи, чарчоқ, кеч ухлаб қолиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш;

- бассейнга ташриф буюриш ёки ванна қабул қилишда беморлар катталар ҳамроҳлигида бўлишлари шарт;

- сиз катталар ҳамроҳлигисиз велосипед ҳайдай олмайсиз;

- саёҳатда ёки узоқ сафарларда бемор ишлатадиган барча дори-дармонларни, шунингдек шошилиш дори-дармонларни (ректал диазепам, буккал/бурун мидазолами) ўзингиз билан олиб юришингиз шарт 8-илова [33];

- Эпилепсия билан оғриган бола учун у ҳеч қандай тарзда ногирон деб ҳисобланмаслиги муҳимдир. Кўпгина болалар учун эпилептик тутилишлар оддий ҳаётнинг қолган қисмида фақат вақтинчалик эпизодлардир;

- болага касаллик ҳақида эслатишнинг ҳожати йўқ;

- бола касал бўлганида кимдир билан касаллик фактини муҳокама қилишнинг ҳожати йўқ;

- ортиқча ғамхўрлик ва кераксиз чекловларга эҳтиёж йўқ;

- эпилепсия билан оғриган бола спорт ва оммавий тадбирларда ўз имкониятига кўра қатнашиши МУМКИН ВА КЕРАК (даволовчи шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда);

- агар керак бўлса кетогеник парҳез (КД).

Кетогеник парҳез (КД)эпилепсиянинг даволаб бўлмайдиган шакллари учун самарали нофармакологик даволаш усули ҳисобланади. СД - юқори ёғ микдори, чекланган микдордаги протеин ва нисбатан паст углевод микдори билан тавсифланган парҳез. Озиқ моддалар нисбати: классик кетогеник парҳез билан - оксиллар ва углеводларнинг 1 қисмига бирлаштирилган ёғнинг 4 ёки 3,5 қисми ва ўзгартирилган 2: 1, 1: 1 билан.

Классик СД касалхонада, модификацияланган СД амбулатория шароитида ўтказилади.

КД принципи танани кетоз ҳолатига, кетон жисмларининг концентрацияси ортиб бораётган физиологик ҳолатга қўйишдир.

Диет кетостикерлар ёрдамида кетон таналари назорати остида амалга оширилади. Кетогеник парҳезнинг самарадорлиги фақат КДни қабул қилгандан кейин 3 ой ўтгач баҳоланиши мумкин. Агар парҳез яхши муҳосаба қилинган ва самарали бўлса, диетанинг давомийлиги камида 2 йилни ташкил этади ва администрация СДни бажариш техникасини биладиган мутахассиснинг назорати остида аста-секин амалга оширилади;

Кетогеник парҳезга кўрсатмалар:

• Глюкоза ташувчи оқсил танқислиги синдроми 1 (Глут-1) - кетогеник парҳез терапиянинг биринчи қатори;

- Ангелман синдроми;
- Митохондриял бузилишлар;
- Дравет синдроми;
- Миоклоник-атоник тутқаноқли эпилепсия (Дусе синдроми);
- Пируватдегидрогеназа етишмовчилиги;
- Эпилепсия билан боғлиқ фебрил инфекция синдроми (ФИРЭС);
- Инфантил спазмлар;
- Охтаара синдроми;
- Тубероз склероз комплекси;
- Ретт синдроми;

• Ёши ва жинсидан қатъи назар, 2-3 та дори-дармонларни қабул қилгандан кейин тутқаноқлари давом этадиган болалар ва айникса, ўчоқли эпилепсия билан оғриган болаларда.

**Кетогеник парҳез терапиясига қарши кўрсатмалар.**

- Панкреатит;
- Жигар етишмовчилиги;

- Асосий неврологик ёки соматик касаллик туфайли ҳозирги энсефалопатия;
- органнинг функционал ҳолати бузилган соматик касалликлар (жигар, буйраклар, юрак);
- Баъзи митохондриял касалликлар (пируват карбоксилаза етишмовчилиги, эркин ёғ кислоталарини ташиш ва оксидланишдаги нуқсонлар);
- Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар мавжудлиги (нисбий контрэндиқация);
- карнитин танқислиги (бирламчи);
- Пируват карбоксилаза етишмовчилиги;
- Порфирия (пигмент алмашинувининг бузилиши билан кечадиган генетик касаллик);
- Метаболик, гемодинамик ёки кардиореспираторлик беқарорлиги бўлган реанимациядаги беморлар.

СД, КБА, ТАМ, қон ва сийдикдаги кетонлар, липид профилини, қондаги калций, шакар, карнитин ва бошқа электролитлар даражасини аниқлашдан олдин ва фойдаланишдан олдин ва фойдаланиш пайтида, юракнинг ЭКГ, буйракларнинг ултратовуш текшируви. ва жигар, ўсиш назорати, вазн.

(Кетогенная диета: история возникновения, механизм действия, показания. Е. В. Иванникова, corresponding author М. В. Алташина, and Е. А. Трошина. doi: [10.14341/probl12724](https://doi.org/10.14341/probl12724).)

### **Дори-дармонларни даволаш:**

Дори воситаларини тузатиш тамойиллари:

- препаратни танлаш ҳужум турига боғлиқ (1-иловага қаранг);
- эпилепсия этиологияси;
- беморнинг жинси ва ёши.
- антиконвулсанларни алмаштириш 6-иловага мувофиқ амалга оширилади.

Агар юқумли, метаболик ёки иммун этиологияси тасдиқланса, даволаш аниқланган этиологик омилга мувофиқ амалга оширилиши керак.

Ўсмир қизларга ва туғиш ёшидаги аёлларга валпроатни буюриш мумкин эмас ёки фақат беморнинг ақлий даражаси паст бўлса ва мушак ичига контрацептив воситалардан фойдаланиш имконияти бўлса, мутахассис билан маслаҳатлашганидан кейин (3-иловага қаранг).

**Асосий дорилар рўйхати:**

**Препаратни танлаш хуруж тури, эпилептик синдром ёки этиологияга қараб белгиланади (1-иловага қаранг).**

<i>Фарм гуруҳ</i>	<i>Халқаро номи</i>	<i>Ишлатилиши</i>	<b>У Д</b>
Антиэпилептик дори ва карбоксамид ҳосилалари гуруҳидан кайфият стабилизатори	Карбамазепин	Бошланғич доза 5 мг/кг/сут 2 мартаба, кейин хар 3-7 кунда титрлаш 5 мг/кг/сут дан. Ушлаб турувчи доза клиник намоён бо;лиш билан аниқланади одатда 20 мг/кг/сут.	<b>Б</b>
Бензодиазепинлар гуруҳидан антиконвулсант.	<b>клонозепам</b>	Бошланғич доза: 5 ёшгача – 250 мкг кечкига ичишига; 1. – 12 ёшдан – 500 мкг кечкига ичишига; 12 – 18 ёш – 1 мг кечкига ичишига. Хар 7 кунда дозани ошириш. ушлаб турувчи доза: 1 ёшгача – 0,5 -1 мг/сут 2-4 қабулга; 5-12 ёш – 1-3 мг/сут 2-4 қабулга; 12- 18 ёш 4 мг/сут 2-4 қабулга (доза 3-4 мг/сут оширишига мутахасис билан маслахатлашиш керак).	<b>Б</b>
Антиэпилептик дори ва кайфият стабилизатори	<b>ламотриджин</b>	2 ёшдан 12 ёшгача: 1 ва 2 ҳафталар - 1 ёки 2 дозада кунига 0,3 мг / кг бошланғич доза; 3 ва 4-ҳафталар - 2 дозага бўлинган 0,6 мг / кг. Ҳар 2 ҳафтада 0,3-0,6 мг / кг га оширинг. Макс. Доза - 2 бўлинган дозада кунига 4,5-7,5 мг / кг = 300 мг / кун	<b>Б</b>

<p>Антиэпилептик препарат, пиридон ҳосиласи</p>	<p><b>леветирацетам</b></p>	<p><i>Бошланғич доза: &lt;50 кг вазн: 1-2 дозада қунига 10 мг / кг дан, ҳар 7 кунда 10 мг / кг га қўтарилади. 12-18 ёш: икки дозада 250 мг, ҳар 7-14 кунда 500 мг га қўтарилади. Таъминот дозаси: {0}50 kg YOKI &gt;12 ёш: максимал дозаси қунига 1500 мг 2 дозага бўлинган</i></p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Барбитуратлар гуруҳидан антиэпилептик препарат</p>	<p><b>Фенобарбитал</b></p>	<p><i>Ушлаб турувчи дозаси: Янги тузилган чақалоқлар - 2,5-5 мг / кг / кун қунига 1 марта, оғиз орқали; 1 ойдан 12 ёшгача - 1-2 дозада 4-10 мг / кг / кун, оғиз орқали; 12 ёшдан катта - қунига 1 марта 60-180 мг, оғиз орқали.</i></p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Антиэпилептик дори</p>	<p><b>Топиромат</b></p>	<p><i>Бошланғич доза: 16 ёшгача - 0,5-1 мг / кг / кун, дозани қунига 1 мг / кг га 2 бўлинган дозада ҳар 1-2 ҳафтада, оғиз орқали; 16 ёшдан ошганлар - кечаси 25 мг, дозани қунига 25-50 мг га ошириб, ҳар 1-2 ҳафтада 2 дозага бўлинади. Таъминот дозаси: 2 дозага бўлинган ҳолда қунига 5-10 мг / кг,</i></p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Ёғ кислоталари ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат</p>	<p><b>Валпроев кислотаси</b></p>	<p><i><u>Ичга:</u> Бошланғич доза: 2 дозага бўлинган 10 мг / кг / кун, дозани ҳар 5-7 кунда қунига 10 мг / кг га ошириши. Таъминот дозаси: 2 дозага бўлинган 20-40 мг / кг / кун, максимал 60 мг / кг / кун.</i></p>	<p><b>А</b></p>

ГАБА нинг таркибий аналоглари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Вигабатрин</b>	Бошланғич доза: чақалоқ спазмлари: кунига 50 мг / кг, дозани ҳар 2 кунда 100 мг / кг / кунгача ошириш ва кейин 2 дозага бўлинган 150 мг / кг / кун, оғиз орқали. Таъминот дозаси: чақалоқ спазмлари: 150 мг / кг / кун (максимал 3 г / кун), оғиз орқали	<b>Б</b>
Карбоксамид ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Окскарбазепин</b>	Бошланғич доза: кунига 5 мг / кг дан кунига 2 дозага бўлинади, дозани ҳар 7 кунда 5-10 мг / кг га оширади. Таъминот дозаси: кунига 20-40 мг / кг, оғиз орқали кунига 2-3 дозага бўлинган.	<b>Б</b>

### Қўшимча дорилар рўйхати:

<b>Фарм гуруҳ</b>	<b>Халқаро номи</b>	<b>Ишлатилиши</b>	<b>У Д</b>
Бензисоксазол ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Зонисамид</b>	Бошланғич доза: кунига 2 мг / кг, дозани кунига 2 мг / кг га ошириш, ҳар 1-2 ҳафтада 2 дозага бўлинган, оғиз орқали. Қўллаб-қувватлаш дозаси: 8-18 мг / кг / кун, 2 дозага бўлинган, оғиз орқали.	<b>Б</b>
Суксинимид ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Этосуксемид</b>	Бошланғич доза: 6 ёшгача - 2 бўлинган дозада кунига 125 мг, дозани ҳар 7-14 кунда кунига 125 мг га оширади. 6 ёшдан катта - кунига 250 мг 2 бўлинган дозада, дозани ҳар 7-14 кунда кунига 250 мг га оширади. Қўллаб-қувватлаш дозаси: кунига 20 мг / кг 2 дозага бўлинган (максимал 50 мг / кг / кун), оғиз орқали	<b>Б</b>
	<b>Метилпреднизолон</b>	Терапияни якунлаш касалхонада оғиз	

		орқали 2 мг / кг дозада бошланган, хар ойда 0,5 мг / кг га камаяди.	<b>Б</b>
Стероидлар	<b>Гидролортизон</b>	2 хафта давомида 10 мг/кг дозада; кейин хар 2 хафтада дозани 2 мг/кг га камайтиринг ва 2 ой давомида 6-4 мг/кг дозада қабул қилишни давом этинг, сўнгра хар 2 хафтада 0,5 мг/кг га камайтиринг.	<b>Б</b>
	<b>преднизолон</b>	2-4 мг / кг / кун ёки 40-60 мг / кун дозасида - 2 хафта; кейин хар ойда дозани 2 мг/кг га камайтириш	<b>Б</b>
Антиконвулсант, бензодиазепин гуруҳи	<b>Клобозам</b>	<i>1 ойдан 5 ёшгача бўлган болалар Бошлангич доза: 125 мкг / кг / кун 2 дозага бўлинган, оғиз орқали, 5-7 кундан кейин дозани ошириш. Таъминот дозаси: 250 мкг / кг / кун, оғиз орқали 6 ёшдан 17 ёшгача бўлган болалар: Бошлангич доза: кунига 5 мг, агар керак бўлса, 5 кунлик интервал билан оширинг, парваришлаш дозаси кунига 0,3-1 мг / кг. 12 ёшгача бўлган болаларда максимал: кунига 30 мг, кечаси бир марта; 12-18 ёш - кунига 60 мг 2 дозага бўлинган (дозани мутахассис шифокор билан муҳокама қилиш керак)</i>	<b>Б</b>
Бензодиазепин антиконвулсант	<b>Диазепам</b>	Эпилептик ҳолатни бартараф этиш учун қуйидагилар томир ичига юборилади (7-иловага қаранг): 12 йилгача, агар керак бўлса, 10 дақиқадан сўнг 300-400 мкг / кг ни такрорланг; 12 йилдан ортиқ: агар керак бўлса, 10 дақиқадан сўнг 10-20 мг такрорланг Ректал* 0,5 мг/кг, агар керак бўлса, 5 дақиқадан сўнг такрорланг ёки 2 ёшгача бўлган болалар учун 5 мг; 2-12 ёшдан бошлаб 5-10 мг; 12 йил давомида 10 мг. (8-иловага қаранг) Мушак спазмларини даволаш учун (оғиз орқали):	<b>Б</b>

		1-5 йил 5 мг / кун 2 дозага бўлинган; 5-12 йил 10 мг / кун 2 дозага бўлинган; 12-18 йил 20 мг / кун 2 дозага бўлинган; максимал доз 40 мг / кун	
Бензодиазепин антиконвулсант	<b>Мидазолам</b>	Узоқ муддатли конвульсиялар учун шошилишч дори сифатида буккал (ёноқ орқасида) фойдаланинг (8-иловага қаранг): Янги туғилган чақалоқлар: 300 мкг / кг буккал бир марта; 1-6 ойлик болалар: 300 мкг / кг 2,5 мг буккал, агар керак бўлса, такрорланг; 6-12 ойлик болалар: 2,5 мг буккал, агар керак бўлса, қайта юборилади; 5-10 ёшли болалар: 7,5 мг буккал, агар керак бўлса, қайта юборилади; 10-18 ёшли болалар: оғиз орқали 10 мг, агар керак бўлса, такрорланг Эпилептик ҳолатни даволаш учун томир ичига юбориш (реанимация бўлимида) (7-иловага қаранг): Барча ёшдагилар: 150-200 мкг / кг болус, кейин инфузионни 1 мкг / кг / мин да давом эттиринг (ҳар 15 дақиқада тугилишлар тўхтагунча 1 мкг / кг / мин га кўтарилади) Одатда максимал 300 мкг/кг/соат, агар бемор механик вентиляция қилинган бўлса, баъзида юқорирок доза берилади.	<b>Б</b>
Антиконвулсант	<b>Тиагабин</b>	12 ёшдан бошлаб - бошланғич дозаси кунига 5-10 мг, 1 ёки 2 дозада; ҳар ҳафта дозани кунига 5-10 мг га оширинг. Максимал доз - 2-3 дозада кунига 30-45 мг	<b>Б</b>
Antikonvulsant	<b>Руфинамид</b>	<i>4 йил - 18 йил (вазн &lt;30 kg) - boshlang'ich doza - 100 mg / kun 2 dozaga bo'lingan; har 2 kunda dozani 100 mg ga oshiring. Maksimal doz - kuniga 1000 mg.</i>	<b>Б</b>

		<p>4 yosh - 18 yosh (vazn &gt;30 kg) - бошлангич доза - 2 дозада кунига 200 мг; ҳар 2 кунда дозани 200 мг га оширинг.</p> <p>Максимал доз 30-50 кг вазн учун 2 дозада 900 мг / кун; 50-70 кг вазн учун 2 дозада 1,2 г / кун; 70 кг дан ортиқ вазн учун 2 бўлинган дозада кунига 1,6 г.</p>	
Антиконвулсант	<b>Габапентин</b>	<p>6 ёшдан болаларда</p> <p>Бошлангич доза: 1 дозада оғиз орқали кунига 10 мг / кг; кейин 2-кун 2 дозада дозани 2 марта оширинг; кейин 3-кун 3 бўлинган дозада 30 мг / кг / кунгача оширилади.</p> <p>Таъминот дозаси: кунига 30-40 мг/кг.</p>	<b>Б</b>
Антиконвулсант Карбонат ангидраз ингибитори	<b>Асетозоламид</b>	<p><u>Интракраниал босимни ошириш</u> учун: 25 мг / кг / кун оғиз орқали 3 бўлинган дозада, агар керак бўлса, дозани кунига 25 мг / кг га, максимал 100 мг / кг / кунгача ошириш.</p> <p><u>Эпилепсия учун:</u> 12 ёшгача - 2-3 дозага бўлинган 7,5 мг / кг / кун; 7 кундан кейин дозани кунига 15 мг / кг га оширинг; кейин 22,5 мг / кг / кун 2 - 3 марта</p> <p>12 ёшдан 18 ёшгача - кунига 2-4 марта 250 мг</p>	<b>С</b>
Антиконвулсант	<b>Фенитоин</b>	<p>1 ойдан 12 ёшгача: бошлангич доза - кунига 3-5 мг / кг, 2 дозага бўлинган. Максимал доз - 5-10 мг / кг / кун ёки 300 мг / кун</p> <p>12-18 ёш: бошлангич доза - кунига 150-300 мг 2 дозага бўлинган. Максимал доз - 2 дозага бўлинган ҳолда кунига 600 мг</p>	<b>Б</b>
Антиконвулсант	<b>Стирипентол</b>	<p>3 ёшдан 18 ёшгача: бошлангич доза 10 мг / кг / кун 2-3 дозада; кейин оғиз орқали 2-3 бўлинган дозада кунига 50 мг / кг максимал дозага камида 3 кунлик босқичларда титратинг.</p>	<b>Б</b>

Антиконвулсант ГАМК аналог	<b>Прегабалин</b>	Бошланғич доза: >12 ёш: 75 мг / кун 3 дозага бўлинган; хар ҳафтада кунига 75 мг га кўтарилади Таъминот дозаси: кунига 300 мг 3 дозага бўлинган.	<b>Б</b>
Антиконвулсант	<b>Лакосомид</b>	Бошланғич доза: 2 бўлинган дозада кунига 50 мг / кг, хар ҳафта 2 бўлинган дозада 50 мг га кўтарилади Эпилептик ҳолат ёки кетма-кет тутқаноқлар учун (барча ёшдаги): 2 мг/кг/24 соатдан (оғиз орқали ёки томир ичига), агар тоқат қилинса, кунига 10 мг/кг гача. Таъминот дозаси: >16 ёш: 2 дозада кунига 200 мг	<b>Б</b>
Антиконвулсант	<b>Перампанел</b>	12 ёшдан ошган болаларда: бошланғич дозаси 2 мг дан кечасига 1 марта; 2 ҳафталик интервал билан кунига 1 марта 2 мг дан 10-12 мг гача Таъминот дозаси кунига бир марта 4- 8 мг	<b>Б</b>
Витамин препаратлари	<b>пиридоксин гидрохлорид</b>	Узоқ муддатли терапияни сақлаб туриши (агар терапияга жавоб бўлса + биокимёвий ва генетик тасдиқлаш): оғиз орқали ёки томир ичига кунига 15 дан 18 мг / кг дозада (максимал 30 мг / кг / кунгача) фоллий кислотаси билан бир вақтда.	<b>Б</b>
	<b>Пиридоксал – 5 – фосфат (ПЛП)</b>	Сурункали даволашни давом эттириши (тасдиқланган ПНПО этишмовчилиги учун): 30-50 мг / кг / кун, 4-6 дозада	<b>Б</b>
<p><b>**стероидлар ва бошқа гормонлар эрталаб гормонларнинг сиркадиялик ритмига мувофиқ қабул қилиниши керак ва уларни сут билан қабул қилиши тавсия этилади.</b></p> <p><b>*** Фолин кислотаси фоллий кислотасининг витаминидир; Фолат кислотасидан фарқли ўлароқ, фоллий кислотаси диҳидрофолат редуктаза ферменти ёрдамисиз фолат метаболизми реакцияларида иштирок этиши мумкин.</b></p>			

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида тўловни қоплаш учун асос бўлмайди.

### **3) Жарроҳлик даво.**

Қарор ИЛАЭ стандартларига мувофиқ эпилепсияни жарроҳликдан олдинги диагностика ва жарроҳлик даволашда ўқитилган эксперт-мутахассислар гуруҳи - мултидисциплинар жамоа томонидан қабул қилинади.

Жарроҳлик даволаш натижалари беморларни тўғри танлашга боғлиқ, шунинг учун беморни танлаш учун қатъий протоколдан фойдаланиш керак (ИЛАЭ тавсиялари).

#### **Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар.**

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма эпилептоген лезёнлар (мия малформацияси, интрасеребрал ўсмалар, ҳетеротопиялар, ўчоқли кортикал дисплазия, бош жароҳати оқибатлари) туфайли эпилептик тутилишларнинг мавжудлиги бўлиб, уларни даволаш неврологик симптомларни келтириб чиқармайди.

Икки ёки ундан ортиқ антиконвулсантларни камида 2 йил давомида қабул қилган фокал тутилиш билан оғриган беморларга ёки антиконвулсантлардан сезиларли ножўя таъсирга эга бўлган беморларга ва кундалик ҳаёт ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган ёки чеклайдиган тутилишлар учун жарроҳлик кўрсатилади.

Эрта жарроҳлик аралашув сурункали эпилепсиянинг ҳалокатли психо-ижтимоий ва нейропсихологик оқибатларини олдини олади ва операциядан кейинги ҳаёт сифатини яхшилайдди. Касалликнинг давомийлиги 10 йилдан кам бўлган беморларнинг қарийб 90 фоизи жарроҳлик амалиётидан сўнг соқчиликсиз бўлиб қолган, 30 йилдан ортиқ давом этган касаллик билан оғриган беморларнинг атиги 30 фоизи операциядан кейин тутилишдан халос бўлишган.

#### **Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:**

- идиопатик умумий эпилепсия ёки бенигн
- эпилептик синдромлар;
- ҳаёт сифатини бузмайдиган хужумлар;

- прогрессив соматик касалликлар ёки оғир бирга келадиган патология (ўткир буйрак етишмовчилиги, назорациз диабетес меллитус, нафас олиш етишмовчилиги ва бошқалар);

- оғир руҳий касаллик.

### **Жарроҳлик аралашувининг турлари:**

#### **1) Резекция аралашуви:**

а) Патологик фокусни олиб ташлаш (АВМ, кавернома, мия шиши мия ва бошқалар);

б) Селектив амигдалоҳиппокампектомия;

в) кортикал резекциялар;

д) қисман лобектомия;

е) Лобектомия;

ф) Ҳемисферектомия;

#### **2) Паллиатив жарроҳлик:**

а) каллосотомия;

б) Кўп субпиал кесиклар;

#### **3) Муқобил усуллар (агар иложи бўлмаса, қўлланилиши керак**

резекция аралашувининг самарасизлиги):

а) Вагус нервининг стимуляцияси (ВНС);

б) реактив нейростимуляция (РНС)

с) Миянинг чуқур стимуляцияси (ДБС);

д) радиохирургия;

е) Стрелотактик термал деструкция, лазерли абляция.

#### **4) Кейинги касалликни олиб бориш:**

Касалхонадан чиқарилгандан сўнг, эпилепсия ташхиси қўйилса, бемор ўз яшаш жойида "Д" сифатида рўйхатга олиниши ва дори-дармонлар билан

таъминланиши керак. Операциядан кейинги даврда беморни протоколларга мувофиқ бошқариш:

- эрта тикланиш даври: “Реабилитация II А”, “Реабилитация II Б”, “Амбулатор реабилитация II”;
- кеч тикланиш даври : "Такрорий реабилитация", "Ёрдамчи реабилитация".

Беморга ва унинг ота-онасига ўзларининг бемор кундалиги (4-илова) бўлиши кераклиги ҳақида кўрсатма бериш керак, унда барча ҳужумлар, табиати, давомийлиги, частотаси, қабул қилинган дори-дармонлар ва уларнинг дозалари акс еттирилади. Бу сизга тўғри дори-дармон режимига риоя қилиш ва ҳатто таътилда ҳам соғлигингизни кузатишга ёрдам беради.

Мунтазам овқатланиш жуда муҳим, чунки парҳез қонда қабул қилинган антиэпилептик препаратнинг концентрациясига таъсир қилади.

#### **5) Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:**

- клиник – видеоёзув ва ҳужумлар кундалигини юритиш (намунавий кундалик учун 4-иловага қаранг);
- ота-оналар томонидан болаларда тутқаноқ тутилиши ва дори воситаларидан фойдаланиш мониторинги;
- нейрофизиологик (ЭЭГ-видео мониторинги);
- терапевтик дори воситалари мониторинги;
- зарур ҳолларда лаборатория ва биокимёвий мониторинг;
- ёшга боғлиқ эпилептик синдромли беморларда маълум ёшга етиш;
- ёки АЭДни доимий равишда қабул қилаётган беморда тутилишлар бўлмаса ёки тутилишлар орасидаги интервал 12 ой ёки ундан кўпроқ муддатга АЭДни буюришдан олдинги даврга нисбатан 3 баравар кўп бўлса.

**5. Касалхонага ётқизиш турини кўрсатган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 4 ёшгача бўлган болаларда >2 дори танлашни талаб қиладиган эпилептик тутилишлар (этиологик омилларни аниқлаш, хуружларнинг табиати ва

частотасини аниқлаш, дориларни танлаш, адекват даволаш схемасини ишлаб чиқиш);

- жарроҳлик даволаш зарурати (нейрохирургия шифохонасида).

### **Шошинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- биринчи марта онгни бузган ҳужумлар ёки онг даражасининг бузилиши билан ҳужумлар частотасининг ошиши;
- статус эпилептикус (даволаш 7-иловага мувофиқ).

### **6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:**

1) Беморни кузатиш жадвали, беморни йўналтириш (схемалар, алгоритмлар): амбга қаранг. Даража.

Дори бўлмаган даволаш - палата режими, агар керак бўлса, кетогеник парҳез қўлланилади (3.1-бандга мувофиқ)

**Дори-дармонларни даволаш:**

**Муҳим дорилар рўйхати:**

Препаратни танлаш ҳужум тури, epileptik синдром ёки этиологияга қараб белгиланади (1-иловага қаранг).

<b>Фарм гуруҳ</b>	<b>Xalqaro nomi</b>	<b>Ишлатилиши</b>	<b>У Д</b>
<i>Антиэпилептик дори ва карбоксамид ҳосилалари гуруҳидан кайфият стабилизатори</i>	<b>Карбамазепин</b>	<i>Бошланғич доза 2 бўлинган дозада кунига 5 мг / кг ни ташкил қилади, сўнгра ҳар 3-7 кунда кунига 5 мг / кг га титрланади. Таъминот дозаси клиник кўринишига қараб белгиланади ва одатда кунига 20 мг / кг ни ташкил қилади.</i>	<b>Б</b>
<i>Бензодиазепинлар гуруҳидан антиконвулсант.</i>	<b>Клонозепам</b>	<i>Бошланғич доза: 5 ёшгача - кечаси оғиз орқали 250 мкг; 5 - 12 йил - кечаси оғиз орқали 500 мкг; 12-18 ёшда - кечаси оғиз орқали 1 мг Ҳар 7 кунда дозани оширинг</i>	<b>Б</b>

		<p><i>Таъминот дозаси:</i>  1 йилгача - 2-4 дозада 0,5-1 мг / кун;  1-5 йил - 2-4 дозада 1-3 мг / кун;  5-12 йил - 2-4 дозада 3 мг / кун;  12-18 ёш - 2-4 дозада кунига 4 мг  (кунига 3-4 мг дан юқори дозалар мутахассис шифокор билан муҳокама қилиниши керак)</p>	
<p><i>Бензодиазепин антиконвулсант</i></p>	<p><b>Диазепам</b></p>	<p><i>Эпилептик ҳолатни бартараф этиши учун қуйидагилар томир ичига юборилади (7-иловага қаранг):</i>  12 йилгача, агар керак бўлса, 10 дақиқадан сўнг 300-400 мкг / кг ни такрорланг;  12 йилдан ортиқ: агар керак бўлса, 10 дақиқадан сўнг 10-20 мг такрорланг  Ректал* 0,5 мг/кг, агар керак бўлса, 5 дақиқадан сўнг такрорланг ёки 2 ёшгача бўлган болалар учун 5 мг; 2-12 ёшдан бошлаб 5-10 мг; 12 йил давомида 10 мг. (8-иловага қаранг)  Мушак спазмларини даволаш учун (огиз орқали):  1-5 йил 5 мг / кун 2 дозага бўлинган;  5-12 йил 10 мг / кун 2 дозага бўлинган;  12-18 йил 20 мг / кун 2 дозага бўлинган; максимал доз 40 мг / кун</p>	<p><b>Б</b></p>
<p><i>Бензодиазепин антиконвулсант</i></p>	<p><b>Мидозолам</b></p>	<p><i>Узоқ муддатли конвульсиялар учун шошилинич дори сифатида буккал (ёноқ орқасида) фойдаланинг (8-иловага қаранг):</i>  Янги тугилган чақалоқлар: 300 мкг / кг буккал бир марта;  1-6 ойлик болалар: 300 мкг / кг 2,5 мг буккал, агар керак бўлса, такрорланг;  6-12 ойлик болалар: 2,5 мг буккал, агар керак бўлса, қайта юборилади;  5-10 ёшли болалар: 7,5 мг буккал, агар керак бўлса, қайта юборилади;  10-18 ёшли болалар: огиз орқали 10</p>	<p><b>Б</b></p>

		<p>мг, агар керак бўлса, такрорланг  Эпилептик ҳолатни даволаш учун  томир ичига юбориш (реанимация  бўлимида) (7-иловага қаранг):  Барча ёшдагилар: 150-200 мкг / кг  болус, кейин инфузионни 1 мкг / кг /  мин да давом эттиринг (ҳар 15  дақиқада тугилишлар тўхтагунча  1 мкг / кг / мин га кўтарилади)  Одатда максимал 300 мкг/кг/соат,  агар бемор механик вентиляция  қилинган бўлса, баъзида юқорироқ  доза берилади.</p>	
<p>Антиэпилептик  дори ва кайфият  стабилизатори</p>	<p><b>Ламотриджин</b></p>	<p>2 ёшдан 12 ёшгача: 1 ва 2 ҳафталар  - 1 ёки 2 дозада кунига 0,3 мг / кг  бошлангич доза; 3 ва 4-ҳафталар - 2  дозага бўлинган 0,6 мг / кг. Ҳар 2  ҳафтада 0,3-0,6 мг / кг га оширинг.  Макс. доза - кунига 4,5-7,5 мг / кг 2  дозада = 300 мг / кун</p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Антиэпилептик  препарат,  пиридон ҳосиласи</p>	<p><b>Леветиросетам</b></p>	<p><u>Оғиз орқали юбориш учун:</u>  <u>бошлангич дозаси:</u>  <u>&lt;50 кг вазн: 1-2 дозада кунига 10</u>  <u>мг / кг дан, ҳар 7 кунда 10 мг / кг га</u>  <u>кўтарилади.</u>  <u>12-18 ёш: 250 мг 2 бўлинган дозада,</u>  <u>ҳар 7-14 кунда 500 мг га</u>  <u>кўтарилади.</u>  <u>Таъминот дозаси:</u>  <u>{0}50 kg УОК1 &gt;12 ёш: максимал</u>  <u>дозаси кунига 1500 мг 2 дозага</u>  <u>бўлинган</u>  <u>Вена ичига юбориш учун:</u>  <u>Конвульсив эпилептик ҳолат учун</u>  <u>(ёки тез-тез, такрорий, кетма-кет</u>  <u>тутилишлар учун): 30 мг / кг ив</u>  <u>болус (кунига 60 мг / кг гача дозалар</u>  <u>қўлланилади)</u></p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Барбитуратлар  гуруҳидан  антиэпилептик</p>	<p><b>Фенобарбитал</b></p>	<p><u>Неонатал давр: бошлангич доза</u>  <u>Вена ичига юбориш учун: секин-</u>  <u>аста 20 мг/кг вена ичига, 1</u>  <u>мг/кг/соат инфузион ёки тез-тез</u></p>	<p><b>Б</b></p>

препарат		<p><u>соқчилик учун юклаш дозаси сифатида 5 мг/кг.</u>  <u>Оғиз орқали юбориш учун: 2-3 мг / кг / кун 2 бўлинган дозада, керак бўлганда кунига 2 мг / кг га кўпайтирилади;</u>  <u>Таъминот дозаси:</u>  <u>Янги тугилган чақалоқлар - 2,5-5 мг / кг / кун кунига 1 марта, оғиз орқали;</u>  <u>1 ойдан 12 ёшгача - 1-2 дозада 4-10 мг / кг / кун, оғиз орқали;</u>  <u>12 ёшдан катта - кунига 1 марта 60-180 мг, оғиз орқали.</u></p>	
Антиэпилептик дори	<b>Топирамат</b>	<p><u>Бошланғич доза:</u>  <u>16 ёшгача - 0,5-1 мг / кг / кун, дозани кунига 1 мг / кг га 2 бўлинган дозада ҳар 1-2 ҳафтада, оғиз орқали;</u>  <u>16 ёшдан ошганлар - кечаси 25 мг, дозани кунига 25-50 мг га ошириб, ҳар 1-2 ҳафтада 2 дозага бўлинади.</u>  <u>Таъминот дозаси: 2 дозага бўлинган ҳолда кунига 5-10 мг / кг,</u></p>	<b>Б</b>
Ёғ кислоталари ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Валпроева кислота</b>	<p><u>Ютиш:</u>  <u>Бошланғич доза: 2 дозага бўлинган 10 мг / кг / кун, дозани ҳар 5-7 кунда кунига 10 мг / кг га ошириш.</u>  <u>Таъминот дозаси: 2 дозага бўлинган 20-40 мг / кг / кун, максимал 60 мг / кг / кун.</u>  <u>Вена ичига юбориш:</u>  <u>Оғиз орқали юборишдан томир ичига юборишга ўтганда, дозалар ўзгармайди, биринчи вена ичига юбориш охирги оғиз орқали юборишдан 12 соат ўтгач тавсия этилади.</u>  <u>Агар юқори плазма концентрациясига тезда эришиш ва уни ушлаб туриш зарур бўлса, қуйидаги ёндашув тавсия этилади:</u>  <u>5 минут давомида 15 мг / кг томир ичига юбориш, 30 дақиқадан сўнг,</u></p>	<b>А</b>

		<p><u>концентрацияни кузатиб, 1 мг / кг / соат тезликда инфузионни бошланг. плазма концентрацияси <math>\approx 75</math> мкг / мл га етгунча.</u></p> <p><u>Беморнинг аҳволи имкон берса, инъекция эритмаси препаратни оғиз орқали қабул қилиши билан алмаштирилиши керак. Биринчи оғиз орқали юбориши охирги инъекциядан 12 соат ўтгач тавсия этилади.</u></p>	
<p>ГАМК нинг таркибий аналоглари гуруҳидан антиэпилептик препарат</p>	<p><b>Вагабатрин</b></p>	<p>Бошлангич доза: эпилептик (инфантил) спазмлар: кунига 50 мг / кг, дозани ҳар 2 кунда 100 мг / кг / кунгача ошириши ва кейин 2 дозага бўлинган 150 мг / кг / кун, оғиз орқали.</p> <p>Қўллаб-қувватловчи доза: эпилептик (инфантил) спазмлар: кунига 150 мг / кг (максимал 3 г / кун), оғиз орқали</p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Карбоксамид ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат</p>	<p><b>Окскарбазепин</b></p>	<p>Бошлангич доза: кунига 5 мг / кг дан кунига 2 дозага бўлинади, дозани ҳар 7 кунда 5-10 мг / кг га оширади.</p> <p>Таъминот дозаси: 20-40 мг / кг / кун 2-3 дозага бўлинган, оғиз орқали</p>	<p><b>Б</b></p>
<p>Стероиди***</p>	<p><b>АКТГ</b></p>	<p>Бошлангич доза: 500 мкг ИМ, дозани 1-2 ҳафта давомида ҳар кун 750 мкг ИМ га ошириши.</p>	<p><b>Б</b></p>
	<p><b>Метилпреднизолон</b></p>	<p>Кунига 30 мг/кг дозадан бошланг, томир ичига, 30 дақиқа давомида 3 кун давомида, сўнгра ҳар ой кунига 0,5 мг/кг га камайтириб, 2 мг/кг/кун дозасида оғиз орқали юборишга ўтинг.</p>	<p><b>Б</b></p>
	<p><b>Гидрокортизон</b></p>	<p>2 ҳафта давомида 10 мг / кг дозадан бошланг; кейин ҳар 2 ҳафтада дозани 2 мг/кг га камайтинг ва 2 ой давомида 6-4 мг/кг дозада қабул қилишни давом этинг, сўнгра ҳар 2 ҳафтада 0,5 мг/кг га камайтинг.</p>	<p><b>Б</b></p>

	<b>преднизолон</b>	2-4 мг / кг / кун ёки 40-60 мг / кун дозасида бошланг - 2 ҳафта; кейин ҳар ойда дозани 2 мг/кг га камайтириш	<b>Б</b>
** стероидларни эрталаб гормонларнинг циркадиялик ритмига мувофиқ қабул қилиши керак ва уларни сут билан қабул қилиши тавсия этилади.			

**Қўшимча дорилар рўйхати:**

<b>Фарм гуруҳ</b>	<b>Халқаро номи</b>	<b>Ишлатилиши</b>	<b>У Д</b>
Бензисоксазол ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Зонисомид</b>	Бошланғич доза: кунига 2 мг / кг, дозани кунига 2 мг / кг га ошириш, ҳар 1-2 ҳафтада 2 дозага бўлинган, оғиз орқали. Қўллаб-қувватлаш дозаси: 8-18 мг / кг / кун, 2 дозага бўлинган, оғиз орқали.	<b>Б</b>
Суксинимид ҳосилалари гуруҳидан антиэпилептик препарат	<b>Этосуксемид</b>	Бошланғич доза: 6 ёшгача - 2 бўлинган дозада кунига 125 мг, дозани ҳар 7-14 кунда кунига 125 мг га оширади. 6 ёшдан катта - кунига 250 мг 2 бўлинган дозада, дозани ҳар 7-14 кунда кунига 250 мг га оширади. Қўллаб-қувватлаш дозаси: кунига 20 мг / кг 2 дозага бўлинган (максимал 50 мг / кг / кун), оғиз	<b>Б</b>

		<i>орқали</i>	
<i>Антиконвулсант, бензодиазепин гуруҳи</i>	<b>Клобазам</b>	<p><i>1 ойдан 5 ёшгача бўлган болалар</i>  <i>Бошланғич доза:</i>  <i>125 мкг / кг / кун 2</i>  <i>дозага бўлинган,</i>  <i>оғиз орқали, 5-7</i>  <i>кундан кейин дозани</i>  <i>ошириш.</i>  <i>Таъминот дозаси:</i>  <i>250 мкг / кг / кун,</i>  <i>оғиз орқали</i>  <i>6 ёшдан 17 ёшгача</i>  <i>бўлган болалар:</i>  <i>Бошланғич доза:</i>  <i>кунига 5 мг, агар</i>  <i>керак бўлса, 5</i>  <i>кунлик интервал</i>  <i>билан оширинг,</i>  <i>парваришлаш</i>  <i>дозаси кунига 0,3-1</i>  <i>мг / кг.</i>  <i>12 ёшгача бўлган</i>  <i>болаларда</i>  <i>максимал: кунига 30</i>  <i>мг, кечаси бир</i>  <i>марта; 12-18 ёш 60</i>  <i>мг / кун 2 дозага</i>  <i>бўлинган (дозани</i>  <i>мутахассис</i>  <i>шифокор билан</i>  <i>муҳокама қилиши</i>  <i>керак)</i></p>	<b>Б</b>
<i>Антиконвулсант</i>	<b>Перампанел</b>	<p><i>12 ёшдан ошган</i>  <i>болаларда:</i>  <i>бошланғич дозаси 2</i>  <i>мг дан кечасига 1</i>  <i>марта; 2 ҳафталик</i>  <i>интервал билан</i>  <i>кунига 1 марта 2 мг</i>  <i>дан 10-12 мг гача</i>  <i>Таъминот дозаси</i>  <i>кунига бир марта 4-</i></p>	<b>Б</b>

		8 мг	
<i>Antikonvulsant</i>	<b>Tiagabin</b>	12 yoshdan boshlab - boshlang'ich dozasi kuniga 5-10 mg, 1 yoki 2 dozada; har hafta dozani kuniga 5-10 mg ga oshiring. Maksimal doz - 2-3 dozada kuniga 30-45 mg	<b>Б</b>
<i>Антиконвулсант</i>	<b>Руфинамид</b>	4 ёш - 18 ёш (вазн <30 kg) - boshlang'ich doza - 100 mg / kun 2 dozaga bo'lingan; har 2 kunda dozani 100 mg ga oshiring. Maksimal doz - kuniga 1000 mg. 4 yosh - 18 yosh (vazn >30 kg) - бошланғич доза - 2 дозада кунига 200 мг; ҳар 2 кунда дозани 200 мг га оширинг. Максималь доз 30-50 кг вазн учун 2 бўлинган дозада кунига 900 мг; 50-70 кг вазн учун 2 дозада 1,2 г / кун; 70 кг дан ортиқ вазн учун 2 бўлинган дозада кунига 1,6 г.	<b>Б</b>
<i>Антиконвулсант</i>	<b>Габапентин</b>	6 ёшдан болаларда Бошланғич доза: 1 дозада оғиз орқали кунига 10 мг / кг; кейин 2-кун 2 дозада дозани 2 марта оширинг;	<b>Б</b>

		<p>кейин 3-кунни 3  бўлинган дозада 30  мг / кг / кунгача  оширилади.  Таъминот дозаси:  кунига 30-40 мг/кг.</p>	
<p><i>Антиконвулсант</i>  <i>Карбонат ангидраз инхибитори</i></p>	<p><b>Асетозоламид</b></p>	<p><u>Интракраниал</u>  <u>босимни ошириш</u>  <u>учун: 25 мг / кг / кун</u>  <u>оғиз орқали 3</u>  <u>бўлинган дозада,</u>  <u>агар керак бўлса,</u>  <u>дозани кунига 25</u>  <u>мг / кг га, максимал</u>  <u>100 мг / кг / кунгача</u>  <u>ошириш.</u>  <u>Эпилепсия учун: 12</u>  <u>ёшгача - 7,5 мг / кг /</u>  <u>кун 2-3 дозага</u>  <u>бўлинган; 7 кундан</u>  <u>кейин дозани кунига</u>  <u>15 мг / кг га</u>  <u>оширинг; кейин 22,5</u>  <u>мг / кг / кун 2 - 3</u>  <u>марта</u>  <u>12 ёшдан 18 ёшгача</u>  <u>- кунига 2-4 марта</u>  <u>250 мг</u></p>	<p><b>С</b></p>
<p><i>Антиконвулсант</i></p>	<p><b>Фенитоин</b></p>	<p><i>1 ойдан 12 ёшгача:</i>  <i>бошлангич доза -</i>  <i>кунига 3-5 мг / кг, 2</i>  <i>дозага бўлинган.</i>  <i>Максимал доз - 5-10</i>  <i>мг / кг / кун ёки 300</i>  <i>мг / кун</i>  <i>12-18 ёш:</i>  <i>бошлангич доза -</i>  <i>кунига 150-300 мг 2</i>  <i>дозага бўлинган.</i>  <i>Максимал доз - 2</i>  <i>дозага бўлинган</i>  <i>ҳолда кунига 600 мг</i></p>	<p><b>Б</b></p>

<p><i>Антиконвулсант</i></p>	<p><b>Стиринпентол</b></p>	<p>3 ёшдан 18 ёшгача: бошлангич доза 10 мг / кг / кун 2-3 дозада; кейин оғиз орқали 2-3 бўлинган дозада кунига 50 мг / кг максимал дозага камида 3 кунлик босқичларда титратинг.</p>	<p><b>Б</b></p>
<p><i>Антиконвулсант ГАМК аналогу</i></p>	<p><b>Прегабалин</b></p>	<p>Бошлангич доза: &gt;12 ёш: 75 мг/кун 3 дозага бўлинган; ҳар ҳафтада кунига 75 мг га кўтарилади Таъминот дозаси: кунига 300 мг 3 дозага бўлинган.</p>	<p><b>Б</b></p>
<p><i>Антиконвулсант</i></p>	<p><b>Лакосамид</b></p>	<p>Бошлангич доза: 2 бўлинган дозада кунига 50 мг / кг, ҳар ҳафта 2 дозада 50 мг га кўтарилади. Эпилептик ҳолат ёки кетма-кет тутқаноқлар учун (барча ёшдаги): 2 мг/кг/24 соатдан (оғиз орқали ёки томир ичига), агар тоқат қилинса, кунига 10 мг/кг гача. Таъминот дозаси: &gt;16 ёш: 2 дозага бўлинган ҳолда кунига 200 мг</p>	<p><b>Б</b></p>
<p><i>Витамин препаратлар</i></p>	<p><b>Пиридоксин гидрохлорид</b></p>	<p>тест дозаси**** 50-100 мг оғиз орқали ёки томир ичига (ЭЕГ</p>	<p><b>Б</b></p>

		<p>назорати остида).  Намуналар сони - 5 тагача, чунки жавоб дарҳол бўлмаслиги мумкин;  Пиридоксал-5-фосфат ва фолий кислотасини бир вақтнинг ўзида буюриши тавсия этилади.  Сурункали терапияни давом эттириши (агар терапияга жавоб бўлса + биокимёвий ва генетик тасдиқлаш): оғиз орқали ёки томир ичига 15 дан 18 мг / кг / кун (максимал 30 мг / кг / кун) фолий кислотаси билан бир вақтда.</p>	
	<p><b>Пиридоксал 5-фосфат (ПЛП)</b></p>	<p>Синов дозаси****: суткада 10 мг/кг дан, ҳафталик 30 мг/кг/кунгача, 3-4 оғиз дозасида, 3 кундан 5 кунгача;  Сурункали даволашни давом эттириши (тасдиқланган ПНПО этишмовчилиги учун): 30-50 мг / кг / кун, 4-6 дозада ИИ</p>	<p><b>Б</b></p>
<p>** стероидларни эрталаб гормонларнинг сиркадиялик ритмига мувофиқ қабул қилиши керак ва уларни сут билан қабул қилиши тавсия этилади.  *** Фолин кислотаси фолий кислотасининг витаминидир; Фолат кислотасидан фарқли ўлароқ, фолий кислотаси диҳидрофолат редуктаза ферменти ёрдамисиз</p>			

фоллий кислотаси алмашинуви реакцияларида иштирок этиши мумкин.

\*\*\*Идеал ҳолда, ушбу дориларни синовдан ўтказиш интенсив терапия бўлимида ўтказилиши керак, чунки ПЗЕ билан оғриган баъзи беморларда пиридоксин билан дастлабки даволанишдан сўнг тегишли ЭЕГ ўзгаришлари билан чуқур марказий асаб тизими депрессияси мавжуд.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида тўловни қоплаш учун асос бўлмайди.

## 2-илова

### Жадвал 4. Ҳуруж турига кўра препаратни танлаш бўйича тавсиялар.

Ҳуруж тури	1- линия препарати	2- линия препарати	Кўшимча препарат	Тавсия этилмайдиغان препаратлар (хуружни кучайтириши мумкин)
Генерезацияланган тоник-клоник тутилиш	Валпроев кислота** Топирамат	Ламотрижин Леветирасетам Оскарбазепин Клобазам Лакозамид Карбамазепин	Асетазоламид Клоназепам Фенобарбита л Фенитоин	(абсанс тутқаноқлар, миёклонус ёки балозатга этмаган миёклоник эпилепсия таъхиси билан биргаликда) Карбамазепин Оскарбазепин л Тиагабин Вигабатрин Фенобарбита л Фенитоин

				<i>Габапентин</i>
<b>Тоник ёки атоник</b>	Валпроев кислота**	Леветирасетам Топирамат Окскарбазепин Клобазам*	Топирамат Руфинамид Ацетазоламид Фенобарбитал Фенитоин	Карбамазепин Окскарбазепин Тиагабин Вигабатрин Габапентин Прегабалин
<b>Абсанс</b>	Ламотрижин	Леветирасетам Топирамат	Клобазам Клоназепам	Тиагабин Вигабатрин Фенобарбитал Фенитоин Окскарбазепин Габапентин
<b>Миоклония</b>	Леветирасетам валпик кислота** Топирамат	Леветирасетам Топирамат Валпик кислота**	Пирацетам Клобазам Клоназепам	Карбамазепин Тиагабин Вигабатрин Фенитоин Окскарбазепин Габапентин Прегабалин
<b>Фокал тутқанок</b>	Карбамазепин Ламотрижин Окскарбазепин Валпик кислота** Топиромат	Леветирасетам Клобазам Габапентин Лакозамид Фенитоин Тиагабин	Фенобарбитал Прегабалин Ацетазоламид Клоназепам Перампанел	
<b>Узоқ муддатли ёки такрорий тутилишлар ва эпилептик ҳолатнинг конвуьсив ҳолати (касалхонадан олдинги босқич)</b>	Диазепам (ректал, томир ичига) Мидазолам (буккал, томир ичига)			
<b>Конвуьсив ҳолат эпилептик (касалхона босқичи)</b>	Валпик кислота** Мидазолам (вена ичига)			
<b>Хуружларнингларнинг</b>				

<b>рефрактер ҳолати</b>	Тиопентал натрий			
<p><b>** Валпроат билан даволашни қизлар ва аёллар, шу жумладан балоғатга этгунга қадар қизларда қўллаш мумкин эмас, агар альтернатив даволаш усуллари мос бўлмаса ва ҳомиладорликнинг олдини олиш (контрацепция) бажарилмаса. Валпроат ҳомиладорлик пайтида аёллар томонидан қўлланилмаслиги керак.</b></p>				

### Жадвал 5. Эпилептик синдромга қараб препаратни танлаш.

Эпилептик синдром	1- линия препарати	2- линия препарати	Қўшимча препарат	Тавсия этилмайдиган препаратлар (хуружни кучайтириши мумкин)
<b>Болалар абсанс эпилепсияси</b>	Валпик кислота** Ламотрижин этосуксимид*	Леветирасетам Топирамат Валпроев кислота** Ламотрижин этосуксимид*	Леветирасетам Топирамат Зонисамид Асетазоламид Клобазам	Карбамазепин Окскарбазепин Вигабатрин Тиагабин Фенитоин Габапентин Прегабалин
<b>Ювенил абсанс эпилепсия</b>	Валпроев кислота** Ламотрижин	Валпроев кислота** Леветирасетам Топирамат		Карбамазепин Окскарбазепин Фенитоин Вигабатрин Прегабалин
<b>Ювенил миоклоник эпилепсия</b>	Валпроев кислота**	Леветирасетам Топирамат Клобазам Клоназепам	Асетазоламид	Карбамазепин Окскарбазепин Фенитоин Вигабатрин Прегабалин
<b>генерализациялашган тоник-клоник тутқаноқлар билан эпилепсия</b>	Валпроев кислота** Топирамат	Леветирасетам Лакозамид Карбамазепин Ламотрижин Окскарбазепин	Асетозоламид Клобазам Клоназепам Фенитоин Фенобарбитал	Тиагабин Вигабатрин
<b>Инфантил спазмлар</b>	Гормонлар	Топирамат Валпроев	Нитразепам Зонисамид	Карбамазепин

<b>(тубероз склероз билан боғлиқ эмас)</b>	(преднизолон, АКТГ) Вигабатрин	кислота** Клобазам Клоназепам		Оскарбазепин
<b>сентро – темпорал спайклар билан болалик давридаги яхши сифатли эпилепсия (Роландис)</b>	Карбамазепин Ламотрижин Леветирасетам Оскарбазепин Валпроев кислота**	Топирамат	Лакозамид Фенобарбитал Фенитоин Вигабатрин Прегабалин Тиагабин Зонисамид	
<b>Панайотопулос синдроми</b>	Валпроев кислота** Карбамазепин Ламотрижин Леветирасетам Оскарбазепин	Топирамат	Фенобарбитал Лакозамид Фенитоин Вигабатрин Прегабалин Тиагабин Зонисамид	
<b>Гастау синдроми (болаликдаги кеч бошланган оксипитал эпилепсия)</b>	Gastau sindromi (bolalikdagi kech boshlangan oksipital epilepsiya)	Топирамат	Фенобарбитал Лакозамид Фенитоин Вигабатрин Прегабалин Тиагабин Зонисамид	
<b>Синдром Драве</b>	Валпроев кислота** Топирамат Клобазам Клоназепам	Леветирасетам Стирипенол Клобазам	Фенобарбитал Лоразепам	Карбамазепин Оскарбазепин Габапентин Ламотрижин Фенитоин Прегабалин Тиагабин Вигабатрин
<b>Леннокса – Гасто синдроми</b>	Валпроев кислота** Ламотрижин	Клобазам Клоназепам Этосуксимид Леветирасетам Топирамат Руфинамид	Фелбамат Руфинамид	Карбамазепин Оскарбазепин Габапентин Фенитоин Прегабалин Тиагабин Вигабатрин
<b>Ландау – Клефнер</b>	гормонал	Валпроев кислота**		Карбамазепин

<b>синдроми</b>	терапия	Ламотрижин Леветирасетам Топирамат Мемантин		Оскарбазепин
<b>Миёклоник-астатиқ эпилепсия (Дусе синдроми)</b>	Валпроев кислота** Топирамат Клобазам Клоназепам	Леветирасетам Ламотрижин Этосуксимид		Карбамазепин Оскарбазепин
<b>Секин тўлқинли уйқу пайтида доимий спике-секин тўлқин фаоллиги билан эпилепсия</b>	Гормонал терапия	Клобазам Клоназепам Этосуксимид Ламотрижин Валпроев кислота** Леветирасетам Топирамат		Карбамазепин Оскарбазепин Вигабатрин
** Валпроат билан даволашни қизлар ва аёллар, шу жумладан балогатга этгунга қадар қизларда қўллаш мумкин эмас, агар альтернатив даволаш усуллари мос бўлмаса ва ҳомиладорликнинг олдини олиш (контрацепция) бажарилмаса. Валпроат ҳомиладорлик пайтида аёллар томонидан қўлланилмаслиги керак.				

**Жадвал 6. Генетик нуқсон турига қараб препаратни танлаш.**

**Ген**

**КСНТ1**

**АЛДХ7А1**

**ГРИН2А**

**ПНПО**

**ПРРТ2**

**Даво**

**ПЛСБ1**

**фокал кортикал дисплазия бошқа  
туғма пўстлоқ нуқсонлари**

**КСНҚ2**

**ССН2А**

**ССН8А**

**СЛС2А1**

**ССН1А**

**ЦС1,ЦС2**

Пиридоксин

ПЛП (пиридоксал-5-фосфат)  
карбамазепин, фенитоин; Эзогабин  
(функцияни йўқотадиган  
вариантлар учун)

Фенитоин (юқори дозаларда)

Карбамазепин, Фенитоин (юқори  
дозаларда)

Кетогеник парҳез

Вариантлар: Стирипентол,  
Валпроат, Клобазам, Фенфлурамин

Қочиш: карбамазепин, ламотригин,  
вигабатрин, фенитоин

Вигабатрин, Эверолимус

хинидин (функцияни ошириш  
вариантлари учун; қўшимча  
тадқиқотлар талаб қилинади)

мемантин; Декстрометорфан  
(функцияни ошириш вариантлари  
учун; қўшимча тадқиқотлар талаб  
қилинади)

Карбамазепин

Эверолимус ёки бошқа mTOR  
ингибиторлариндан фойдаланишни  
ўйлаб кўринг (қўшимча  
тадқиқотлар талаб қилинади)

## 2-илова

### Соқчилик ремиссиясига эришилгандан сўнг АЭДни тўхтатиш

АЭДни олиб қўйиш қоидаларига риоя қилиш керак:

1. АЭДни тўхтатиш тўғрисидаги қарор, агар беморда илгари камида 2 йил давомида тутқаноқ ремиссияси бўлган бўлса, қабул қилиниши керак [ЛЭ - Б] [3].

2. Болаларда тутқаноқларнинг ремиссия даври катталарникидан сезиларли даражада қисқароқ бўлиши мумкин, бу эпилептик синдромнинг турига боғлиқ. Бу, айниқса, роландик эпилепсия ва чақалоқлик давридаги яхши эпилепсия каби ижобий натижаларга эга бўлган синдромлар учун тўғри келади. Бундай ҳолларда даволаниш максимал 1 йилдан кейин тўхтатилиши мумкин [ЛЭ – Б] [3].

3. Даволанишни тўхтатиш тўғрисида қарор қабул қилишда доимо эпилептик синдромнинг мавжудлигини ҳисобга олиш керак. Роландик эпилепсия ва кўпгина генетик умумий эпилепсия [ЛЭ - Б] [3] да даволанишни тўхтатиш мумкин. Аксинча, даволанишни ушлаб туриш, ҳатто тутқаноқсиз беморларда ҳам, тушунтирилмаган эпилепсия, симптоматик умумий эпилепсия, балоғатга етмаган миоклоник эпилепсия ва фокал эпилепсия [ЛЭ - Б] [3, 4] учун вариант бўлиши

мумкин. Бирок, даволанишни давом эттириш таклиф қилинган тақдирда ҳам, беморни баъзи ҳолларда тутилишлар юзага келмаслиги мумкинлиги ҳақида хабардор қилиш керак ва агар керак бўлса, даволанишни тўхтатишга тўсқинлик қилмаслик керак [ЛЭ - Б] [3].

4. АЭДни секин, босқичма-босқич олиб ташлашга риоя қилиш керак. Дозани камайтириш даврининг давомийлиги беморнинг эҳтиёжлари ва афзалликларига мослаштирилиши керак [ЛЭ – С] [3].

5. Соқчилик ремиссияси бўлган беморда даволанишни тўхтатиш ёки давом эттириш тўғрисидаги қарор тўхтатилиши керак бўлган дори турига боғлиқ эмас [ЛЭ – С] [3].

6. Даволаниш бошланганидан кейин тутқаноқларни бошдан кечирган 12 ёш ва ундан катта беморга [ЛЭ – С] [3] даволашни тўхтатмаслик ҳақида огоҳлантириш керак.

7. Беморни огоҳлантириш керакки, тутилишнинг қайталаниш хавфи даволашни тўхтатгандан кейинги биринчи йилда энг юқори ва 70-80% га етади [5, 7]. Шунинг учун, тутилиш ремиссиясига эришган ва даволанишни тўхтатган бемор камида 2 йил давомида кузатилиши керак [ЛЭ - Б] [3,4].

8. Эпилепсиянинг анъанавий таърифи ушбу ташхисни олиб ташлашни назарда тутмайди. "Эпилепсиянинг ечими" атамаси беморда энди эпилепсия йўқлигини кўрсатади, аммо келажакда тутқаноқларнинг пайдо бўлишини ишонч билан инкор этиб бўлмайди. "Эпилепсияни бартараф этиш" мезонларига қуйидагилар киради: (1) ёшга боғлиқ эпилепсия синдроми бўлган беморларда маълум ёшга етиш; ёки (2) 5 йилдан ортиқ антиконвулсанларни қабул қилмаган беморларда 10 йил давомида эпилептик тутилишлардан озод бўлиш [1, 7].

**АЭДни тўхтатиш тўғрисида қарор қабул қилишда мавжуд бўлган хавф омиллари эътиборга олиниши керак:**

1. Даволашни тўхтатиш вақтида ғайритабiiй ЭЭГ шакли (эпилептиформ аномалликларнинг мавжудлиги ёки ўзига хос эпилептиформ ЭЭГ шакллари) релапс хавфининг ошиши билан боғлиқ, гарчи аномал ЭЭГ фақат салбий прогностик омил бўлса ҳам, чекланган қийматга эга. Даволанишни тўхтатиш тўғрисидаги қарорни релапснинг бошқа (биргаликда) башорат қилувчи омилларини, шунингдек, тутилишнинг такрорланишининг ижтимоий ва шахсий асоратларини ҳисобга олган ҳолда кўриб чиқиш керак [ЛЭ - Б] [3,4].

2. Соқчиликнинг ҳужжатлаштирилган этиологияси, шу жумладан ақлий заифлик ва/ёки аномал неврологик текширув ёки нейроимагинг натижаларининг

мавжудлиги ҳам қайталаниш хавфининг ошиши билан боғлиқ; аммо, анормал ЭЭГ да бўлгани каби, агар у ягона салбий прогностик омил бўлса, хавф чекланган аҳамиятга эга. Даволанишни тўхтатиш тўғрисидаги қарор, шунингдек, тутилишнинг қайталанишининг ижтимоий ва шахсий асоратларини ҳисобга олган ҳолда кўриб чиқилиши керак [ЛЕЭ- Б] [3].

3. ЭЭГ даги патологик расм соқчиликнинг ҳужжатлаштирилган этиологияси билан бирлашганда, беморни даволанишни тўхтатишдан огоҳлантириш керак [ЭЛ – Б] [3].

4. Фокал тутилишларнинг мавжудлиги, тутилишнинг такрорланишининг бошқа тегишли прогнозлари (анормал ЭЭГ ва / ёки ҳужжатлаштирилган этиологияси) бўлмаса, ўз-ўзидан қайталаниш учун хавф омили сифатида қаралмаслиги керак. Даволанишни тўхтатиш тўғрисида қарор қабул қилишда тутилиш тури бошқа ўзгарувчилар билан бирга баҳоланиши керак [ЛОЭ – Б] [3].

5. Эпилепсиянинг синдромли шакллари контекстида тутқаноқ бошланиш ёшини бошқа омиллар билан бир қаторда ҳисобга олиш керак (кеч болалик ва ўсмирлик даврида юзага келадиган эпилепсия синдромли шакллари, ҳатто узоқ давом этган тутилишдан кейин ҳам даволаш тўхтатилганда беморни қайталаниш хавфи юқори бўлиши мумкин. бепул даврлар). Бошқа салбий прогностик омиллар [ЛЭ - Б] [3] бўлмаса, тутилиш бошланишидаги кекса ёш такрорланиш хавфи эмас.

6. Аёл беморларда эркакларникига қараганда кўпроқ (деярли икки марта) релапс хавфи мавжуд, аммо жинс АЭДни қабул қилишни тўхтатиш ёки терапияни давом эттириш қарорига таъсир қилмаслиги керак, агар бу бошқа омиллар билан боғлиқ бўлмаса (масалан, эпилепсия синдроми шаклининг мавжудлиги). ) [ЛЭ – С] [3].

7. Оилада эпилепсия билан оғриган бўлса, тутқаноқнинг такрорланиш хавфи уч баробар ортади. Оилада эпилепсиянинг кучли тарихи, агар барча бошқа хавф омиллари тўғри баҳоланган бўлса, даволанишни тўхтатишга қарши кўрсатма бўлмаслиги керак [ЛЭ: Б]. Фебрил тутилишлар тарихи, агар тутилишнинг бошқа барча башорат қилувчи омиллари [ЛЭ - Б] [3] чиқариб ташланган бўлса, даволанишни тўхтатишга қарши кўрсатма бўлмаслиги керак.

8. Даволашдан олдин ва даволаш пайтида касалликнинг фаол босқичининг узоқ давом этиши, шунингдек, ҳужумларнинг юқори частотаси ўз-ўзидан даволанишни тўхтатиш учун контрэндиқация эмас [ЛЭ – С] [3].

9. Даволанишни тўхтатиш вақтида икки ёки ундан ортиқ АЭД билан даволаш релапс хавфининг ошиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу билан бирга, беморни даволашни тўхтатишга тўсқинлик қилмаслик керак, агар бошқа салбий прогностик омиллар [ЛЭ - С] [3, 4] бўлмаса.

### **3-илова**

**Эпилепсия билан оғриган аёлларга маслаҳат бериш.**

#### **Контрацепция.**

1. Прогестоген ўз ичига олган таблеткалар ёки имплантлар ферментларни кўзгатувчи АЭДларни қабул қиладиган аёлларда ишончли контрацепция усуллари сифатида фойдаланиш тавсия этилмайди. [16]

2. Эстрогенга асосланган ҳар қандай контрацептив воситаларни бир вақтда кўллаш қонда ламотригин концентрациясининг сезиларли даражада пасайишига олиб келиши ва тутилиш назоратини йўқотишига олиб келиши мумкин. Ушбу контрацептивларни бошлаш ёки тўхтатишда ламотригиннинг дозасини сошлаш керак бўлиши мумкин. [16]

#### **Ҳомиладорликни режалаштириш.**

1. Ҳомиладорликни режалаштириш босқичида аёллар ва ўсмир қизлар билан, шунингдек, агар керак бўлса, уларнинг ота-оналари ва/ёки тарбиячилар билан: АЭДни қабул қилиш натижасида ривожланиш нуқсонлари бўлган бола туғилиш хавфи ва туғилмаган болаларда мумкин бўлган нейроривожланиш бузилишларини муҳокама қилинг. болалар эпилепсия билан оғриган аёллар ва ўсмир қизлар соғлом ҳомиладор бўлишлари мумкин бўлса-да, ҳомиладорлик ва туғиш пайтида асоратлар хавфи эпилепсиясиз аёллар ва ўсмирларга қараганда юқори эканлиги ҳақида хабардор қилиниши керак. [16]

2. Агар тутилишни назорат қилиш концепциядан камида 9 ой олдин амалга оширилса, ҳомиладорлик пайтида тутилишлар бўлмаслиги эҳтимоли юқори (84-92%) [Э Л – Б], [17].

3. АЭДни қабул қиладиган барча аёллар ҳомиладорликгача ҳар куни 5 мг фолий кислотасини таклиф қилишлари керак, бу ҳомиланинг асосий нуқсонлари хавфини камайтиради [ЭЛ - С], [16, 19].

4. Агар шериклардан бири эпилепсия билан оғриган бўлса, айниқса идёпатик эпилепсия ва оилада эпилепсиянинг ижобий тарихи бўлса, генетик маслаҳатни кўриб чиқиш керак. [16]

5. Даволовчи шифокор алоҳида дори воситалари билан даволашнинг хавф ва фойдаларини баҳолаши керак [17]. Эпилепсия билан оғриган ва АЭДни қабул қилган оналардан туғилган болаларда катта нуқсонларнинг (МД) мутлақ хавфи: карбамазепин (н \* = 900) 2,2% (СИ 1,4-3,4), валпик кислота (н = 715) 6,2% (СИ 4,6-8,8) , ламотригин (н=647) 3,2% (СИ 2,1-4,9), фенитоин (н = 82) 3,7% (СИ 1,3-10, 2). [УД – Б], [18]. \*н - тадқиқот иштирокчилари сони.

### **Ҳомиладорлик.**

1. Ҳомиладор аёллар ва эпилепсия билан оғриган қизларнинг мониторинги акушер-гинеколог ва невролог билан биргаликда амалга оширилиши керак. [16]

2. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида АЭДни қабул қилувчи эпилепсия билан оғриган аёлларда биполяр бузилишнинг ривожланиш хавфи бўйича тавсиялар:

1. Иложи бўлса, биполяр бузилиш хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг биринчи триместрида политерапиянинг бир қисми сифатида валпик кислотадан фойдаланишдан сақланинг [ЛЭ - Б]. [18]

2. Иложи бўлса, биполяр бузуқликни ривожланиш хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг биринчи триместрида валпик кислотани монотерапия сифатида қўллашдан сақланинг [ЛЭ - С]. [18]

3. Карбамазепин эпилепсия билан оғриган аёлларда туғилган болаларда БД ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширмайди [ЛЭ: Б]. [18]

4. Эпилепсия билан оғриган аёлларнинг болаларида ламотригин ёки бошқа АЭДларга нисбатан БД ривожланиш хавфини аниқлаш учун етарли далиллар мавжуд эмас [18].

3. Шифокор бемор билан дори дозасини ўзгартириш билан боғлиқ нисбий фойда ва хавфларни муҳокама қилиши керак, шунда у онгли қарор қабул қилиши мумкин [16]. Айниқса:

1. Натрий валпроатнинг юқори дозалари (қунига >800 мг) ёки политерапия (айниқса валпроат билан) катта хавф билан боғлиқлигини билиб, туғилмаган бола учун натрий валпроатдан фойдаланишни давом эттириш хавфи [ЛЭ – Б] [16, 18] .

2. БД ривожланиш хавфини камайтириш учун биринчи триместрда валпик кислотанинг паст дозаларини (агар уни алмаштириш имкони бўлмаса) ёки ламотригиндан фойдаланинг [ЛЭ – Б] [18].

4. АЭДни қабул қиладиган ҳомиладор аёлларга структуравий анормалликларни аниқлаш учун юқори аниқликдаги ултратовуш текширувини таклиф қилиш керак. Ушбу сканерлаш ҳомиладорликнинг 18-20 хафталигида ўтказилиши керак, аммо эрта сканерлаш асосий малформацияларни тезроқ аниқлаши мумкин [16].

5. Оналари ўзига хос АЭДни қабул қилган болаларда энг кўп учрайдиган БД:

1. Валпик кислота - асаб найчалари нуқсонлари ва юз ёриқлари [ЛЭ - Б] ва хипоспадиас [ЛЭ - С] [18] ривожланиши мумкин бўлган ривожланиш хавфини оширади.

2. Фенитоин – қаттиқ ва юмшоқ танглай ёриғи (ёриқ танглай) [ЛЭ – С] [18] ривожланиш хавфини оширади.

3. Карбамазепин – танглайнинг орқа қисми (юмшоқ) [ЛЭ – С] [18] ёрилиши ривожланиш хавфини оширади.

4. Фенобарбитал – конженитал юрак нуқсонлари ривожланиш хавфини оширади [ЛЭ – С] [18].

6. Бемор билан боланинг когнитив қобилиятининг пасайиши хавфини муҳокама қилинг:

1. эпилепсия билан оғриган, АЭДларни қабул қилмайдиган аёл: когнитив пасайиш хавфи юқори эмас [ЛЕЭ- Б] [18].

2. Карбамазепин: когнитив бузилишларни келтириб чиқармайди [ЛЭ – Б] [18].

3. Валпик кислота: Иложи бўлса, ёмон когнитив натижа хавфини камайтириш учун ундан қочинг [ЛЭ – Б] [18].

4. Фенитоин ва Фенобарбитал: Иложи бўлса, ёмон когнитив натижа хавфини камайтириш учун ҳомиладорлик пайтида фойдаланишдан сақланинг [ЛЭ - С] [18].

5. Когнитив натижанинг ёмонлашиши хавфини камайтириш учун политерапия ўрнига монотерапияни кўриб чиқиш керак [ЛЭ – Б] [18].

7. Ҳомиладорлик даврида эпилепсия билан оғриган аёлларда тутқанок турларининг ҳомилага таъсири:

1. Умумий тоник-клоник тутилишлари бўлган аёллар ва кизларга хужум пайтида ҳомилага зарар етказиш хавфи нисбатан юқори бўлиши мумкинлиги

хақида хабардор қилиниши керак, гарчи мутлақ хавф жуда паст бўлиб қолса ва хавф даражаси хужумларнинг частотасига боғлиқ бўлиши мумкин [16]. ]

2. Фокал, абсанс ва миёклоник тутилишлар йиқилиб, шикастланмаса, ҳомиладорлик ёки ҳомила ривожланишига салбий таъсир кўрсатадиган ҳеч қандай далил йўқ [16].

8. Хуружлар частотасининг ортиши ва эпилептик ҳолатни ривожланиш хавфи:

1. ҳомиладорлик даврида аёлларда хуружлар частотасининг ўзгариши 14 дан 32% гача ўзгариб туради, аммо бу маълумотларни тасдиқлаш ёки рад этиш учун далиллар етарли эмас [17].

2. Ҳомиладорлик даврида ёки туғилгандан кейинги биринчи ойларда хуружларнинг кўпайиши эҳтимолдан йироқ эмас [16].

3. Эпилепсия билан оғриган аёлларни туғруқ пайтида ва туғилгандан кейин 24 соат ичида тоник-клоник тутилишнинг ривожланиш хавфи жуда паст (1-4%) эканлигига ишонч ҳосил қилиш мумкин. [16]

4. Ҳомиладор аёлларда эпилептик ҳолатнинг ривожланиш хавфи 1,8% ни ташкил қилади, бу тахминан эпилепсиянинг ҳар хил турлари билан оғриган беморларда эпилептик ҳолатнинг йиллик частотасига (1,6%) тўғри келади, аммо бу маълумотларни тасдиқлаш ёки рад этиш учун далиллар етарли эмас [17] ].

9. Ҳомиладорлик даврида АЭД даражасини кузатиш:

1. Ламотрижин, карбамазепин ва фенитонин даражасини ҳомиладорлик даврида кузатиб бориш керак [ЭЛ – Б] [16, 19].

2. Ҳомиладорлик даврида леветирасетам ва окскарбазепин даражасини назорат қилиш керак бўлиши мумкин [ЛЭ: С] [19].

3. Ҳомиладорлик даврида фенобарбитал, валпик кислота, примидон ёки этосуксимид даражасидаги ўзгаришларни қўллаб-қувватлаш ёки рад этиш учун маълумотлар етарли эмас. Бироқ, далилларнинг йўқлиги ҳомиладорлик даврида ушбу АЭД нинг мониторинг даражасини истисно қилмаслиги керак [19].

4. Дорилар дозасини мослаштириш мақсадида АЭД даражасини назорат қилиш тутилишлар тез-тезлиги ортганда ёки хуруж хавфи мавжуд бўлганда фойдали бўлади.

**Туғруқ.**

1. Бачадоннинг эрта қисқариши ёки эрта итариш ва туғилиш хавфи: АЭДни қабул қилган эпилепсия билан оғриган аёлларда хавфнинг ўртача ортиши ( $>1,5$  баравар) йўқ [Далиллар даражаси: Б], аммо эпилепсия билан оғриган аёлларда хавф сезиларли даражада ошади. чекадиганлар [УД - С]. [17]

2. АЭДни қабул қилувчи эпилепсия билан оғриган аёлларда сезарен бўлиш хавфи (икки баравардан кўпроқ) сезиларли даражада ошмаган кўринади [ЛЭ - Б]. Шу билан бирга, эпилепсия билан оғриган АЭДларни қабул қиладиган аёллар учун сезарен хавфи ўртача даражада ( $1,5$  баравар) ошади [ЛЭ - С]. [17]

3. Туғилиш пайтида тутилиш хавфи паст, лекин туғилиш она ва неонатал реанимация ва она тутқиқларини даволаш учун қулайликларга эга бўлган акушерлик бўлимида бўлиши кераклиги ҳақидаги тавсияни асослаш учун етарли. [16]

4. Ферментларни кўзғатувчи АЭДни қабул қилувчи оналардан туғилган барча чақалоқлар туғилгандан кейин 1 мг парентерал К витамини олишлари керак. [16, 19]

5. Ҳомиладорлик хавфининг стратификацияси ҳомиладорлик даврида АЭДни қабул қилган эпилепсия билан оғриган оналарнинг чақалоқларида ҳомиладорлик ёшига нисбатан кичик туғилиш хавфи юқори эканлигини кўрсатиши керак (мутлақ хавф  $17,3\%$ ). Ҳомиладорлик даврида эпилепсия билан оғриган аёлларда АЭД дан фойдаланиш ҳомиладорлик ёши учун кичик сабабларни дифференциал ташхислашда ҳисобга олиниши керак [ЛЭ - Б], [18].

6. Ҳомиладорлик хавфининг стратификацияси эпилепсия билан оғриган аёллардан туғилган янги туғилган чақалоқларда перинатал ўлим хавфи сезиларли даражада ошмаганлигини акс еттириши керак [ЛЭ - Б], [18].

7. Ҳомиладорлик хавфининг стратификацияси шуни кўрсатиши керакки, ҳомиладорлик даврида АЭДни қабул қилган эпилепсия билан оғриган аёллардан туғилган чақалоқлар 1 дақиқалик Апгар балли  $<7$  бўлиш хавфи юқори бўлиши мумкин. Бундан ташқари, ҳомиладорлик даврида эпилепсия билан оғриган аёлларда АЭД дан фойдаланиш ушбу чақалоқларда ҳаётнинг 1 дақиқасида паст Апгар кўрсаткичлари ( $<7$ ) дифференциал диагностикасида кўриб чиқилиши мумкин [ЛЭ - С], [18].

### **Эмизиш.**

1. Кўкрак сути билан боқиш одатда АЭДни қабул қиладиган кўпчилик аёллар ва қизлар учун хавфсиздир ва уни рағбатлантириш керак. Бироқ, ҳар бир она ўзи

ва оиласига мос келадиган озиклантириш усулини танлашда ёрдамга мухтож. [16]

2. АЭДни қабул қилиш ва эмизишни давом эттириш тўғрисидаги қарор шифокор ва бемор томонидан биргаликда қабул қилиниши керак ва эмизишнинг фойдалари ва боланинг АЭД таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган хавфлар ўртасидаги мувозанатга асосланиши керак. [16]

3. Валпик кислота, фенобарбитал, фенитоин ва карбамазепин [ЛЭ: Б] примидон, леветирасетам, габапентин, ламотригин ва топироматдан [ЛЭ: Б: примидон учун] фарқли ўлароқ, потенциал клиник аҳамиятга эга бўлган миқдорда она сутига чиқарилмаслиги мумкин. ва леветирасетам; С габапентин, ламотригин ва топиромат учун].

**4-илова**

<b>Хуруж кундалиги (намуна)</b>					
Хуружлар кундалиги - бу дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқ барча ножўя таъсирларни ҳисобга олган ҳолда, касалликнинг динамикаси, даволаш самарадорлиги ва юзага келадиган ҳар қандай ножўя таъсирларнинг ҳужжатли аксидир.					
<b>Беморнинг ФИШ:</b>			<b>Ташхис:</b>		
_____					
<b>Туг'илган kuni:</b>					
_____			_____		
<b>Жорий вазн:</b> _____			_____		
_____			_____		
<b>Сана ва вақт</b>	<b>Хуружнинг табиати</b>	<b>Давомийлиги</b>	<b>Хуруждан кейинги аломатлар</b>	<b>Хуруж қўзғатувчилари</b>	<b>АЭШлар (доза ва вақт)</b>

**Эслатмалар:**

- Хужумнинг табиати - бу бўлимда беморнинг ҳужум олдидан ва пайтидаги сўзлари ва ҳис-туйғулари ёки ҳужум гувоҳларининг сўзлари тасвирланган. Ушбу бўлим шунингдек, ҳужумнинг битта ёки кластер (серия) эканлигини кўрсатади. Агар беморда бир неча турдаги тугилишлар бўлса, сиз тугилишнинг ҳар бир турига мос келадиган белгиларни киритишингиз мумкин (масалан, абсанслар - А; спазмлар - С; фокусли мотор тугилишлар юлдузча (\*); миёкловус - белги билан белгиланиши мумкин. хоч (х) ва бошқалар).

- Хужумнинг давомийлиги - кўрсатилиши керак, чунки лезённинг жойлашишини аниқлашда ҳал қилувчи бўлиши мумкин

- Хужумдан кейинги аломатлар - бу бўлим қуйидагиларни кўрсатади: хужумдан кейин сийдик, нажас, қусиш, хужум пайтида ёки ундан кейин қусиш, хужумдан кейин онг қанчалик тез тикланган, оёқ-қўлларнинг бирида заифлик, хужумдан кейин нутқнинг бузилиши қайд этилган .

- Хужумларнинг провокаторлари жуда бошқача бўлиши мумкин: ортиқча иш; уйқу бузилиши; вақт зоналарини ўзгартириш; соматик касалликнинг кечиши, шу жумладан АРВИ; тана ҳароратининг ошиши; хужумдан олдинги ҳиссий ҳолат; стрессли вазиятларнинг мавжудлиги; озиқ-овқат истеъмоли билан боғлиқлик; уйқу билан боғлиқлик (ухлаб қолганда, уйғонганидан кейин), телевизорни узок вақт томоша қилиш; компьютер синфлари; спиртли ичимликларни истеъмол қилиш; қоронғи хонадан ёруғликка чиқиш; электр муолажалари (физиотерапия); кэскин овоз; муסיқа; АЭД ва бошқаларни қабул қилиш режимини бузиш.

- АЭД - хужумлар кундалигида қабул қилинган дорилар ва уларнинг дозалари, даволанишдаги ўзгаришларнинг қатъий қайд этилиши керак: дозани ошириш, янги дорига ўтказиш, қўшимча антиепилептик препаратни киритиш, шунингдек, камчиликлар ёки хатоларни акс эттириш. АЭДни олишда қилинган. Ушбу бўлимда маълум бир дори учун ножўя таъсирларни ҳам ёзишингиз мумкин.

## **6-илова**

Антиепилептик дорилар: маълум бир дори учун турли ишлаб чиқарувчиларнинг маҳсулотларини алмаштириш бўйича янги тавсиялар (2017 йил 24-ноябр ҳолатига кўра) \*.

Турли АЭДлар ўзларининг характеристикалари бўйича сезиларли даражада фарқланади, бу маълум бир дорининг турли ишлаб чиқарувчиларининг маҳсулотлари ўртасида алмашиниш салбий оқибатларга олиб келиши ёки тутилиш назоратини йўқотиш хавфига таъсир қилади. Тиббиёт мутахассисларига маълум бир ишлаб чиқарувчининг маҳсулотини етказиб беришнинг узлуксизлигини таъминлаш зарурлигини ҳал қилишда ёрдам бериш учун АЭДлар 3 хавф тоифасига бўлинган.

Агар бемор маълум бир ишлаб чиқарувчининг маҳсулотини маъқуллаши керак бўлса, у товар номи ёки умумий дори номи ва ишлаб чиқарувчининг номи (маркетинг рухсатномаси эгаси) ёрдамида ёзилиши керак.

Ушбу тавсиялар фақат эпилепсияни даволаш учун АЭДлардан фойдаланишга тегишли; бошқа кўрсаткичлар (масалан, кайфиятни барқарорлаштириш, невропатик оғриқлар) учун улардан фойдаланишга тааллуқли эмас.

### Жадвал 8. АЭДнинг учта хавф тоифаси

Категория	АЭР	Тафсилотлар	Рецепт бўйича маслаҳатлар
<b>1</b> <i>категория</i>	<b>Карбамазепин Примидон фенитоин Фенобарбитал</b>	Ушбу дорилар учун, ҳатто дозалаш шакллари бир хил бўлса ва биоэквивалентлик кўрсатилган бўлса ҳам, турли ишлаб чиқарувчиларнинг маҳсулотлари ўртасида клиник жиҳатдан муҳим фарқлар бўлиши мумкинлиги ҳақида аниқ белгилар мавжуд.	Бемор маълум ишлаб чиқарувчининг маҳсулотини қўллаб-қувватлашига ишонч ҳосил қилинг.
<b>2</b> <i>категория</i>	<b>Валпроат Зонисомид Клобазам Клоназепам Ламотриджин Оксакарбазепин Пирампанел Ретигабин Руфинамид Топирамат Эсликарбазепин</b>	1 ёки 3-тоифага кирмайдиган дорилар	Клиник мулоҳазалар ва бемор ва/ёки парвариш қилувчи билан маслаҳатлашган ҳолда, тутилиш частотаси ва даволаш тарихи каби омилларни ҳисобга олган ҳолда, маълум бир ишлаб чиқарувчининг маҳсулотини етказиб беришни давом эттириш тўғрисида ариза беринг. Бемор / парвариш қилувчи омилларни кўриб чиқинг, масалан, уларнинг муқобил маҳсулотларга салбий муносабати ва/ёки бемор

			билан боғлиқ бошқа масалалар ҳам ҳисобга олинмиши керак.
<b>3 категория</b>	<b>Бриварацетам Вигабатрин Габапентин Лакозамид Леветирасетам Прегабалин Тиагабин Этосуксимид</b>	Ушбу АЭПлар қуйидаги барча хусусиятларни намоён қилади: тегишли рН диапазонида юқори эрувчанлик; оғиз орқали юборишдан кейин деярли тўлиқ сўрилиш; самарадорлик ва хавфсизлик учун дозага жавоб эгри чизиги кескин эмас; Терапевтик индекс тор эмас.	Ушбу дорилар учун турли ишлаб чиқарувчиларнинг маҳсулотлари ўртасида клиник жиҳатдан сезиларли фарқлар эҳтимоли жуда паст деб ҳисобланади. Шу билан бирга, муқобил маҳсулотлар ва/ёки бемор билан боғлиқ бошқа ташвишлар ҳақида салбий тасаввурлар каби бошқа бемор / ғамхўрлик қилувчи омилларни ҳисобга олинг.

## 8-илова

### Хуружлар учун биринчи ёрдам

Ректал диазепам ёки буккал/бурун мидазоламидан фойдаланишни ўйлаб кўринг, 3.2-жадвалга қаранг.

**«ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ ЭПИЛЕПСИЯ  
ШАКЛЛАРИДА ЖАРРОХЛИК  
АМАЛИЁТИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.**

**Тошкент - 2025 йил**

## 1. Кириш қисм:

### 2. Асосий қисм.

**Кириш.** Дори-дармонга чидамли эпилепсия жиддий неврологик касаллик бўлиб, беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Дори терапияси каби анъанавий муолажалар керакли натижаларни бермаса, жарроҳлик тутқаноқларни назорат қилишнинг энг самарали усулларида бирига айланади.

Кўп ҳолларда жарроҳлик даволаш эпилептик тутқаноқ частотасини сезиларли даражада камайтириши ёки беморни улардан бутунлай халос қилиши мумкин.

Ҳуружлар сонининг йўқлиги ёки сезиларли даражада камайиши беморларга нормал ҳаётга қайтиш, ишлаш, ўқиш ва муносабатларни ўрнатиш имконини беради.

Жарроҳлик беморларга ижтимоий изоляцияни енгиб, фаол ҳаётга қайтишга ёрдам беради.

Нейрохирургиянинг замонавий технологиялари ва усуллари операцияларни минимал хавф ва энг самарали натижалар билан амалга ошириш имконини беради.

Эпилепсиянинг дори-дармонларга чидамли шакллари учун жарроҳлик беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайдиган муҳим ва самарали даволаш усули ҳисобланади. Операцияни ўтказиш тўғрисида қарор ҳар бир бемор учун барча хавф ва фойда омилларини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда қабул қилинади.

### **Таъриф.**

**Эпилепсия жарроҳлиги** - бу дориларга чидамли эпилепсияни даволашга қаратилган нейрохирургиянинг ихтисослашган бўлими. Бу шунинг англатадики, беморнинг тутқаноқни дори билан назорат қилиб бўлмайди. Жарроҳлик аралашувининг мақсади миёдаги эпилептик фаоллик майдонини локализация қилиш ва йўқ қилишдир, бу эса тутқаноқнинг частотасини сезиларли даражада камайтириш ёки тўлиқ бартараф этиш имконини беради.

### **Эпилепсия жарроҳлигининг клиник таснифи**

Эпилепсия жарроҳлигининг клиник таснифи уларнинг мақсадлари, амалга ошириш техникаси ва қутилган натижалар асосида эпилепсияни жарроҳлик даволашнинг турли усуллари тизимлаштиришга имкон беради.

### **Амалиёт мақсадлари бўйича таснифлаш:**

- **Резектив жарроҳлик:** эпилептоген зонани - эпилептик оқимлар пайдо бўладиган мия соҳасини олиб ташлашга қаратилган. Бу жарроҳлик даволашнинг энг кенг тарқалган тури.

- **Функционал жарроҳлик:** мия тўқимасини олиб ташлашни ўз ичига олмайди, лекин нейрон тармоқлар фаолиятини модуляция қилишга қаратилган. Бу гуруҳга қуйидагилар киради:

- о **Вагус нервини стимуляция қилиш:** вагус нервини қўзғатадиган ва тутилиш частотасини камайтирадиган қурилмани имплантация қилиш.

- о **Миянинг чуқур стимуляцияси:** уларнинг фаолиятини модуляция қилиш учун чуқур мия тузилмаларига электродларни жойлаштириш.

- о **Корпус каллозотомияси:** мия ярим шарлари ўртасида эпилептик фаолликнинг тарқалишини олдини олиш учун корпус каллозумини кесиш.

#### **Бажариш техникаси бўйича таснифлаш:**

- **Очиқ операциялар:** Бош суягини очиш ва мияга бевосита киришни талаб қилади.

- **Эндоскопик операциялар:** Бош суягидаги кичик тешиklar орқали махсус асбоблар ёрдамида амалга оширилади.

- **Стереотактик операциялар:** Стереотактик аппарат ёрдамида бажарилади, бу эса асбобларни мия ичидаги аниқ жойлаштириш имконини беради.

#### **Кутилаётган натижалар бўйича таснифлаш:**

- **Даволаш:** операциядан кейин ҳужумларни тўлиқ тўхтатиш.

- **Сезиларли яхшиланиш:** ҳужумлар частотаси ва зўравонлигининг сезиларли даражада камайиши.

- **Яхшилаш:** ҳужумлар частотаси ва зўравонлигининг бироз қисқариши.

- **Таъсири йўқ:** операция беморнинг аҳволини яхшиламади.

#### **Эпилептоген зонанинг локализацияси бўйича таснифи:**

- **Чакка эпилепсияси:** эпилептоген марказ темпорал лобда жойлашган.

- **Экстратемпорал эпилепсия:** эпилептоген фокус темпорал лобдан ташқарида жойлашган.

- **Мультифокал эпилепсия:** бир нечта эпилептоген ўчоқлар мавжуд.

## **Эпилепсияни жарроҳлик даволаш натижаларининг таснифи (Энжел бўйича):**

- I синф: тутқаноқнинг тўлиқ йўқлиги.
- II синф: фақат ауралар, бошқа тутқаноқлар йўқ.
- III синф: йилига ҳужумлар билан 3 кундан ортиқ эмас.
- IV синф: йилига 4 та тутқаноқ кундан тутилиш кунларининг асосий частотаси 50% дан кўпроққа камайишигача.
- V синф: ҳужум кунларининг асосий частотасининг 50% дан камроқ пасайиши ва ҳужум кунларининг асосий частотасининг 100% дан ортиқ ошиши.
- VI синф: ҳужум кунларининг асосий частотасини 100% дан ортиқ ошириш.

Эпилепсияни жарроҳлик даволаш натижаларининг таснифи (Енгел Ж. ва бошқ. 1993): <http://www.epilepsia365.ru/groups/page-92.html?ap=1>

## **Жарроҳлик даволаш усулини танлаш кўплаб омилларга боғлиқ, жумладан:**

- Эпилепсия тури: Фокал, умумлашган.
- Эпилептоген фокуснинг локализацияси.
- Ҳужумларнинг частотаси ва жиддийлиги.
- Беморнинг ёши.
- бирга юривчи касалликларнинг мавжудлиги.

**Муҳим:** эпилепсия учун жарроҳлик даволашни ўтказиш тўғрисидаги қарор ҳар бир бемор учун тўлиқ ташхис қўйилгандан ва барча мумкин бўлган хавф ва асоратларни муҳокама қилгандан сўнг алоҳида қабул қилинади.

### **3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари**

1) процедура ёки аралашувнинг мақсади;

Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари хилма-хил бўлиб, тиббий амалиётда аниқ мақсадларга эришишга қаратилган. Муҳим жиҳат ҳар бир процедура ёки аралашувнинг мақсадини аниқлашдир. Турли усуллар учун мақсадларнинг умумий кўриниши:

#### **1. Диагностика усуллари:**

- Магнит-резонанс томография (МРИ): Мақсад аномалиялар, ўсмалар ёки бошқа патологияларни аниқлаш учун ички тузилмаларнинг батафсил тасвирларини олишдир.

- Компютер томографияси (КТ): Мақсад текширилаётган орган ёки ҳудудга ташхис қўйиш учун уч ўлчамли тасвирларни яратишдир.

- МР спектроскопияси: шубҳали эпилептоген ўчоқларнинг метаболик параметрларини инвазив бўлмаган ҳолда баҳолаш.

- Функционал - МРИ: қоннинг кислородланишидаги ўзгаришларга асосланиб, ташқи стимуляцияга жавобан мия ярим кортексининг функционал фаол марказларини аниқ локализация қилиш мумкин.

- МР перфузиони: пери-иктал фазада перфузия деярли бутун темпорал лобда ва ҳатто ярим шарда кучаяди, постиктал фазада эса перфузия камаяди.

- Интериктал ва иктал позитрон эмиссия томографияси: интериктал даврда тахминий эпилептоген зона глюкоза гипометаболизми, иктал даврда глюкоза гиперметаболизми билан тавсифланади. Темпорал лоб эпилепсияси билан оғриган беморларда ПЭТнинг сезгирлиги 70-85%, экстратемпорал лезёнлари бўлган беморларда - 30-60%.

- Электроансефалография (ЭЭГ): Бу усул эпилептик тутқаноқни эпилептик бўлмаган тутқаноқлардан фарқлаш, тутқаноқларни таснифлаш ва тутқаноқнинг бошланиш зонасини локализация қилиш имконини беради.

- Инвазив видео ЭЭГ мониторинги: интракраниал электродлар (интрасеребрал ва субдурал) ёрдамида инвазив видео ЭЭГ мониторинги тутилишнинг бошланиш зонаси ва тирнаш хусусияти зонасини аниқлаш имконини беради.

- Биопсия: Мақсад, ташхис қўйиш ёки миянинг структуравий ўзгарган соҳаларининг хусусиятларини баҳолаш учун лаборатория таҳлили учун тўқима намунасини олишдир.

- Нейропсихологик тадқиқот: эпилептоген фокуснинг латерализацияси ва локализацияси ҳақида қўшимча маълумот олиш, беморнинг когнитив ва ҳиссий ҳолатини баҳолаш имконини беради.

- Лаборатория текширувлари (қон, сийдик ва бошқалар): Мақсад касалликнинг мавжудлигини аниқлаш ёки беморнинг аҳволини баҳолаш учун биокимёвий кўрсаткичларни баҳолашдир.

## **2. Даволаш усуллари ва процедуралар:**

- Резекция аралашувлари: Мақсад эпилептоген фокусни бутунлай тўхтатиш ёки частотани камайтириш ва соқчиликни енгиллаштириш учун олиб ташлашдир.

- Паллиатив жарроҳлик: мақсад частотани камайтириш ва хужумларни енгиллаштиришдир.

- Муқобил усуллар (агар иложи бўлмаса, қўлланилиши керак резекция аралашувининг самарасизлиги): мақсад частотани камайтириш ва хужумларни юмшатишдир.

- Физиотерапия: Мақсад - жисмоний усулларни қўллаш орқали органлар ва тўқималарнинг функцияларини тиклаш.

- Гиёҳванд терапияси: Мақсад симптомларни назорат қилиш ёки касалликни даволаш учун дори воситаларидан фойдаланишдир.

- Реабилитация: Мақсад - тиббий аралашувдан кейин функционалликни тиклаш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш.

### **2) процедура ёки аралашувга қарши кўрсатмалар;**

Жараён ёки аралашувга қарши кўрсатмалар - бу процедурани бемор учун исталмаган ёки хавфли қиладиган тиббий ҳолатлар ёки омиллар. Ушбу контрэндикациялар процедура турига ва индивидуал беморга қараб фарқ қилиши мумкин. Мана бир нечта кенг тарқалган мисоллар:

#### **1. Жарроҳлик аралашувлар:**

- Юрак-қон томир касалликлари: Жиддий юрак муаммолари операция вақтида хавф туғдириши мумкин.

- Қон кетиши ёки қон кетишининг бузилиши: қон кетиш хавфи билан боғлиқ процедуралар қон кетишининг бузилиши мавжуд бўлганда контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Жиддий органлар дисфункцияси: Масалан, оғир жигар ёки буйрак етишмовчилиги контрэндикация бўлиши мумкин.

- ҳаёт сифатини бузмайдиган хужумлар;

- прогрессив соматик касалликлар ёки оғир бирга келадиган патология (ўткир буйрак етишмовчилиги, назорациз диабетес меллитус, нафас олиш етишмовчилиги

ва бошқалар);

- оғир руҳий касаллик.

## 2. Инструментал тадқиқот:

- Ҳомиладорлик: Баъзи муолажалар, айниқса радиациядан фойдаланиш билан боғлиқ бўлганлар, ҳомиладорлик даврида контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Аллергия ёки контрастли воситаларга нисбатан мурасасизлик: Агар сизда аллергия реакция мавжуд бўлса, контраст моддаларни қўллаш муолажалари контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Психологик омиллар: Баъзи беморлар хотиржам ёки онгли ҳамкорликни талаб қиладиган муолажалар учун мос келмаслиги мумкин.

## 3. Тиббий муолажалар:

- Дори воситаларига аллергия: Беморда аллергия бўлган дори воситаларидан фойдаланиш контрэндикедир.

- Бошқа дорилар билан ўзаро таъсири: Баъзи дорилар бошқалар билан бир вақтда қўлланилганда контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Жигар ёки буйрак етишмовчилиги: Баъзи дорилар жигар ёки буйраклар орқали чиқарилади ва агар бу органлар бузилган бўлса, улардан фойдаланиш чекланиши мумкин.

### **3) процедура ёки аралашувга кўрсатмалар;**

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма эпилептоген лезёнлар (мия малформацияси, интрасеребрал ўсмалар, ҳетеротопиялар, ўчоқли кортикал дисплазия, бош жароҳати оқибатлари) туфайли эпилептик тутилишларнинг мавжудлиги бўлиб, уларни даволаш неврологик симптомларни келтириб чиқармайди.

Икки ёки ундан ортиқ антиконвулсантларни камида 2 йил давомида қабул қилган фокал тутилиш билан оғриган беморларга ёки антиконвулсантлардан сезиларли ножўя таъсирга эга бўлган беморларга ва кундалик ҳаёт ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган ёки чеклайдиган тутилишлар учун жарроҳлик кўрсатилади.

Эрта жарроҳлик аралашув сурункали эпилепсиянинг ҳалокатли психо-ижтимоий ва нейрпсихологик оқибатларини олдини олади ва операциядан кейинги ҳаёт сифатини яхшилади. Касалликнинг давомийлиги 10 йилдан кам бўлган беморларнинг қарийб 90 фоизи жарроҳлик амалиётидан сўнг соқчиликсиз

бўлиб қолган, 30 йилдан ортиқ давом этган касаллик билан оғриган беморларнинг атиги 30 фоизи операциядан кейин хуружлардан халос бўлишган.

#### **4) процедура ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар;**

Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассис тиббий аралашувнинг муваффақияти ва хавфсизлигида ҳал қилувчи рол ўйнайди. Бундай мутахассисга қўйиладиган талабларга қуйидагилар киради:

1. Тиббий маълумот: Мутахассис олий тиббий маълумотга эга бўлиши ва унинг малакасини тасдиқловчи тегишли лицензия ёки сертификатга эга бўлиши керак.
2. Ихтисослаштирилган тренинг: Муайян процедуралар ёки тадбирлар турлари махсус тайёргарлик ва тажрибани талаб қилади. Мутахассис тиббиётнинг ушбу соҳасида тегишли тажрибага ега бўлиши керак.
3. Лицензиялар ва сертификатлар: Мутахассис тегишли соҳада фаолият юритиш ҳуқуқини тасдиқловчи барча зарур тиббий лицензия ва сертификатларга эга бўлиши керак.
4. Тажриба ва амалиёт: Шу каби муолажалар ёки аралашувларни бажариш тажрибаси муҳим аҳамиятга эга. Мутахассиснинг катта тажрибаси процедуранинг самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириши мумкин.
5. Билимларни янгилаш: Мутахассис ўзининг тиббий билимларини мунтазам равишда янгилаб туриши, янги тенденциялар ва техникалардан хабардор бўлиши ва даврий тайёргарликдан ўтиши керак.
6. Мулоқот кўникмалари: Беморлар, уларнинг оилалари ва соғлиқни сақлаш жамоасининг бошқа аъзолари билан мулоқот қилиш учун яхши мулоқот қобилиятлари муҳим аҳамиятга эга.
7. Ахлоқий ёндашув: мутахассис юқори ахлоқий меъёрларни сақлаши ва беморларнинг ҳуқуқларига ҳурмат кўрсатиши керак.
8. Хавфсизлик: Техник хавфсизлик протоколларига, шу жумладан асбобларни стерилизация қилиш, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш ва бошқа эҳтиёт чораларига қатъий риоя қилиши керак.
9. Жамоада ишлаш қобилияти: Тиббий муҳитда аралашувларни мувофиқлаштириш ва изчиллигини таъминлаш учун бошқа мутахассислар ва ходимлар билан ишлаш қобилияти муҳим аҳамиятга эга.

10. Қарор қабул қилиш қобилияти: Мутахассис фавқулдда вазиятларда онгли қарорлар қабул қила олиши ва ўзгаришларга тезда жавоб бера олиши керак.

Ушбу талаблар тиббий амалиётнинг юқори стандартини ва беморлар учун хавфсизликни таъминлашга қаратилган.

**5) процедура ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати (алоҳида рўйхат: асосий (мажбурий) ва қўшимча текширувлар, текширув натижаларини шарҳлаш);**

Жараён ёки аралашувни амалга оширишдан олдин, шифокор беморнинг аҳволини баҳолаш ва кейинги ҳаракатлар ҳақида онгли қарор қабул қилиш учун бир қатор диагностик тестларни ўтказди. Бу ерда асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

### **Асосий (мажбурий) диагностика чоралари:**

#### **1. Тиббий кўрик:**

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, аломатлар ва асосий шикоятларни аниқлаш.

#### **2. Анамнез (тиббий ва ҳаёт тарихи тўплами):**

- Беморнинг касаллик тарихини, хуружларнинг семиологиясини, шу жумладан олдинги касалликларни, жарроҳлик аралашувларни, аллергия ва ирсиятни батафсил ўрганиш.

#### **3. Лаборатория текширувлари:**

- Умумий қон ва сийдик таҳлиллари, буйрақлар, жигар ва бошқа органларнинг фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

#### **4. Инструментал тадқиқот:**

- Радиологик тадқиқотлар: Масалан, тузилмалар ва органларни кўриш учун рентген, КТ, МРИ.

- Ультратовуш (ультратовуш): Ички органлар, қон томирлари ва юмшоқ тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади.

- ЭКГ (электрокардиография): юрак фаолиятини баҳолаш ва ритмдаги бузилишларни аниқлаш.

Қўшимча диагностика чоралари:

1. Эндоскопия:

- Эндоскоп ёрдамида ички органлар бўшлиқларини текшириш.

2. Биопсия:

- Лаборатория таҳлили учун тўқима намунасини олиш, айниқса ўсмага шубҳа бўлса.

3. Функционал тестлар:

- Масалан, нафас олиш функцияси тестлари, органлар ва тизимлар фаолиятини баҳолаш учун стресс тестлари.

4. Генетика тадқиқотлари:

- Ирсий омилларни, айниқса, оилавий мойиллик ҳолатида аниқлаш.

Сўров натижаларини шарҳлаш:

1. Ахборот таҳлили:

- Шифокор клиник кўриниш доирасида ўтказилган барча тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилади.

2. Диагностиканинг шаклланиши:

- Олинган маълумотларга асосланиб, шифокор яқуний ташхисни шакллантиради, бу кейинги чора-тадбирлар тўғрисида қарор қабул қилиш учун асос бўлади.

3. Даволашни режалаштириш:

- Ташхис ва барча керакли маълумотларга ега бўлган шифокор даволаш режасини, шу жумладан аралашув ёки процедурани танлашни ишлаб чиқади.

Шуни таъкидлаш керакки, аниқ диагностика босқичлари процедура ёки аралашув турига, шунингдек, беморнинг касаллигининг хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин.

б) процедура ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар: процедура ёки аралашувни ўтказиш шартлари тавсифланади (хавфсизлик чораларига, санитария ва эпидемияга қарши режимга риоя қилиш талаблари), асбоб-ускуналар, сарф материаллари, дори-дармонларга қўйиладиган талаблар;

## **Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:**

### **1. Хавфсизлик чоралари:**

- Санитария шароитлари: биноларнинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.
- Шахсий ҳимоя воситалари (ППЕ): ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа жиҳозлардан мажбурий фойдаланиш.
- Юқумли касалликларни назорат қилиш: инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

### **2. Санитария-эпидемияга қарши режим:**

- Беморлар оқимини ташкил этиш: беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш бўйича чоратадбирлар ишлаб чиқиш.
- Самарали шамоллатиш ва дезинфекция: хона ичидаги тоза ҳавони таъминланг ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилинг.

### **3. Ускунага қўйиладиган талаблар:**

- Замоनावий асбоб-ускуналар: процедура ёки аралашувни амалга ошириш учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- Мониторинг ва назорат: орган функцияларини мониторинг қилиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- Фавқулодда вазиятлар воситалари: биринчи ёрдам кўрсатиш ва фавқулодда вазиятларга жавоб бериш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

### **4. Сарф материаллари:**

- Сифатли материаллар: Асорат ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли материаллардан фойдаланиш.
- Оптимал фойдаланиш: Чиқиндиларни камайтириш ва атроф-муҳитга таъсирни камайтириш учун сарф материалларидан самарали фойдаланиш.

### **5. Дорилар:**

- Керакли дори воситаларининг мавжудлиги: процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.

- Яроқлилик муддатини назорат қилиш: Дори воситаларининг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва керак бўлганда дори-дармонларни алмаштириш.

#### 6. Ходимларни тайёрлаш:

- Хавфсизлик бўйича тренинг: Ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши қоидаларга мувофиқ ўқитилиши керак.
- Малака ошириш: билим ва кўникмаларни янгилаш учун ходимларни мунтазам равишда ўқитиш ва ўқитиш.

#### 7. Хужжатлар:

- Тиббий хужжатларни юритиш: Тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва фойдаланилган материалларни сақланг.

Юқоридаги талабларга риоя қилишни таъминлаш бизга хавфларни минималлаштириш ва тиббий амалиёт хавфсизлиги ва сифатининг юқори стандартини таъминлаш имконини беради.

7) беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни процедура ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек процедурани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита методологияси;

#### **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

##### 1. Тиббий маълумотлар тарихи:

- Тиббий тарих: Батафсил тиббий ва ҳаёт тарихи, жумладан, аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонлар.
- Лаборатория текширувлари: умумий қон ва сийдик тестларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлиллар.

##### 2. Жисмоний текширув:

- Умумий ҳолатни баҳолаш: шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказиши.
- Ҳаётий параметрларни ўлчаш: Ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий кўрсаткичларни аниқлаш.

##### 3. Психологик қулайликни тайёрлаш:

- Процедурани тушунтириш: хавотирни камайтириш учун келгуси процедура, унинг мақсади ва кутилган натижалар ҳақида маълумот бериш.

- **Маслаҳат:** Психологик тўсиқларни бартараф этиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

#### 4. Озиқлантириш бўйича тавсиялар:

- **Рўза:** Агар керак бўлса, процедура олдидан вақтинчалик рўза тутишни буюринг.
- **Суюқлик чекловлари:** Агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу борада кўрсатма берилиши керак.

#### 5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:

- **Гигиена процедуралари:** Жараён олдидан гигиена процедуралари бўйича тавсиялар.
- **Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш:** процедурага халақит бериши мумкин бўлган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

#### 6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:

- **Баъзи дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш:** Шифокорингиз маълум дори-дармонларни вақтинча тўхтатишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.
- **Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш:** Агар керак бўлса, беморга процедура олдидан спиртли ичимликлар ва никотинлардан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

### **Жараён ёки аралашув усули:**

#### 1. Ускунани тайёрлаш:

- **Асбобларни текшириш ва тайёрлаш:** асбобларнинг тозалиги ва функционаллигини дастлабки текшириш.
- **Дори-дармонларни текшириш:** Керакли дори-дармонлар мавжудлиги ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

#### 2. Анестезияни киритиш (агар керак бўлса):

- **Анестезикани тайёрлаш ва қўллаш:** Агар беҳушлик керак бўлса, барча хавфсизлик протоколларига риоя қилган ҳолда анестезикани киритинг.

#### 3. Жараённи бажариш:

- Процессуал режага тўғри риоя қилиш: процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- Ҳаётий белгиларнинг мониторинги: па доимий мониторинг.

### **Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:**

#### **1. Хавфсизлик чоралари:**

- Санитария шароитлари: биноларнинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.
- Шахсий ҳимоя воситалари (ППЕ): ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа жиҳозлардан мажбурий фойдаланиш.
- Юқумли касалликларни назорат қилиш: инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

#### **2. Санитария-эпидемияга қарши режим:**

- Беморлар оқимини ташкил етиш: беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш бўйича чоратадбирлар ишлаб чиқиш.
- Самарали шамоллатиш ва дезинфекция: хона ичидаги тоза ҳавони таъминланг ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилинг.

#### **3. Ускунага қўйиладиган талаблар:**

- Замонавий асбоб-ускуналар: процедура ёки аралашувни амалга ошириш учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- Мониторинг ва назорат: орган функцияларини мониторинг қилиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- Фавқулодда вазиятлар воситалари: биринчи ёрдам кўрсатиш ва фавқулодда вазиятларга жавоб бериш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

#### **4. Сарф материаллари:**

- Сифатли материаллар: Асорат ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли материаллардан фойдаланиш.
- Оптимал фойдаланиш: Чиқиндиларни камайтириш ва атроф-муҳитга таъсирни камайтириш учун сарф материалларидан самарали фойдаланиш.

## 5. Дорилар:

- Керакли дори воситаларининг мавжудлиги: процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.
- Яроқлилик муддатини назорат қилиш: Дори воситаларининг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва керак бўлганда дори-дармонларни алмаштириш.

## 6. Ходимларни тайёрлаш:

- Хавфсизлик бўйича тренинг: Ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши қоидаларга мувофиқ ўқитилиши керак.
- Малака ошириш: билим ва кўникмаларни янгилаш учун ходимларни мунтазам равишда ўқитиш ва ўқитиш.

## 7. Хужжатлар:

- Тиббий хужжатларни юритиш: Тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва фойдаланилган материалларни сақланг.

Юқоридаги талабларга риоя қилишни таъминлаш бизга хавфларни минималлаштириш ва тиббий амалиёт хавфсизлиги ва сифатининг юқори стандартини таъминлаш имконини беради.

7) беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни процедура ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек процедурани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита методологияси;

### **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

#### 1. Тиббий маълумотлар тарихи:

- Тиббий тарих: Батафсил тиббий ва ҳаёт тарихи, жумладан, аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонлар.
- Лаборатория текширувлари: умумий қон ва сийдик тестларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлиллар.

#### 2. Жисмоний текширув:

- Умумий ҳолатни баҳолаш: шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказиш.
- Ҳаётий параметрларни ўлчаш: Ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий кўрсаткичларни аниқлаш.

### 3. Психологик қулайликни тайёрлаш:

- Процедурани тушунтириш: хавотирни камайтириш учун келгуси процедура, унинг мақсади ва кутилган натижалар ҳақида маълумот бериш.
- Маслаҳат: Психологик тўсиқларни бартараф етиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

### 4. Озиқлантириш бўйича тавсиялар:

- Рўза: Агар керак бўлса, процедура олдидан вақтинчалик рўза тутишни буюринг.
- Суюқлик чекловлари: Агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу борада кўрсатма берилиши керак.

### 5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:

- Гигиена процедуралари: Жараён олдидан гигиена процедуралари бўйича тавсиялар.
- Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш: процедурага халақит бериши мумкин бўлган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

### 6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:

- Баъзи дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш: Шифокорингиз маълум дори-дармонларни вақтинча тўхтатишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.
- Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш: Агар керак бўлса, беморга процедура олдидан спиртли ичимликлар ва никотинлардан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

### **Жараён ёки аралашув усули:**

#### 1. Ускунани тайёрлаш:

- Асбобларни текшириш ва тайёрлаш: асбобларнинг тозалиги ва функционалигини дастлабки текшириш.
- Дори-дармонларни текшириш: Керакли дори-дармонлар мавжудлиги ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

#### 2. Анестезияни киритиш (агар керак бўлса):

- Анестезикани тайёрлаш ва қўллаш: Агар беҳушлик керак бўлса, барча хавфсизлик протоколларига риоя қилган ҳолда анестезикани киритинг.

### 3. Жараённи бажариш:

- Процессуал режага тўғри риоя қилиш: процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- Ҳаётий белгилар мониторинги: Жараён давомида бемор параметрларининг доимий мониторинги.

### 4. Натижаларни ва ҳужжатларни баҳолаш:

- Сифат ва натижаларни баҳолаш: процедура муваффақиятини ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни баҳолаш.
- Тиббий ҳужжатларни юритиш: Жараённинг барча босқичларини, фойдаланилган материаллар ва дори-дармонларни ҳужжатлаштириш.

### 5. Жараёндан кейинги тавсиялар:

- Бемор билан маслаҳатлашиш: процедура натижалари ва кейинги тавсиялар ҳақида маълумот бериш.
- Узлуксиз парвариш: керак бўлганда процедурадан кейинги ёрдам ва учрашувларни тақдим этинг.

Жараённи тайёрлаш ва ўтказишнинг бутун жараёни тиббий стандартлар ва протоколларга мувофиқ, ахлоқ ва хавфсизлик тамойилларига риоя қилган ҳолда амалга оширилади.

### **Жарроҳлик даво.**

Қарор ILAE стандартларига мувофиқ эпилепсияни жарроҳликдан олдинги диагностика ва жарроҳлик даволашда ўқитилган эксперт-мутахассислар гуруҳи - мультидисциплинар жамоа томонидан қабул қилинади.

Жарроҳлик даволаш натижалари беморларни тўғри танлашга боғлиқ, шунинг учун беморни танлаш учун қатъий протоколдан фойдаланиш керак (ILAE тавсиялари). Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар.

### **Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар:**

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма эпилептоген лезёнлар (мия малформацияси, интрасеребрал ўсмалар, ҳетеротопиялар, ўчоқли кортикал дисплазия, бош

жароҳати оқибатлари) туфайли эпилептик тутилишларнинг мавжудлиги бўлиб, уларни даволаш неврологик симптомларни келтириб чиқармайди.

Икки ёки ундан ортиқ антиконвулсантларни камида 2 йил давомида қабул қилган фокал тутилиш билан оғриган беморларга ёки антиконвулсантлардан сезиларли ножўя таъсирга эга бўлган беморларга ва кундалик ҳаёт ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган ёки чеклайдиган тутилишлар учун жарроҳлик кўрсатилади.

Эрта жарроҳлик аралашув сурункали эпилепсиянинг ҳалокатли психо-ижтимоий ва нейрпсихологик оқибатларини олдини олади ва операциядан кейинги ҳаёт сифатини яхшилайти. Касалликнинг давомийлиги 10 йилдан кам бўлган беморларнинг қарийб 90 фоизи жарроҳлик амалиётидан сўнг соқчиликсиз бўлиб қолган, 30 йилдан ортиқ давом этган касаллик билан оғриган беморларнинг атиги 30 фоизи операциядан кейин тутилишдан халос бўлишган.

### **Жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:**

- идиопатик умумий эпилепсия ёки бенигн
- эпилептик синдромлар;
- ҳаёт сифатини бузмайдиган ҳужумлар;
- прогрессив соматик касалликлар ёки оғир бирга келадиган патология (ўткир буйрак этишмовчилиги, назоратсиз диабетес меллитус, нафас олиш этишмовчилиги ва бошқалар);
- оғир руҳий касаллик.

### **Жарроҳлик аралашувининг турлари:**

1) Резекция аралашуви:

- а) Патологик фокусни олиб ташлаш (АВМ, кавернома, мия шиши мия ва бошқалар);
- б) Селектив амигдалоҳиппокампектомия;
- в) кортикал резекциялар;
- д) қисман лобектомия;
- э) Лобектомия;
- ф) Ҳемисферектомия;

2) Паллиатив жарроҳлик:

а) каллосотомия;

б) Кўп субпиал кесиклар;

3) Муқобил усуллар (агар иложи бўлмаса, қўлланилиши керак резекция аралашувининг самарасизлиги):

а) Вагус нервининг стимуляцияси (ВНС);

б) реактив нейростимуляция (РНС)

с) Миянинг чуқур стимуляцияси (ДБС);

д) радиохирургия;

э) Стреотактик термал деструкция, лазерли абласён.

### **Олдинги медиал темпорал лобектомия**

Дори-дармонларга чидамли эпилепсия учун энг самарали даволаш эпилептоген зонани резекция қилишдир. Дори-дармонга чидамли эпилепсияни даволаш бўйича барча жарроҳлик муолажаларнинг 70-80% дан ортиғи олдинги медиал темпорал лобектомияга тўғри келади, шундан сўнг беморларнинг 48-84 фоизида тутқаноқ назоратига эришилади.

Олдинги медиал темпорал лобектомияни амалга оширишнинг бир неча усуллари мавжуд - темпорал лобнинг антеромедиал қисмини "битта блокда" олиб ташлаш, темпорал лобнинг неокортикал ва медиал қисмларини алоҳида олиб ташлаш.

Неокортикал резекциянинг чегаралари устуннинг тепа қисмидан доминант томонда юқори темпорал гирус бўйлаб 4-4,5 см ва субдоминант томонда 6 см.

### **Селектив амигдалоҳиппокампектомия.**

"Селектив амигдалоҳиппокампектомия" атамаси неокортикалларни резекция қилмасдан темпорал лобнинг медиал тузилмаларини резекция қилишга қаратилган жарроҳлик аралашувлар гуруҳини англатади.

Гиппокампага бир нечта ёндашувлар мавжуд: транскортикал, трансвентрикуляр, транссилвий, трансилвий-транссистернал, субтемпорал ва транстенториал-супрасеребеллар ёндашувлар.

Ҳозирги вақтда энг кенг тарқалган транссилвий ва транскортикал ёндашувлардир.

Селектив амигдалоҳиппокампектомия учун кўрсатмалар темпорал лобнинг неокортикал қисмларини жалб қилмасдан ("мезиал темпорал склероз" деб аталадиган) медиал темпорал лобнинг изоляция қилинган шикастланишлари ҳисобланади. Ушбу усуллар фақат ҳипокампуснинг маҳаллий эпилептоген лезёнлари учун ишлатилиши мумкин.

С.Б. Жосепхсон (2013), антеромедиал темпорал лобектомия ва селектив амигдалоҳиппокампектомия (АМХЭ) дан сўнг беморларни даволаш натижаларини таҳлил қилиб, Енгел II класс натижаси АМХЭдан кейин лобектомиядан кейинги беморларда статистик жиҳатдан кўпроқ эканлигини кўрсатди.

### **Эпилептоген ўчоқ резекцияси**

МРИ тизимларининг резолюциясининг ошиши эпилептик тутилишларга олиб келиши мумкин бўлган кортикал лезёнларни аниқлаш қобилиятини сезиларли даражада яхшилади. Кичик жароҳатлар, масалан, каверномалар, фокал кортикал дисплазиялар, секин ўсиб боровчи нейроекспителиал ўсмалар юқори даражада эпилептоген хусусиятга эга ва бундай лезёнларни резекция қилиш, айниқса улар экстратемпорал бўлса, юқори даражадаги ремиссияга эришишга имкон беради. Операциянинг муваффақияти эпилептоген зонанинг қанчалик тўлиқ олиб ташланганига боғлиқ. Нейроимагинг маълумотлари эпилептогенезда структуравий фокусни ўраб турган тўқималарнинг иштироки ҳақида аниқ маълумот бермайди. Атрофдаги тўқималарни керакли резекция қилиш даражаси, структуравий лезённинг ўзи билан бир қаторда, кўпинча операция вақтида, визуал текшириш ёки интраоператив электрокортикография ёрдамида аниқланади.

Жарроҳлик натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, агар кортикал лезён темпорал лоб ичида жойлашган бўлса, фақатгина лезённи резекция қилиш экстратемпорал локализацияга қараганда сезиларли даражада ёмонроқ натижаларга олиб келади. Эҳтимол, бу натижа кортикал лезённинг мезиал темпорал тузилмаларга яқин жойлашиши ва дуал патологияга боғлиқ, яъни. тизимли фокус билан бирга ҳипокампус склерознинг мавжудлиги. Шикастланиш вақтинчалик локализация қилинганида, ҳипокампус ҳажмини операциядан олдин тўлиқ баҳолаш амалга оширилади ва беморнинг нейробиологик функциялари текширилади. Зарар доминант ярим шарда жойлашганида, лезённи резекция қилиш ва мезиал темпорал тузилмаларни олиб ташлашнинг мумкин бўлган хавфларига алоҳида эътибор берилиши керак. Бундай ҳолларда босқичли ёндашувдан фойдаланиш мумкин, бунда биринчи навбатда фақат структуравий ўчоқ резекция қилинади ва агар натижа қониқарсиз бўлса, янада кенгроқ резекция жараёни кўриб чиқилади.

[http://epidoc.ru/diagnose\\_treat/surgery/index.html#neuropace](http://epidoc.ru/diagnose_treat/surgery/index.html#neuropace)

### **Экстратемпорал резекциялар**

Ушбу тоифага диффуз патологиядан МРИ-салбий ҳолатларга қадар бир ёки бир нечта лобларни (мултилобар) резекция қилиш киради. Операциядан олдин лобар ёки мултилобар резекция даражасини аниқлаш учун сурункали инвазив мониторинг талаб қилиниши мумкин. Шу билан бир қаторда, интраоператив электрокортикография ва кўзғатилган потенциаллардан фойдаланиш мумкин. Патологияга қараб, эпилептоген зонани самарали олиб ташлаш учун катта резекция талаб қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда, агар жарроҳликдан олдинги текширув натижаларига кўра тез-тез ва оғир хуружларнинг тўхташи неврологик етишмовчилик хавфидан устун туради, деб қарор қилинмаса, кортекснинг функционал аҳамиятли жойларини энг эҳтиёткорлик билан даволаш керак.

[http://epidoc.ru/diagnose\\_treat/surgery/index.html#neuropace](http://epidoc.ru/diagnose_treat/surgery/index.html#neuropace)

### **Кўп субпиал насечкалар.**

Ушбу паллиатив жарроҳлик усули эпилептоген зона функционал жиҳатдан муҳим ҳудудда жойлашган ва резекция қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Ушбу концепция горизонтал кортикал алоқанинг бузилиши пароксизмал оқимнинг тарқалишини олдини олишига асосланади ва вертикал йўналтирилган толаларни сақлаб қолиш - функционал нуқсонларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади.

Ушбу процедурадан сўнг, беморларнинг 55-65 фоизида хужумлар частотасини 50% дан кўпроқ камайтиришга еришиш мумкин, бунда кўплаб субпиал кесмаларни лезённинг қўшимча резекцияси билан бирлаштириш мумкин, беморларнинг 56 фоизида хужумларни назорат қилиш; беморларнинг 75-85% да хужумлар частотаси 95% дан кўпроқ камаяди.

### **Гемисферектомия.**

Функционал ҳемисферектомия темпорал лоб ва марказий кортекснинг резекциясини ўз ичига олади, сўнгра париетал ва оксипитал кортексни субкортикал тузилмалар ва корпус каллосумидан ажратиш. Ушбу турдаги жарроҳлик аралашув асосан педиатрик амалиётда ҳемипарез кўринишидаги оғир неврологик етишмовчилик ва кортикал малформация, Расмуссен энсефалити, Стурге-Шебер синдроми ёки сереброваскуляр авария оқибатлари билан мия ярим кортексининг кенг шикастланиши билан оғриган беморлар учун амалга оширилади.

### **Каллозотомия.**

Катталарда каллозотомия камдан-кам қўлланилади. Каллосотомия умумий, симптоматик, дори-дармонларга чидамли эпилепсия ва бир неча турдаги тутқаноқли беморларда амалга оширилади: тоник, атоник, умумий тоник-клоник, абсанс тутилишлар ва камроқ тез-тез ўчоқли тутилишлар. Каллосотомия кўпинча Леннох-Гастаут синдроми бўлган беморларда амалга оширилади. Жарроҳликнинг мақсади хужумнинг бир ярим шардан иккинчисига тарқалишини олдини олишдир. Шикастланишга олиб келадиган тоник ва атоник тутилишлар бошқа турдаги тутилишларга қараганда кўпроқ даволанади. "Ажралиш синдроми" нинг ривожланишининг олдини олиш учун каллосотомия икки босқичда амалга оширилади: биринчи босқичда олдинги икки ёки учтаси узилиб қолади, агар тутилишни назорат қилишнинг иложи бўлмаса, иккинчи босқич - постериор учдан бир қисмини ажратиш.

### **ВНС (Вагус стимуляцияси).**

Вагал стимуляция учун кўрсатмалар резекция қилиш мумкин бўлмаган беморларда дори-дармонларга чидамли эпилепсия ҳисобланади. Кўпгина тадқиқотларга кўра, беморларнинг ўртача 50,9 фоизда (18,4-67%) вагал стимулятор ўрнатилгандан сўнг хужумлар частотасини  $\geq 50\%$  га камайтириш мумкин ва 14% да хужумларни тўлиқ назорат қилиш мумкин. (9-27%).

Эпилептоген фокус ва эпилептоген зонанинг ҳажмига, уларнинг жойлашишига, шакли ва ҳажмига қараб, у ёки бу турдаги жарроҳлик аралашуви танланади.

Эпилепсиянинг вақтинчалик шакллари жарроҳлик йўли билан даволашда беморларнинг 53-84 фоизда тутқаноқни назорат қилиш, экстратемпорал шаклларда - 31-38 фоизга эришилади. Дори-дармонларга чидамли шакллари бўлган беморларда антиконвулсант терапияни давом эттириш билан 8% дан кўп бўлмаган ҳолларда тутилишни назорат қилиш мумкин.

Дори-дармонга чидамли эпилепсия билан оғриган беморнинг ҳаёт сифатининг сезиларли даражада бузилиши билан боғлиқ, консерватив терапияга қарамай, тутқаноқларнинг частотаси эпилепсия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир килувчи энг муҳим омил ҳисобланади.

Операциядан 6 ой ўтгач, беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланади ва операциядан 2-3 йил ўтгач, соқчиликсиз беморлар соғлом аҳолиникига ўхшаш ҳаёт сифатига эришадилар. Жарроҳлик даволашдан сўнг, клиник ва нейрофизиологик тутилишлар бўлмаса, антиэпилептик препаратларни аста-секин олиб ташлаш мумкин.

Узоқ муддатда, А. Эделвик (2013) томонидан ўтказилган истиқболли тадқиқотга кўра, операциядан 10 йил ўтгач, болаларнинг 86 фоизи ва катталарнинг 43 фоизи антиконвулсанларни қабул қилмаганлар ва тутилишларни бошдан кечирмаганлар («сеизуре-фрее»), аммо жарроҳлик аралашувидан ўтмаган беморларда соқчилик давом етди.

### **Реактив нейростимуляция (РНС)**

Неуростимулятор - бу микропроцессор томонидан бошқариладиган, батареядан қувват оладиган ва имплантация қилинган электродлар орқали миё тўқималарига қўлланиладиган қисқа муддатли электр импулсларини ишлаб чиқарадиган дастурлаштириладиган қурилма. Стимулятор миёдаги ғайритабиий электр фаоллигини аниқлаш учун мўлжалланган бўлиб, беморда ҳужум белгилари пайдо бўлишидан олдин миё фаолиятини нормаллаштириш учун электр стимуляцияси билан жавоб беради. Неуростимулятор бош суягига жойлаштирилади, ундан эпилептоген зонанинг ёнида ўрнатиладиган 1-2 юпқа кабеллар чиқади. Электр фаоллиги миё юзасига ўрнатилган электродлар (тасма электрод) томонидан назорат қилинади. Назарий жиҳатдан, маълум бир беморда ҳужумнинг бошланишини таниб олиш учун қурилмани "ўргатиш" мумкин. Ҳозирги вақтда нейростимуляторнинг клиник тадқиқотлари олиб борилмоқда.

([http://epidoc.ru/diagnose\\_treat/surgery/index.html#neuropace](http://epidoc.ru/diagnose_treat/surgery/index.html#neuropace)).

Гамма пичоқ (Радихирургия).

Эпилепсияни даволашда медиал темпорал лобда селектив жарроҳлик муолажаларининг самарадорлигини исботлаганидан сўнг, Регис резекция ўрнига амигдала ва ҳипокампуснинг стереотактик радиофарроҳлик шикастланиши тушунчасини илгари сурди. Мавжуд нашрларга кўра, радиофарроҳлик даволашнинг самарадорлиги резекция операциялари билан таққосланади. Назарий афзалликлари шундаки, бу усул очик жарроҳлик ва унга боғлиқ бўлган асоратларни, шу жумладан психиатрик оқибатларни олдини олади. Бошқа томондан, процедурадан кейин шиш пайдо бўлиши мумкин, ҳужумларнинг ремиссияси кейинроқ содир бўлади, бир йилдан сўнг оддий ҳужумлар кучайиши мумкин, кўриш майдонларининг йўқолиши ҳақида хабарлар мавжуд ва узоқ муддатда радиация таъсирига таъсир қилади. ноаниқ. Қўшимча тадқиқотлар талаб қилинади.

#### **4) Кейинги касалликни олиб бориш:**

Касалхонадан чиқарилгандан сўнг, эпилепсия ташхиси қўйилса, бемор ўз яшаш жойида "Д" сифатида рўйхатга олиниши ва дори-дармонлар билан

таъминланиши керак. Операциядан кейинги даврда беморни протоколларга мувофиқ бошқариш:

- эрта тикланиш даври: “Реабилитация II А”, “Реабилитация II Б”, “Амбулатор реабилитация II”;
- кеч тикланиш даври : "Такрорий реабилитация", "Ёрдамчи реабилитация".

Беморга ва унинг ота-онасига ўзларининг бемор кундалиги (4-илова) бўлиши кераклиги ҳақида кўрсатма бериш керак, унда барча ҳужумлар, табиати, давомийлиги, частотаси, қабул қилинган дори-дармонлар ва уларнинг дозалари акс еттирилади. Бу сизга тўғри дори-дармон режимига риоя қилиш ва ҳатто таътилда ҳам соғлигингизни кузатишга ёрдам беради.

Мунтазам овқатланиш жуда муҳим, чунки парҳез қонда қабул қилинган антиэпилептик препаратнинг концентрациясига таъсир қилади.

#### **5) Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:**

- клиник – видеоёзув ва ҳужумлар кундалигини юритиш (намунавий кундалик учун 4-иловага қаранг);
- ота-оналар томонидан болаларда тутқаноқ тутилиши ва дори воситаларидан фойдаланиш мониторинги;
- нейрофизиологик (ЭЭГ-видео мониторинги);
- терапевтик дори воситалари мониторинги;
- зарур ҳолларда лаборатория ва биокимёвий мониторинг;
- ёшга боғлиқ эпилептик синдромли беморларда маълум ёшга етиш;
- ёки АЭДни доимий равишда қабул қилаётган беморда тутилишлар бўлмаса ёки тутилишлар орасидаги интервал 12 ой ёки ундан кўпроқ муддатга АЭДни буюришдан олдинги даврга нисбатан 3 баравар кўп бўлса.

**5. Касалхонага ётқизиш турини кўрсатган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

#### **Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- 4 ёшгача бўлган болаларда >2 дори танлашни талаб қиладиган эпилептик тутилишлар (этиологик омилларни аниқлаш, хуружларнинг табиати ва

частотасини аниқлаш, дориларни танлаш, адекват даволаш схемасини ишлаб чиқиш);

- жарроҳлик даволаш зарурати (нейрохирургия шифохонасида).

### **Шошинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- биринчи марта онгни бузган ҳужумлар ёки онг даражасининг бузилиши билан ҳужумлар частотасининг ошиши;
- статус эпилептикус (даволаш 7-иловага мувофиқ).

## **3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари**

1) процедура ёки аралашувнинг мақсади;

Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари хилма-хил бўлиб, тиббий амалиётда аниқ мақсадларга эришишга қаратилган. Муҳим жиҳат ҳар бир процедура ёки аралашувнинг мақсадини аниқлашдир. Турли усуллар учун мақсадларнинг умумий кўриниши:

### **1. Диагностика усуллари:**

- Магнит-резонанс томография (МРИ): Мақсад аномалиялар, ўсмалар ёки бошқа патологияларни аниқлаш учун ички тузилмаларнинг батафсил тасвирларини олишдир.

- Компютер томографияси (КТ): Мақсад текширилаётган орган ёки ҳудудга ташхис қўйиш учун уч ўлчамли тасвирларни яратишдир.

- МР спектроскопияси: шубҳали эпилептоген ўчоқларнинг метаболик параметрларини инвазив бўлмаган ҳолда баҳолаш.

- Функционал - МРИ: қоннинг кислородланишидаги ўзгаришларга асосланиб, ташқи стимуляцияга жавобан мия ярим кортексининг функционал фаол марказларини аниқ локализация қилиш мумкин.

- МР перфузиони: пери-иктал фазада перфузия деярли бутун темпорал лобда ва ҳатто ярим шарда кучаяди, постиктал фазада эса перфузия камаяди.

- Интериктал ва иктал позитрон эмиссия томографияси: интериктал даврда тахминий эпилептоген зона глюкоза гипометаболизми, иктал даврда глюкоза гиперметаболизми билан тавсифланади. Темпорал лоб эпилепсияси билан оғриган беморларда ПЭТнинг сезгирлиги 70-85%, экстратемпорал лезёнлари бўлган беморларда - 30-60%.

- Электроансефалография (ЭЭГ): Бу усул эпилептик тутқаноқни эпилептик бўлмаган тутқаноқлардан фарқлаш, тутқаноқларни таснифлаш ва тутқаноқнинг бошланиш зонасини локализация қилиш имконини беради.
  - Инвазив видео ЭЭГ мониторинги: интракраниал электродлар (интрасеребрал ва субдурал) ёрдамида инвазив видео ЭЭГ мониторинги тутилишнинг бошланиш зонаси ва тирнаш хусусияти зонасини аниқлаш имконини беради.
  - Биопсия: Мақсад, ташхис қўйиш ёки миянинг структуравий ўзгарган соҳаларининг хусусиятларини баҳолаш учун лаборатория таҳлили учун тўқима намунасини олишдир.
- о Нейропсихологик тадқиқот: эпилептоген фокуснинг латерализацияси ва локализацияси ҳақида қўшимча маълумот олиш, беморнинг когнитив ва ҳиссий ҳолатини баҳолаш имконини беради.
- Лаборатория текширувлари (қон, сийдик ва бошқалар): Мақсад касалликнинг мавжудлигини аниқлаш ёки беморнинг аҳолини баҳолаш учун биокимёвий кўрсаткичларни баҳолашдир.

## **2. Даволаш усуллари ва процедуралар:**

- Резекция аралашувлари: Мақсад эпилептоген фокусни бутунлай тўхтатиш ёки частотани камайтириш ва соқчиликни енгиллаштириш учун олиб ташлашдир.
  - Паллиатив жарроҳлик: мақсад частотани камайтириш ва хужумларни енгиллаштиришдир.
  - Муқобил усуллар (агар иложи бўлмаса, қўлланилиши керак резекция аралашувининг самарасизлиги): мақсад частотани камайтириш ва хужумларни юмшатишдир.
- Физиотерапия: Мақсад - жисмоний усулларни қўллаш орқали органлар ва тўқималарнинг функцияларини тиклаш.
- Гиёҳванд терапияси: Мақсад симптомларни назорат қилиш ёки касалликни даволаш учун дори воситаларидан фойдаланишдир.
- Реабилитация: Мақсад - тиббий аралашувдан кейин функционалликни тиклаш ва беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш.

## 2) процедура ёки аралашувга қарши кўрсатмалар;

Жараён ёки аралашувга қарши кўрсатмалар - бу процедурани бемор учун исталмаган ёки хавфли қиладиган тиббий ҳолатлар ёки омиллар. Ушбу контрэндикациялар процедура турига ва индивидуал беморга қараб фарқ қилиши мумкин. Мана бир нечта кенг тарқалган мисоллар:

### 1. Жарроҳлик аралашувлар:

- Юрак-қон томир касалликлари: Жиддий юрак муаммолари операция вақтида хавф туғдириши мумкин.

- Қон кетиши ёки қон кетишининг бузилиши: қон кетиш хавфи билан боғлиқ процедуралар қон кетишининг бузилиши мавжуд бўлганда контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Жиддий органлар дисфункцияси: Масалан, оғир жигар ёки буйрак етишмовчилиги контрэндикация бўлиши мумкин.

- ҳаёт сифатини бузмайдиган ҳужумлар;

- прогрессив соматик касалликлар ёки оғир бирга келадиган патология (ўткир буйрак етишмовчилиги, назоратиз диабетес меллитус, нафас олиш етишмовчилиги ва бошқалар);

- оғир руҳий касаллик.

### 2. Инструментал тадқиқот:

- Ҳомиладорлик: Баъзи муолажалар, айниқса радиациядан фойдаланиш билан боғлиқ бўлганлар, ҳомиладорлик даврида контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Аллергия ёки контрастли воситаларга нисбатан муросасизлик: Агар сизда аллергик реакция мавжуд бўлса, контраст моддаларни қўллаш муолажалари контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Психологик омиллар: Баъзи беморлар хотиржам ёки онгли ҳамкорликни талаб қиладиган муолажалар учун мос келмаслиги мумкин.

### 3. Тиббий муолажалар:

- Дори воситаларига аллергия: Беморда аллергик бўлган дори воситаларидан фойдаланиш контрэндикедир.

- Бошқа дорилар билан ўзаро таъсири: Баъзи дорилар бошқалар билан бир вақтда қўлланилганда контрэндикедир бўлиши мумкин.

- Жигар ёки буйрак етишмовчилиги: Баъзи дорилар жигар ёки буйраклар орқали чиқарилади ва агар бу органлар бузилган бўлса, улардан фойдаланиш чекланиши мумкин.

### **3) процедура ёки аралашувга кўрсатмалар;**

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатма эпилептоген лезёнлар (мия малформацияси, интрасеребрал ўсмалар, ҳетеротопиялар, ўчоқли кортикал дисплазия, бош жароҳати оқибатлари) туфайли эпилептик тутилишларнинг мавжудлиги бўлиб, уларни даволаш неврологик симптомларни келтириб чиқармайди.

Икки ёки ундан ортиқ антиконвулсантларни камида 2 йил давомида қабул қилган фокал тутилиш билан оғриган беморларга ёки антиконвулсантлардан сезиларли ножўя таъсирга эга бўлган беморларга ва кундалик ҳаёт ва ҳаёт сифатига таъсир қиладиган ёки чеклайдиган тутилишлар учун жарроҳлик кўрсатилади.

Эрта жарроҳлик аралашув сурункали эпилепсиянинг ҳалокатли психо-ижтимоий ва нейрпсихологик оқибатларини олдини олади ва операциядан кейинги ҳаёт сифатини яхшилайти. Касалликнинг давомийлиги 10 йилдан кам бўлган беморларнинг қарийб 90 фоизи жарроҳлик амалиётидан сўнг соқчиликсиз бўлиб қолган, 30 йилдан ортиқ давом этган касаллик билан оғриган беморларнинг атиги 30 фоизи операциядан кейин хуружлардан халос бўлишган.

### **4) процедура ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар;**

Жараён ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассис тиббий аралашувнинг муваффақияти ва хавфсизлигида ҳал қилувчи рол ўйнайти. Бундай мутахассисга қўйиладиган талабларга қуйидагилар кирати:

1. Тиббий маълумот: Мутахассис олий тиббий маълумотга эга бўлиши ва унинг малакасини тасдиқловчи тегишли лицензия ёки сертификатга эга бўлиши керак.
2. Ихтисослаштирилган тренинг: Муайян процедуралар ёки тадбирлар турлари махсус тайёргарлик ва тажрибани талаб қилати. Мутахассис тиббиётнинг ушбу соҳасида тегишли тажрибага ега бўлиши керак.
3. Лицензиялар ва сертификатлар: Мутахассис тегишли соҳада фаолият юритиш ҳуқуқини тасдиқловчи барча зарур тиббий лицензия ва сертификатларга эга бўлиши керак.
4. Тажриба ва амалиёт: Шу каби муолажалар ёки аралашувларни бажариш тажрибаси муҳим аҳамиятга эга. Мутахассиснинг катта тажрибаси процедуранинг

самарадорлиги ва хавфсизлигини ошириши мумкин.

5. Билимларни янгилаш: Мутахассис ўзининг тиббий билимларини мунтазам равишда янгилаб туриши, янги тенденциялар ва техникалардан хабардор бўлиши ва даврий тайёргарликдан ўтиши керак.

6. Мулоқот кўникмалари: Беморлар, уларнинг оилалари ва соғлиқни сақлаш жамоасининг бошқа аъзолари билан мулоқот қилиш учун яхши мулоқот қобилиятлари муҳим аҳамиятга эга.

7. Ахлоқий ёндашув: мутахассис юқори ахлоқий меъёрларни сақлаши ва беморларнинг ҳуқуқларига ҳурмат кўрсатиши керак.

8. Хавфсизлик: Техник хавфсизлик протоколларига, шу жумладан асбобларни стерилизация қилиш, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш ва бошқа эҳтиёт чораларига қатъий риоя қилиши керак.

9. Жамоада ишлаш қобилияти: Тиббий муҳитда аралашувларни мувофиқлаштириш ва изчиллигини таъминлаш учун бошқа мутахассислар ва ходимлар билан ишлаш қобилияти муҳим аҳамиятга эга.

10. Қарор қабул қилиш қобилияти: Мутахассис фавқулодда вазиятларда онгли қарорлар қабул қила олиши ва ўзгаришларга тезда жавоб бера олиши керак.

Ушбу талаблар тиббий амалиётнинг юқори стандартини ва беморлар учун хавфсизликни таъминлашга қаратилган.

**5) процедура ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати (алоҳида рўйхат: асосий (мажбурий) ва қўшимча текширувлар, текширув натижаларини шарҳлаш);**

Жараён ёки аралашувни амалга оширишдан олдин, шифокор беморнинг аҳволини баҳолаш ва кейинги ҳаракатлар ҳақида онгли қарор қабул қилиш учун бир қатор диагностик тестларни ўтказди. Бу ерда асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

**Асосий (мажбурий) диагностика чоралари:**

**1. Тиббий кўрик:**

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, аломатлар ва асосий шикоятларни аниқлаш.

**2. Анамнез (тиббий ва ҳаёт тарихи тўплами):**

- Беморнинг касаллик тарихини, хуружларнинг семиологиясини, шу жумладан олдинги касалликларни, жарроҳлик аралашувларни, аллергия ва ирсиятни батафсил ўрганиш.

### **3. Лаборатория текширувлари:**

- Умумий қон ва сийдик таҳлиллари, буйраклар, жигар ва бошқа органларнинг фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий таҳлил.

### **4. Инструментал тадқиқот:**

- Радиологик тадқиқотлар: Масалан, тузилмалар ва органларни кўриш учун рентген, КТ, МРИ.
- Ультратовуш (ультратовуш): Ички органлар, қон томирлари ва юмшоқ тўқималарнинг ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади.
- ЭКГ (электрокардиография): юрак фаолиятини баҳолаш ва ритмдаги бузилишларни аниқлаш.

Қўшимча диагностика чоралари:

#### **1. Эндоскопия:**

- Эндоскоп ёрдамида ички органлар бўшлиқларини текшириш.

#### **2. Биопсия:**

- Лаборатория таҳлили учун тўқима намунасини олиш, айниқса ўсмага шубҳа бўлса.

#### **3. Функционал тестлар:**

- Масалан, нафас олиш функцияси тестлари, органлар ва тизимлар фаолиятини баҳолаш учун стресс тестлари.

#### **4. Генетика тадқиқотлари:**

- Ирсий омилларни, айниқса, оилавий мойиллик ҳолатида аниқлаш.

Сўров натижаларини шарҳлаш:

#### **1. Ахборот таҳлили:**

- Шифокор клиник кўриниш доирасида ўтказилган барча тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилади.

## 2. Диагностиканинг шаклланиши:

- Олинган маълумотларга асосланиб, шифокор якуний ташхисни шакллантиради, бу кейинги чора-тадбирлар тўғрисида қарор қабул қилиш учун асос бўлади.

## 3. Даволашни режалаштириш:

- Ташхис ва барча керакли маълумотларга ега бўлган шифокор даволаш режасини, шу жумладан аралашув ёки процедурани танлашни ишлаб чиқади.

Шуни таъкидлаш керакки, аниқ диагностика босқичлари процедура ёки аралашув турига, шунингдек, беморнинг касаллигининг хусусиятларига боғлиқ бўлиши мумкин.

б) процедура ёки аралашувни ўтказишга қўйиладиган талаблар: процедура ёки аралашувни ўтказиш шартлари тавсифланади (хавфсизлик чораларига, санитария ва эпидемияга қарши режимга риоя қилиш талаблари), асбоб-ускуналар, сарф материаллари, дори-дармонларга қўйиладиган талаблар;

## **Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:**

### 1. Хавфсизлик чоралари:

- Санитария шароитлари: биноларнинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.

- Шахсий ҳимоя воситалари (ППЕ): ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа жиҳозлардан мажбурий фойдаланиш.

- Юқумли касалликларни назорат қилиш: инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

### 2. Санитария-эпидемияга қарши режим:

- Беморлар оқимини ташкил этиш: беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

- Самарали шамоллатиш ва дезинфекция: хона ичидаги тоза ҳавони таъминланг ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилинг.

### 3. Ускунага қўйиладиган талаблар:

- **Замонавий асбоб-ускуналар:** процедура ёки аралашувни амалга ошириш учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- **Мониторинг ва назорат:** орган функцияларини мониторинг қилиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- **Фавқулодда вазиятлар воситалари:** биринчи ёрдам кўрсатиш ва фавқулодда вазиятларга жавоб бериш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

#### 4. Сарф материаллари:

- **Сифатли материаллар:** Асорат ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли материаллардан фойдаланиш.
- **Оптимал фойдаланиш:** Чиқиндиларни камайтириш ва атроф-муҳитга таъсирни камайтириш учун сарф материалларидан самарали фойдаланиш.

#### 5. Дорилар:

- **Керакли дори воситаларининг мавжудлиги:** процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.
- **Яроқлилик муддатини назорат қилиш:** Дори воситаларининг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва керак бўлганда дори-дармонларни алмаштириш.

#### 6. Ходимларни тайёрлаш:

- **Хавфсизлик бўйича тренинг:** Ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши қоидаларга мувофиқ ўқитилиши керак.
- **Малака ошириш:** билим ва кўникмаларни янгилаш учун ходимларни мунтазам равишда ўқитиш ва ўқитиш.

#### 7. Хужжатлар:

- **Тиббий хужжатларни юритиш:** Тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва фойдаланилган материалларни сақланг.

Юқоридаги талабларга риоя қилишни таъминлаш бизга хавфларни минималлаштириш ва тиббий амалиёт хавфсизлиги ва сифатининг юқори стандартини таъминлаш имконини беради.

7) беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни процедура ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек процедурани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита методологияси;

## **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

### **1. Тиббий маълумотлар тарихи:**

- Тиббий тарих: Батафсил тиббий ва ҳаёт тарихи, жумладан, аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонлар.
- Лаборатория текширувлари: умумий қон ва сийдик тестларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлиллар.

### **2. Жисмоний текширув:**

- Умумий ҳолатни баҳолаш: шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказилади.
- Ҳаётий параметрларни ўлчаш: Ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий кўрсаткичларни аниқлаш.

### **3. Психологик қулайликни тайёрлаш:**

- Процедурани тушунтириш: хавотирни камайтириш учун келгуси процедура, унинг мақсади ва кутилган натижалар ҳақида маълумот бериш.
- Маслаҳат: Психологик тўсиқларни бартараф этиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

### **4. Озиқлантириш бўйича тавсиялар:**

- Рўза: Агар керак бўлса, процедура олдида вақтинчалик рўза тутишни буюринг.
- Суюқлик чекловлари: Агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу борада кўрсатма берилиши керак.

### **5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:**

- Гигиена процедуралари: Жараён олдида вақтинчалик гигиена процедуралари бўйича тавсиялар.
- Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш: процедурага халақит бериши мумкин бўлган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

### **6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:**

- Баъзи дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш: Шифокорингиз маълум дори-дармонларни вақтинча тўхтатишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.

- Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш: Агар керак бўлса, беморга процедура олдидан спиртли ичимликлар ва никотинлардан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

### **Жараён ёки аралашув усули:**

#### 1. Ускунани тайёрлаш:

- Асбобларни текшириш ва тайёрлаш: асбобларнинг тозалиги ва функционаллигини дастлабки текшириш.
- Дори-дармонларни текшириш: Керакли дори-дармонлар мавжудлиги ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

#### 2. Анестезияни киритиш (агар керак бўлса):

- Анестезикани тайёрлаш ва қўллаш: Агар беҳушлик керак бўлса, барча хавфсизлик протоколларига риоя қилган ҳолда анестезикани киритинг.

#### 3. Жараённи бажариш:

- Процессуал режага тўғри риоя қилиш: процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- Ҳаётий белгиларнинг мониторинги: па доимий мониторинг.

### **Жараён ёки аралашувга қўйиладиган талаблар:**

#### 1. Хавфсизлик чоралари:

- Санитария шароитлари: биноларнинг тозалиги ва санитария ҳолатини таъминлаш, шу жумладан асбоблар ва сиртларни стерилизация қилиш.
- Шахсий ҳимоя воситалари (ППЕ): ходимлар ва беморларни ҳимоя қилиш учун ниқоблар, қўлқоплар, тиббий халатлар ва бошқа жиҳозлардан мажбурий фойдаланиш.
- Юқумли касалликларни назорат қилиш: инфекцияни олдини олиш чораларига риоя қилиш, шу жумладан мунтазам дезинфекция ва стерилизация.

#### 2. Санитария-эпидемияга қарши режим:

- Беморлар оқимини ташкил этиш: беморлар ўртасидаги алоқани минималлаштириш ва инфекциялар тарқалишининг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш.

- Самарали шамоллатиш ва дезинфекция: хона ичидаги тоза ҳавони таъминланг ва ҳаво ва сирт бўшлиқларини мунтазам равишда дезинфекция қилинг.

### 3. Ускунага қўйиладиган талаблар:

- Замонавий асбоб-ускуналар: процедура ёки аралашувни амалга ошириш учун замонавий ва мос ускуналардан фойдаланиш.
- Мониторинг ва назорат: орган функцияларини мониторинг қилиш тизими, бемор параметрларини кузатиш учун ускуналар мавжудлиги.
- Фавқулодда вазиятлар воситалари: биринчи ёрдам кўрсатиш ва фавқулодда вазиятларга жавоб бериш учун зарур воситаларнинг мавжудлиги.

### 4. Сарф материаллари:

- Сифатли материаллар: Асорат ва инфекцияларнинг олдини олиш учун шприц, игна, қўлқоп каби юқори сифатли материаллардан фойдаланиш.
- Оптимал фойдаланиш: Чиқиндиларни камайтириш ва атроф-муҳитга таъсирни камайтириш учун сарф материалларидан самарали фойдаланиш.

### 5. Дорилар:

- Керакли дори воситаларининг мавжудлиги: процедура учун зарур дори-дармонлар ва анестезикалар мавжудлигини таъминлаш.
- Яроқлилик муддатини назорат қилиш: Дори воситаларининг яроқлилик муддатини мунтазам текшириш ва керак бўлганда дори-дармонларни алмаштириш.

### 6. Ходимларни тайёрлаш:

- Хавфсизлик бўйича тренинг: Ходимлар хавфсизлик чоралари ва эпидемияга қарши қоидаларга мувофиқ ўқитилиши керак.
- Малака ошириш: билим ва кўникмаларни янгилаш учун ходимларни мунтазам равишда ўқитиш ва ўқитиш.

### 7. Ҳужжатлар:

- Тиббий ҳужжатларни юритиш: Тўлиқ ва аниқ тиббий ёзувларни, шу жумладан бажарилган процедуралар ва фойдаланилган материалларни сақланг.

Юқоридаги талабларга риоя қилишни таъминлаш бизга хавфларни минималлаштириш ва тиббий амалиёт хавфсизлиги ва сифатининг юқори стандартини таъминлаш имконини беради.

7) беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни процедура ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек процедурани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита методологияси;

### **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**

#### **1. Тиббий маълумотлар тарихи:**

- Тиббий тарих: Батафсил тиббий ва ҳаёт тарихи, жумладан, аллергия, сурункали касалликлар, олдинги операциялар ва қабул қилинган дори-дармонлар.
- Лаборатория текширувлари: умумий қон ва сийдик тестларини ўтказиш, органларнинг ҳолатини баҳолаш учун биокимёвий таҳлиллар.

#### **2. Жисмоний текширув:**

- Умумий ҳолатни баҳолаш: шифокор процедурага таъсир қилиши мумкин бўлган аломатларни аниқлаш учун физик текширув ўтказилади.
- Ҳаётий параметрларни ўлчаш: Ҳарорат, босим, пулс, нафас олиш тезлиги каби асосий кўрсаткичларни аниқлаш.

#### **3. Психологик қулайликни тайёрлаш:**

- Процедурани тушунтириш: хавотирни камайтириш учун келгуси процедура, унинг мақсади ва кутилган натижалар ҳақида маълумот бериш.
- Маслаҳат: Психологик тўсиқларни бартараф етиш учун саволлар бериш ва маслаҳат олиш имконияти.

#### **4. Озиқлантириш бўйича тавсиялар:**

- Рўза: Агар керак бўлса, процедура олдидан вақтинчалик рўза тутишни буюринг.
- Суюқлик чекловлари: Агар суюқликни чеклаш зарур бўлса, беморга бу борада кўрсатма берилиши керак.

#### **5. Тери ва тўқималарни тайёрлаш:**

- Гигиена процедуралари: Жараён олдидан гигиена процедуралари бўйича тавсиялар.
- Заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш: процедурага халақит бериши мумкин бўлган заргарлик буюмлари ва бошқа нарсаларни олиб ташлаш зарурати.

#### **6. Гиёҳванд моддалар ва моддалардан сақланиш:**

- Баъзи дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш: Шифокорингиз маълум дори-дармонларни вақтинча тўхтатишни ёки қўшимча дори-дармонларни қўшишни тавсия қилиши мумкин.
- Спиртли ичимликлар ва никотиндан воз кечиш: Агар керак бўлса, беморга процедура олдидан спиртли ичимликлар ва никотинлардан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

### **Жараён ёки аралашув усули:**

#### 1. Ускунани тайёрлаш:

- Асбобларни текшириш ва тайёрлаш: асбобларнинг тозалиги ва функционаллигини дастлабки текшириш.
- Дори-дармонларни текшириш: Керакли дори-дармонлар мавжудлиги ва фойдаланишга тайёрлигига ишонч ҳосил қилинг.

#### 2. Анестезияни киритиш (агар керак бўлса):

- Анестезикани тайёрлаш ва қўллаш: Агар беҳушлик керак бўлса, барча хавфсизлик протоколларига риоя қилган ҳолда анестезикани киритинг.

#### 3. Жараённи бажариш:

- Процессуал режага тўғри риоя қилиш: процедуранинг ҳар бир босқичини дастлабки режага мувофиқ бажариш.
- Ҳаётий белгилар мониторинги: Жараён давомида бемор параметрларининг доимий мониторинги.

#### 4. Натижаларни ва ҳужжатларни баҳолаш:

- Сифат ва натижаларни баҳолаш: процедура муваффақиятини ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни баҳолаш.
- Тиббий ҳужжатларни юритиш: Жараённинг барча босқичларини, фойдаланилган материаллар ва дори-дармонларни ҳужжатлаштириш.

#### 5. Жараёндан кейинги тавсиялар:

- Бемор билан маслаҳатлашиш: процедура натижалари ва кейинги тавсиялар ҳақида маълумот бериш.
- Узлуксиз парвариш: керак бўлганда процедурадан кейинги ёрдам ва учрашувларни тақдим этинг.

Жараёни тайёрлаш ва ўтказишнинг бутун жараёни тиббий стандартлар ва протоколларга мувофиқ, ахлоқ ва хавфсизлик тамойилларига риоя қилган ҳолда амалга оширилади.

# **«ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТ ЭПИЛЕПСИЯ ЖАРРОХЛИГИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## 1. Кириш қисм:

### 2. Асосий қисм.

#### 1). Кириш

Замонавий тиббиёт жамиятида эпилепсия муаммосининг долзарблиги даволашни оптималлаштириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун самарали реабилитация ва профилактика протоколларини ишлаб чиқиш зарурлигини таъкидлайди. Эпилепсиянинг дори-дармонларга чидамли шакллари комплекс ёндашувни талаб қиладиган энг мураккаб ва даволаш қийин бўлган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу протокол беморларнинг индивидуал хусусиятларини, касалликнинг босқичини ва қўлланиладиган даволаш усулларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилган тизимли чора-тадбирлар мажмуидир.

Таклиф этилаётган протоколда реабилитация, жумладан, жисмоний фаоллик, парҳез ва психологик ёрдамга алоҳида эътибор қаратилган. Соғлом турмуш тарзи тамойиллари, мунтазам тиббий кўриклар ва ўз-ўзини бошқариш кўникмаларини ўргатиш беморларнинг олдини олиш ва барқарор ҳолатни сақлаш стратегиясида марказий ўрин тутади. Протокол шунингдек, даволаш режасидаги ўзгаришларни ва ҳар бир ҳолатнинг индивидуал динамикасига мувофиқ ёндашувларни тузатишни ҳисобга олади.

Даволаниш самарадорлигини ошириш ва эпилепсия билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида ушбу протокол ушбу тоифадаги беморларга комплекс ва комплекс ёрдам кўрсатиш йўлидаги муҳим қадамдир. Протокол натижалари даволаш ва реабилитациянинг энг яхши натижаларини таъминлаш учун доимий мониторинг ва тузатишга дучор бўлади.

#### 2) Таъриф - профилактика ва реабилитация

**Профилактика** - бу касалликларнинг олдини олишга, соғлиғини яхшилашга ва патологиялар хавфини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар тизими. Эпилепсия контекстида профилактика мунтазам тиббий кўриклар, соғлом турмуш тарзи ва хавф омилларини бартараф этишни ўз ичига олиши мумкин.

Эпилепсия жарроҳлиги контекстида профилактика касалликнинг ривожланишини олдини олиш ёки секинлаштиришга, шунингдек, операциядан кейин асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган. У беморнинг соғлиғини сақлаш ва операциядан олдин унинг ҳолатини оптималлаштиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуасини ўз ичига олади.

**Реабилитация** - касаллик ёки жароҳатлардан кейин жисмоний, когнитив, ижтимоий ва психологик функцияларни тиклаш ёки яхшилашга қаратилган тиббий ёндашув.

Эпилепсия операциясидан кейин реабилитация тананинг функцияларини тиклашга, беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва операциядан кейинги янги шароитларга мослашишга қаратилган. У беморнинг жисмоний, психологик ва ижтимоий тикланишига қаратилган чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади.

### 3) Профилактика ёки реабилитация турлари;

Олдини олиш:

- Кундалик соғлом турмуш тарзи:

Эпилепсиянинг олдини олиш соғлом турмуш тарзини сақлашдан, жумладан, мунтазам жисмоний машқлар ва соғлом овқатланишдан бошланади.

Доимий тиббий кўриклар:

Тизимли тиббий кўриклар ва текширувлар мия саломатлигидаги ўзгаришларни эрта босқичда аниқлашга ёрдам беради.

Хавф омилларидан қочиш:

Чекишни ташлаш, спиртли ичимликларни меъёрида ичиш ва зарарли кимёвий моддалар каби бошқа хавф омилларига таъсир қилишдан қочиш.

Генетика бўйича маслаҳат:

Оила тарихида эпилепсия билан оғриган одамлар учун айниқса муҳимдир. Генетиклар билан маслаҳатлашувлар генетик олд шартлар мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради.

Реабилитация:

Жисмоний реабилитация:

Жисмоний функцияни, мувофиқлаштиришни ва мувозанатни тиклаш учун тизимли жисмоний фаолият ва физиотерапия.

Психологик ёрдам:

Эмоционал стресс билан курашиш ва даволанишдан кейинги ўзгаришларга мослашиш учун индивидуал ва гуруҳли психотерапия.

Ўз-ўзини бошқариш кўникмаларини ўргатиш:

Беморлар ўз ҳолатини қандай бошқаришни, шу жумладан симптомлар ва стресс билан қандай курашишни ўрганадилар.

Ижтимоий реабилитация:

Ижтимоий кўникмалар ва ўзаро муносабатларни тиклаш, шу жумладан оила ва жамиятни қўллаб-қувватлаш.

Дори терапияси:

Когнитив функцияни яхшилаш ва даволанишнинг ён таъсирини энгиш учун дори воситаларидан фойдаланиш.

Профилактик ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги беморнинг индивидуал хусусиятларига ва касалликнинг босқичига боғлиқ, шунинг учун ҳар бир ҳолатга ёндашув шахсийлаштирилиши керак.

**4. Оммавий профилактика тадбирлари ва индивидуал профилактикани ўтказиш тамойиллари;**

Маълумот ва таълим:

Хавф омиллари ва эпилепсиянинг олдини олиш усуллари ҳақида аҳолининг хабардорлигини ошириш учун таълим дастурлари ва кампанияларини ишлаб чиқиш.

Тиббий ёрдамнинг мавжудлиги:

Мия саломатлигидаги мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш учун мунтазам тиббий кўриклар ва скрининглар мавжудлигини таъминлаш.

Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш:

Соғлом турмуш тарзини сақлаш, жумладан, фаол бўлиш, тўғри овқатланиш ва ёмон одатлардан воз кечишга қаратилган акцияларни ўтказиш.

Генетика бўйича маслаҳат:

Оилада эпилепсия тарихи бўлган шахслар учун генетик маслаҳат олиш имкониятини таъминлаш.

Қўллаб-қувватловчи муҳитни яратиш:

Соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватловчи, хавф омилларини камайтирадиган ва тиббий ёрдамдан ўз вақтида фойдаланишни таъминлайдиган жамият муҳитини яратиш.

Шахсий профилактика тамойиллари:

Доимий тиббий кўриклар:

Мия соғлиғидаги мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш учун мунтазам тиббий кўриқдан ўтинг.

Соғлом турмуш тарзи:

Соғлом турмуш тарзини сақлаш, шу жумладан ўртача жисмоний машқлар, мувозанатли овқатланиш ва ёмон одатлардан воз кечиш.

Генетика тадқиқотлари:

Оилада эпилепсияга мойил бўлган тақдирда генетик тадқиқотлар ўтказиш.

Ўз-ўзини текшириш:

Мумкин бўлган аломатларни аниқлаш ва ўз вақтида тиббий ёрдам сўраш учун ўз-ўзини текшириш бўйича тренинг.

Шифокор тавсияларига мувофиқлиги:

Даволаш жараёнида фаол иштирок этиш ва релапс хавфини камайтириш ва мия соғлиғини сақлаш учун шифокор тавсияларига риоя қилиш.

Психологик фаровонлик:

Психологик фаровонликка, жумладан, ҳиссий стрессни энгиш учун маслаҳат ва ёрдамга эътибор қаратинг.

Олдини олиш ва реабилитация қилишнинг барча тамойиллари беморнинг индивидуал эҳтиёжларига ва эпилепсиянинг ўзига хос хусусиятига мослаштирилиши керак, бу интеграциялашган ва шахсийлаштирилган ёндашувнинг муҳимлигини таъкидлайди.

### **3.1. Профилактика усуллари ва усуллари:**

1) профилактика мақсади: эпилепсиянинг олдини олиш мақсади ушбу турдаги хавфли касалликнинг олдини олиш, ривожланиш хавфини камайтириш ва эрта аниқлашдир. Профилактика мақсадининг асосий жиҳатлари қуйидагилардан иборат:

1. Касалликнинг олдини олиш:

Профилактиканинг асосий мақсади эпилепсия ривожланишининг олдини олишдир. Бунга ёмон одатлар, мия шикастланиши ва танадаги бошқа зарарли таъсирлар каби хавф омилларини йўқ қилиш ёки камайтириш орқали эришилади.

2. Эрта аниқлаш:

Профилактик чора-тадбирлар преканцероз ҳолатларни ёки эпилепсиянинг дастлабки босқичларини эрта аниқлашга қаратилган бўлиб, бу даволанишни касалликнинг дастлабки босқичларида, муваффақиятли даволаш имконияти юқори бўлган пайтда бошлаш имконини беради.

3. Касаллик ва ўлимни камайтириш:

Олдини олиш эпилепсия билан касалланишнинг умумий даражасини ва ушбу касалликдан ўлим даражасини камайтиришга қаратилган. Бунга эрта аниқлаш ва даволаш тадбирларини самарали амалга ошириш орқали эришилади.

4. Сифатли турмуш тарзини таъминлаш:

Профилактика ҳам аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини сақлашга қаратилган. Бу соғлом овқатланиш, жисмоний фаолликни рағбатлантириш, ёмон одатлардан воз кечиш ва тиббий кўрикларда фаол иштирок этишни ўз ичига олади.

5. Хавф омилларини самарали бошқариш:

Мақсад, шунингдек, ирсий мойиллик каби хавф омилларини самарали бошқариш, ҳатто юқори хавф остида бўлганларда ҳам эпилепсия ривожланиш эҳтимолини камайтиришдир.

6. Аҳолининг хабардорлигини ошириш:

Профилактиканинг мақсади аҳолининг ўз соғлиғига масъулиятли муносабатда бўлишни рағбатлантириш учун хавф омиллари, аломатлари ва эпилепсиянинг олдини олиш усуллари тўғрисида хабардорлигини оширишдан иборат.

**2) 1-профилактика**

## 1. Таълим кампаниялари:

-Фаолият: Эпилепсиянинг хавф омиллари, белгилари ва олдини олиш усуллари бўйича маърузалар, семинарлар ўтказиш ва ахборот рисолаларини тарқатиш.

-Ким учун: кенг жамоатчилик учун, шу жумладан генетик мойиллиги бўлганлар учун.

-Уни ким ўтказиши керак: тиббиёт мутахассислари, жамоат ташкилотлари ва соғлиқни сақлаш муассасалари.

Қаерда ва қачон: Таълим муассасаларида, тиббиёт марказларида, жамоат жойларида. Улар мунтазам равишда, шу жумладан фаоллик даврида (масалан, эпилепсияга қарши курашда) амалга оширилади.

## 2. Профилактик текширувлар:

-Фаолият: Саратондан олдинги ҳолатлар ва эпилепсиянинг дастлабки босқичларини аниқлаш учун скрининг тадқиқотларини ўтказиш.

-Ким учун: Юқори хавф остида бўлган шахслар учун (масалан, оила тарихи) ва ҳар бир киши учун мунтазам тиббий кўриклар доирасида.

-Ким амалга ошириши керак: Тиббиёт муассасалари ва мутахассислари.

-Қаерда ва қачон: Тиббиёт марказларида, клиникаларда. Хавф омилларига қараб мунтазам текширувлар тавсия этилади.

## 3. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш:

-Фаолият: Соғлом овқатланиш, жисмоний фаоллик ва ёмон одатлардан воз кечиш учун акциялар ўтказиш.

-Ким учун: Жамиятнинг барча аъзолари учун.

-Уни ким ўтказиши керак: жамоат ташкилотлари, тиббиёт мутахассислари, таълим муассасалари.

Қаерда ва қачон: Таълим муассасаларида, тиббиёт марказларида, жамоат жойларида. Мунтазам кампаниялар ва хабардорликни ошириш тадбирлари.

## 4. Генетика маслаҳати:

-Фаолият: Оилада эпилепсия тарихи бўлган шахсларга маслаҳат бериш.

-Ким учун: Оилавий мойиллиги бўлган шахслар ва уларнинг генетик ҳолатини аниқламоқчи бўлганлар учун.

-Уни ким ўтказиши керак: Генетика ва тиббий маслаҳатчилар.

-Қаерда ва қачон: Генетик марказларда ва тиббиёт муассасаларида. Агар керак бўлса, маслаҳатлар мавжуд.

## **5. Соғлом муҳитни яратиш:**

-Фаолият: саломатликни мустаҳкамловчи ва зарарли омиллар таъсирини камайтирадиган ижтимоий муҳитни шакллантириш.

-Ким учун: Жамиятнинг барча аъзолари учун.

-Ким амалга ошириши керак: жамоат ташкилотлари, маҳаллий ҳокимият органлари, тиббиёт муассасалари.

-Қаерда ва қачон: жамоат жойларида, иш жойларида. Доимий ва доимий ташаббуслар.

## **3) скрининг:**

### **Текшириш усуллари:**

#### **1. Магнит-резонанс томография (МРИ):**

- Фойдаланиш зарурати: ирсий мойиллиги бўлган шахслар, шунингдек, қўшимча эътибор талаб қиладиган хавф омиллари ёки аломатлари бўлганлар.

Мақсадли аҳоли: маълум ёшдан ошган шахслар (масалан, 40 ёшдан кейин) ва оилада эпилепсия билан касалланганлар.

-Қаерда амалга оширилади: Тиббиёт марказларида ва ихтисослаштирилган муассасаларда.

#### **2. Компьютер томографияси (КТ):**

- Фойдаланиш зарурати: МРИ мавжуд бўлмаган ёки мумкин бўлмаган ҳолларда ёки баъзи клиник кўрсаткичлар учун.

-Мавзу популяцияси: Худди шундай, юқори хавф остида бўлган шахслар.

-Қаерда амалга ошириш керак: Тегишли жиҳозларга эга тиббиёт муассасаларида.

#### **3. Нейровизуализация:**

-Қўллаш зарурати: Қон томирлари ва мия тузилмалари ҳолатини қўшимча ўрганиш учун.

Объект популяцияси: хавф омиллари аниқланган ёки эпилепсияга шубҳа қилинган беморлар.

-Қаерда ўтказиш керак: Нейрорадиологик марказларда.

Қачон амалга ошириш керак:

Мунтазам равишда: ирсий мойиллиги ёки бошқа хавф омиллари аниқланган шахслар учун.

-Клиник кўрсатмаларига кўра: Аломатлар (тутқичлар) мавжуд бўлганда, шунингдек, шифокор томонидан тавсия этилган ҳолларда.

Скринингни ким олиб боради:

Скрининг усуллари эпилепсия диагностикаси бўйича тажрибага эга юқори малакали тиббиёт мутахассислари томонидан ўтказилиши керак:

-Неурорадиологлар ва радиологлар: МРИ, КТ ва нейроимагинг натижаларини шарҳлаш.

- Нейрологлар ва нейрохирурглар: клиник кўрсаткичларни баҳолаш, натижаларни шарҳлаш ва кейинги даволаниш бўйича қарор қабул қилиш.

**Тиббиёт ходимининг малакасига қўйиладиган талаблар:**

-эпилепсия диагностикаси бўйича ихтисослаштирилган тренинг.

-МРТ, КТ ва нейроимагинг тамойиллари ва усулларини билиш.

- Тасвирни талқин қилиш ва скрининг натижаларини баҳолаш тажрибаси.

-Скрининг натижаларини адекват талқин қилиш учун клиник кўрсаткичлар ва хавф омилларини билиш.

#### **4) 2-профилактика:**

**Тадбир турлари:**

##### **1. Доимий тиббий кўриклар:**

-Ким учун: тутқаноқ тутган ёки даволанган шахслар. Релапс хавфи юқори бўлганлар учун ҳам тавсия этилади.

-Ким олиб бориши керак: невролог, эпилептолог ва тиббиёт мутахассислари.

-Қаерда ва қачон: Тиббиёт муассасаларида, мунтазам равишда, шифокорнинг шахсий режасига мувофиқ.

##### **2. Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинг:**

-Ким учун: тутқаноқ тутган беморлар ва уларнинг яқинлари.

-Ким бажариши керак: Ихтисослашган тиббиёт мутахассислари, шу жумладан ҳамширалар ва психологлар.

-Қаерда ва қачон: Тиббиёт марказларида, реабилитация муассасаларида. Агар керак бўлса, амалга оширилади.

### **3. Психологик ёрдам:**

-Ким учун: эпилепсия билан касалланган беморлар ва уларнинг оила аъзолари.

-Уни ким ўтказиши керак: психотерапевтлар, психологлар ва психология бўйича ўқитилган тиббиёт мутахассислари.

-Қаерда ва қачон: Тиббиёт муассасаларида, реабилитация марказларида, заруратга қараб, бутун даволаниш давомида ва ундан кейин.

### **4. Реабилитация дастурлари:**

-Ким учун: Даволанишдан ўтган беморлар ва жарроҳлик ёки радиация терапиясидан сўнг ўз фаолиятини тиклаши керак бўлганлар.

-Ким бажариши керак: физиотерапевтлар, реабилитация терапевтлари, ҳамширалар.

-Қаерда ва қачон: Реабилитация марказларида, тиббиёт муассасаларида. Даволашнинг фаол босқичи тугагандан сўнг бошланади.

### **Тиббиёт ходимларининг малакасига қўйиладиган талаблар:**

- Неврологлар ва онкологлар: Беморнинг аҳволини баҳолаш, кузатиш режасини ишлаб чиқиш ва керак бўлганда даволанишни сошлаш.

-Психотерапевтлар ва психологлар: ҳиссий ёрдам кўрсатиш, касалликнинг оқибатларини бартараф этиш ва даволашда ёрдам бериш.

-Физиотерапевтлар ва реабилитологлар: тикловчи жисмоний фаолият дастурларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш.

- Ҳамширалар ва таълим бўйича мутахассислар: ўз-ўзини бошқариш бўйича ўқув дастурларини ташкил этиш ва ўтказиш ва беморларга ёрдам кўрсатиш.

Қачон қилиш керак:

- Мунтазам равишда: шифокорнинг индивидуал режасига мувофиқ, шу жумладан даврий тиббий кўриклар ва текширувлар.

- Зарур бўлганда: Психологик қўллаб-қувватлаш ва реабилитация дастурлари даволанишнинг бутун даври давомида ва фаол босқич тугагандан сўнг кўрсатилиши

мумкин.

Иккиламчи профилактика эпилепсияни даволашдан кейин беморларнинг соғлиғи ва ҳаёт сифатини сақлашга, шунингдек, мумкин бўлган асоратлар ва релапсларни ўз вақтида аниқлаш ва тузатишга қаратилган.

### **5) 3-профилактика:**

#### **Тадбирлар турлари:**

##### **1. Тиббий кузатув ва текширув:**

-Ким учун: тутқаноқ тутган ва даволанишдан ўтган, қайталаниш ёки асоратлар хавфи юқори бўлган беморлар.

-Ким олиб бориши керак: Неврологлар, эпилептологлар, рентгенологлар ва керак бўлганда бошқа мутахассислар.

- Қаерда ва қачон: шифокорнинг индивидуал режасига мувофиқ тиббий муассасаларда мунтазам тиббий кўриклар.

##### **2. Психологик ҳолат мониторинги:**

-Ким учун: тутқаноқ касалликлари билан оғриган беморлар, айниқса эмоционал қийинчиликларга дуч келганлар.

-Ким олиб бориши керак: эпилепсия соҳасида тажрибага эга психотерапевтлар ва психологлар.

-Қаерда ва қачон: Тиббиёт муассасаларида ва реабилитация марказларида, вақти-вақти билан ёки беморнинг илтимосига биноан.

##### **3. Реабилитация ва мослашиш дастурлари:**

-Ким учун: Даволанишдан сўнг функцияни тиклаши ва кундалик ҳаётга мослашиши керак бўлган беморлар.

-Уни ким ўтказиши керак: реабилитологлар, физиотерапевтлар ва ҳамширалар.

-Қаерда ва қачон: реабилитация марказларида, агар керак бўлса, даволанишнинг фаол босқичи тугагандан сўнг уйда.

#### **Тиббиёт ходимларининг малакасига қўйиладиган талаблар:**

-Неврологлар ва онкологлар: ҳолатни баҳолаш ва индивидуал мониторинг режаларини ишлаб чиқиш.

-Психотерапевтлар ва психологлар: ҳиссий ёрдам бериш ва психологик фаровонликни кузатиш.

-Реабилитация бўйича мутахассислар ва физиотерапевтлар: тикланиш ва мослашиш дастурларини ишлаб чиқиш.

### **Қачон амалга ошириш керак:**

Мунтазам равишда: индивидуал жадвал ва шифокорнинг кузатув режасига мувофиқ.

- Зарур бўлганда: реабилитация дастурлари ва психологик ҳолат мониторинги беморнинг илтимосига биноан ёки шифокор томонидан зарурат аниқланганда амалга оширилади.

Учинчи даражали профилактика эпилепсияни даволашни тугатгандан сўнг беморларнинг саломатлиги ва ҳаёт сифатини сақлашга қаратилган. Самарали учинчи даражали профилактика мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради ва беморларнинг жисмоний ва психологик реабилитациясини қўллаб-қувватлайди.

### **3.2. Реабилитация усуллари ва усуллари:**

- **реабилитация мақсади:**

#### **1. - Функционалликни тиклаш:**

-Таъриф: ҳаракат қобилиятлари, нутқ, кўриш, эшитиш ва мувофиқлаштириш каби йўқолган функцияларни имкон қадар тиклаш.

Ёндашувлар: Физиотерапия, логопедия, меҳнат терапияси.

#### **2. Психологик фаровонликни қўллаб-қувватлаш:**

-Таъриф: Депрессия, ташвиш ва стресс каби касалликнинг психологик таъсирини камайтириш ва беморга ҳиссий қийинчиликларни энгишда ёрдам бериш.

Ёндашувлар: Психотерапия, маслаҳат, гуруҳли ёрдам.

#### **3. Кундалик ҳаётга мослашиш:**

-Таъриф: Беморга ўзгарган ҳаёт шароитларига мослашишга ёрдам бериш ва нормал фаолиятни тиклашга ёрдам бериш.

-Йўндашлари: Уй шароитида реабилитация қилиш, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш малакаларини ўргатиш.

#### **4. Ҳаёт сифатини яхшилаш:**

-Таъриф: Беморнинг ҳаётдан қониқиш даражасини максимал даражада ошириш, кундалик фаолиятдан қулайлик ва қувончни таъминлаш.

Ёндашувлар: ҳаёт сифатини яхшилаш, ижтимоий қўллаб-қувватлашга қаратилган терапия.

### **5. Тиббий кузатув ва асоратларни олдини олиш:**

-Таъриф: Мумкин бўлган асоратларни аниқлаш ва олдини олиш, саломатлик ҳолатини кузатиш учун мунтазам тиббий кузатув.

Ёндашувлар: мунтазам тиббий кўриклар, керак бўлганда қўшимча тадқиқотлар ўтказиш.

### **6. Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинг:**

-Таъриф: Беморга ўз аҳволини самарали бошқариш, мумкин бўлган чекловларни энгиш ва тикланиш жараёнида фаол иштирок этиш учун билим ва кўникмаларни таъминлаш.

Ёндашувлар: Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинглар, индивидуал маслаҳатлар.

### **7. Ижтимоий интеграция:**

-Таъриф: Беморнинг ижтимоий ва ижтимоий фаолиятга қайтишига ёрдам бериш, тикланиш ва мослашиш жараёнида ёрдам бериш.

Ёндашувлар: Ижтимоий ходимлар билан ишлаш, гуруҳ терапияси, ижтимоий реабилитация.

### **8. Текширувларни давом эттириш ва даволашни оптималлаштириш:**

-Таъриф: беморнинг аҳволи ҳақидаги маълумотларни доимий равишда янгилаб туриш, соғлиғидаги ўзгаришларга мувофиқ даволаш ва реабилитация режасини тузатиш.

Ёндашувлар: Тиббиёт мутахассислари билан мунтазам маслаҳатлашувлар, реабилитация режасини янгилаш.

- Эпилепсия реабилитациясининг мақсадлари соғлиғини максимал даражада тиклашга ва даволанишнинг фаол босқичини тугатгандан сўнг беморларнинг тўлиқ ҳаётини таъминлашга қаратилган.

-Эпилепсия реабилитацияси функционалликни максимал даражада тиклашга эришиш, йўқотилган кўникмаларни қоплаш ва беморга тўлиқ ҳаёт кечириш

қобилиятини таъминлашга қаратилган. Бунга қуйидагилар киради:

### **1. Жисмоний тикланиш:**

Мақсад: восита кўникмаларини, мувофиқлаштиришни, куч ва чидамлилиқни тиклаш ёки яхшилаш.

Ёндашувлар: Жисмоний терапия, мушакларни кучайтириш машқлари, мувозанат ва мувофиқлаштириш машқлари.

### **2. Нутқ терапияси реабилитацияси:**

-Мақсад: Нутқ кўникмаларини тиклаш, нутқни артикуляция ва тушунишни яхшилаш.

-Ёндашувлар: нутқ терапияси машқлари, артикуляция устида ишлаш, мулоқотнинг муқобил усулларига ўргатиш.

### **3. Кўриш ва эшитиш қобилиятини тиклаш:**

Мақсад: кўриш ва эшитиш функцияларини яхшилаш ёки компенсация қилиш.

Ёндашувлар: кўз мушакларини ўргатиш, оптик асбоблар билан ишлаш, кар ва эшитиш қобилияти паст одамлар учун имо-ишора ва ёзма тилларни ўргатиш.

### **4. Психологик ёрдам ва реабилитация:**

-Мақсад: ҳиссий қийинчиликларни энгиш, психологик фаровонлиқни яхшилаш.

Ёндашувлар: Психотерапия, маслаҳат, гуруҳни қўллаб-қувватлаш, дам олиш усулларини ўргатиш.

### **5. Когнитив қобилиятларни ўргатиш:**

Мақсад: хотира, эътибор ва фикрлаш каби бузилган когнитив функцияларни тиклаш ёки компенсация қилиш.

Ёндашувлар: Когнитив реабилитация, ўйин техникаси, хотира ва диққатни ўргатиш.

### **6. Ижтимоий реабилитация:**

-Мақсад: Ижтимоий фаолиятга қайтиш, жамоат ҳаётида иштирок этишни таъминлаш.

Ёндашувлар: Гуруҳ терапияси, мулоқот кўникмаларини ўргатиш, ижтимоий ходимлар билан ишлаш.

### **7. Ўз-ўзини бошқариш ва малака ошириш:**

-Мақсад: Беморни ўз соғлиғини мустақил равишда бошқаришга ва мумкин бўлган чекловларни энгишга ўргатиш.

Ёндашувлар: Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинглари, индивидуал маслаҳатлар, индивидуал реабилитация режаларини яратиш.

## **8. Реабилитация режасини мониторинг қилиш ва тузатиш:**

-Мақсад: Соғлиқни сақлашдаги ўзгаришлар ва эришилган натижаларга мувофиқ реабилитация режасини доимий равишда янгилаб туриш.

Ёндашувлар: Тиббиёт мутахассислари билан мунтазам маслаҳатлашувлар, дастурни жорий эҳтиёжларга мослаштириш.

Реабилитация ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни таъминлайди, уларнинг ўзига хос эҳтиёжлари ва тикланиш мақсадларини ҳисобга олади. Ушбу жараённинг муҳим қисми функционалликни тиклашнинг максимал даражасига эришиш ва беморга оптимал ҳаёт сифатини таъминлашдир.

- Ўткир ривожланган патологик жараённи тугатиш ҳақида гап кетганда, тана функцияларини сақлаб қолиш беморга энг юқори даражадаги саломатлик ва ҳаёт сифатини таъминлашнинг асосий стратегиясига айланади. Бунга қуйидаги жиҳатлар киради:

### **1. Тиббий кузатув:**

-Таъриф: мумкин бўлган ўзгаришлар ёки асоратларни аниқлаш учун беморнинг аҳволини мунтазам равишда тиббий назорат қилиш.

-Ёндашувлар: шифокорга мунтазам ташриф буюриш, кейинги текширувлари, ҳаётий белгиларни кузатиш.

### **2. Саломатлик мониторинги:**

-Таъриф: Даволаш самарадорлигини баҳолаш ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш учун соғлиқни сақлашнинг асосий кўрсаткичларини тизимли ўлчаш ва таҳлил қилиш.

Ёндашувлар: Лаборатория тадқиқотлари, текшириш, функционал тестлар.

### **3. Асоратларнинг олдини олиш:**

• Таъриф: Патологик жараённинг қолдиқ таъсири ёки уни даволаш билан боғлиқ юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш чораларини кўриш.

- Ёндашувлар: Гиёҳванд терапияси, жисмоний терапия, турмуш тарзи тавсиялари.

#### **4. Реабилитация тадбирлари:**

- Тавсиф: функцияни тиклаш ва кундалик ҳаётга мослашишга қаратилган реабилитация дастурларини давом эттириш ёки тугатиш.
- Ёндашувлар: Физиотерапия, логопедия, психотерапия, когнитив қобилиятларни ўргатиш.

#### **5. Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинг:**

- Тавсиф: беморга уларнинг ҳолатини самарали бошқариш, ўзгаришларни аниқлаш ва уларга ўз вақтида жавоб бериш учун зарур бўлган кўникма ва билимларни беради.
- Ёндашувлар: Ўз-ўзини бошқаришни ўргатиш, ахборот ресурслари билан таъминлаш.

#### **6. Психологик ёрдам:**

- Тавсиф: патологик жараёни яқунлаш босқичида беморга ҳамроҳлик қилиш, ҳиссий ёрдам бериш ва юзага келиши мумкин бўлган психологик қийинчиликларни энгишда ёрдам бериш.
- Ёндашувлар: Психотерапия, гуруҳли ёрдам, маслаҳатлар.

#### **7. Кундалик тартиб ва турмуш тарзини оптималлаштириш:**

- Тавсиф: Беморнинг индивидуал хусусиятларини ва унинг саломатлик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда соғлом турмуш тарзини ривожлантириш ва сақлаш.
- Ёндашувлар: кун тартибини ишлаб чиқиш, жисмоний фаоллик, тўғри овқатланиш. Ўткир патологик жараённинг охирида тананинг функцияларини сақлаб қолиш соғлиқнинг барқарорлигини таъминлаш, релапсларнинг олдини олиш ва беморни тўлиқ ҳаёт учун воситалар билан таъминлашга қаратилган. Бу тиббиёт ходимларидан келишилган ёндашувни ва беморни унинг соғлиғи ва келажаги ҳақида қарор қабул қилиш жараёнига қўшишни талаб қилади.

#### **1. - Огоҳлантириш:**

- Тавсиф: Даволаниш тугагандан сўнг янги патологиялар ёки асоратларни ривожланиш хавфини камайтиришга қаратилган фаол чоралар.

- Ёндашувлар: турмуш тарзи, профилактика чоралари, мунтазам тиббий кўриқдан ўтиш.

## **2. Эрта ташхис:**

- Тавсиф: органлар ёки тана тизимларининг фаолиятидаги ўзгаришларни энг эрта босқичларда аниқлаш, улар ҳали жиддий аломатларга олиб келмаган.
- Ёндашувлар: мунтазам тиббий кўриқлар, скрининг тадқиқотлари, касаллик биомаркерларини мониторинг қилиш.

## **3. Мумкин бўлган бузилишларни тузатиш:**

- Тавсиф: саломатликни сақлаш ва касалликнинг ривожланишини олдини олиш мақсадида аниқланган органлар дисфункцияларининг олдини олиш ёки тузатиш учун аралашув.
- Ёндашувлар: дори терапияси, физиотерапия, реабилитация тадбирлари, турмуш тарзини тузатиш.

## **4. Доимий тиббий кўриқлар:**

- Тавсиф: Умумий саломатликни баҳолаш ва тиббий ёрдам талаб қилиши мумкин бўлган ҳар қандай ўзгаришларни аниқлаш учун шифокорга мунтазам ташриф буюриш.
- Ёндашувлар: мунтазам текширувлар, шифокор билан маслаҳатлашиш, ҳаётий белгиларни текшириш.

## **5. Турмуш тарзи ва олдини олиш:**

- Тавсиф: соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш ва органларнинг мумкин бўлган дисфункцияларини ривожланишига ёрдам берадиган хавф омилларининг олдини олиш чоралари.
- Ёндашувлар: Озиқлантириш, жисмоний фаоллик, ёмон одатлардан воз кечиш, эмлаш.

## **6. Скрининг тадқиқотлари:**

- Тавсиф: Муайян органлар дисфункциясини ривожланиш хавфи юқори бўлган шахсларда махсус тестлар ва текширувлар ўтказиш.
- Ёндашувлар: Маммография, колоноскопия, ультратовуш, биомаркер тестлари ва бошқалар.

## **7. Беморларни ўқитиш:**

- Тавсиф: беморларга уларнинг соғлиғини кузатиш, ўзгаришларни эрта аниқлаш ва зудлик билан тиббий ёрдам олиш учун зарур бўлган билим ва кўникмаларни беради.
- Ёндашувлар: Таълим дастурлари, индивидуал маслаҳатлар, ахборот ресурсларидан фойдаланиш.

## **8. Биомаркер мониторинги:**

- Тавсиф: Орган дисфункциясини кўрсатиши мумкин бўлган биомаркерлар даражасини кузатиш учун махсус тестлар ва таҳлиллардан фойдаланади.
- Ёндашувлар: Лаборатория текширувлари, қон ва сийдик таҳлиллари, тиббий технологиялардан фойдаланиш.

Ўткир ривожланган патологик жараённинг тугаши пайтида тананинг функцияларини сақлаб туриш беморга ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш, ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш ва соғлиғининг мақбул даражасини сақлаб қолиш учун бузилишларни самарали тузатишга қаратилган.

## **1. - олдини олиш ва мумкин бўлган ногиронлик даражасини пасайтириш: Профилактика чоралари:**

- Тавсиф: Мумкин бўлган патологияларнинг олдини олишга ва ногиронликка олиб келадиган асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган профилактика дастурларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш.
- Ёндашувлар: турмуш тарзи, эмлаш, мунтазам тиббий кўриқдан ўтиш.

## **2. Эрта ташхис ва даволаш:**

- Тавсиф: Муваффақиятли даволаш ва асоратларни олдини олиш имконияти энг юқори бўлган касаллик ёки шароитларни дастлабки босқичларида аниқлаш.
- Ёндашувлар: Мунтазам текширувлар, скрининг тадқиқотлари, даволанишни ўз вақтида бошлаш.

## **3. Индивидуал реабилитация дастурлари:**

- Тавсиф: Функционалликни тиклаш ва касалликлар оқибатларини минималлаштириш мақсадида беморлар учун шахсий реабилитация режаларини ишлаб чиқиш.
- Ёндашувлар: Физиотерапия, меҳнат терапияси, логопедия, психотерапия.

#### **4. Жисмоний реабилитация ва тарбия:**

- Тавсиф: мушакларни кучайтириш, бўғимларнинг ҳаракатчанлигини сақлаб қолиш ва мушаклар атрофиясининг олдини олиш учун жисмоний машқлар ва машғулотларни бажариш.
- Ёндашувлар: Физиотерапия, тиббий гимнастика, жисмоний реабилитация машғулотлари.

#### **5. Психологик ёрдам:**

- Тавсиф: мумкин бўлган ногиронлик билан боғлиқ ҳиссий ва психологик қийинчиликларни энгиш учун психологик ёрдам кўрсатиш.
- Ёндашувлар: Индивидуал маслаҳатлар, гуруҳ терапияси, ижтимоий ишчиларнинг ёрдами.

#### **6. Ижтимоий реабилитация:**

- Тавсиф: Беморга мумкин бўлган жисмоний чекловларга қарамай, муваффақиятли ижтимоий мослашиш ва жамиятга қўшилиш учун кўникма ва ресурсларни тақдим этади.
- Ёндашувлар: Ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларига ўргатиш, ижтимоий хизматлар томонидан қўллаб-қувватлаш, ижтимоий мослашув бўйича тренинглар.

#### **7. Технологик ёрдам:**

- Тавсиф: жисмоний имконияти чекланган беморнинг кундалик турмушини осонлаштириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун технологик инновациялар ва ёрдамчи воситалардан фойдаланади.
- Ёндашувлар: Тиббий технологиялар, адаптив қурилмалар, ҳаракатланиш воситаларини қўллаш.

#### **8. Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинг:**

- Тавсиф: беморга соғлиғини ва мумкин бўлган ногиронлик билан боғлиқ чекловларни самарали бошқариш учун билим ва кўникмаларни беради.
- Ёндашувлар: Ўз-ўзини бошқариш бўйича тренинглар, индивидуал маслаҳатлар, индивидуал ўз-ўзига ёрдам режаларини яратиш.
- Тавсиф: беморнинг иш қобилиятини сақлаб қолиш ёки тиклаш бўйича чоратадбирларни амалга ошириш ва беморни иш муҳитига интеграция қилиш.

- Ёндашувлар: янги касбий кўникмаларга ўргатиш, бандликни қўллаб-қувватлаш, иш жойига мослашиш.

Мумкин бўлган ногиронликнинг олдини олиш ва камайтириш беморларнинг тўлиқ ва сифатли ҳаётини таъминлаш учун тиббий, психологик, ижтимоий ва технологик жиҳатларни қамраб олувчи турли стратегияларни ўз ичига олади.

## **1. - ҳаёт сифатини яхшилаш;**

### **Жисмоний реабилитация:**

- Тавсиф: мушакларни кучайтириш, ҳаракатчанликни ошириш ва жисмоний тайёргарликни тиклаш учун машқлар ва терапияни тизимли равишда амалга ошириш.
- Ёндашувлар: Физиотерапия, терапевтик машқлар, мутахассислар назорати остида реабилитация.

### **2. Психологик ёрдам ва терапия:**

- Тавсиф: ҳиссий қийинчиликларни энгиш, руҳий фаровонликни яхшилаш ва психологик чидамлилиқни оширишга ёрдам беради.
- Ёндашувлар: Психотерапия, маслаҳат, гуруҳ терапияси.

### **3. Ижтимоий интеграция ва ёрдам:**

- Тавсиф: жамиятга интеграциялашувига кўмаклашиш, ўқиш, ишлаш ва ижтимоий-маданий тадбирларда иштирок этишда ёрдам бериш.
- Ёндашувлар: Ижтимоий реабилитация, ижтимоий хизматлар билан ишлаш, гуруҳ дарслари.

### **4. Ўз-ўзини парвариш қилиш кўникмаларини ўргатиш:**

- Тавсиф: беморларга ўз-ўзини парвариш қилиш ва кундалик вазифаларни энгиш кўникмаларини беради.
- Йўналишлар: Ўз-ўзини бошқаришга ўргатиш, ўз-ўзига хизмат кўрсатиш кўникмаларига ўргатиш.

### **5. Когнитив қобилиятларни ўргатиш:**

- Тавсиф: Кундалик ҳаётда мустақилликни ошириш мақсадида хотира, диққат, фикрлаш каби когнитив функцияларни такомиллаштириш.

- Ёндашувлар: Когнитив тренинг, ўйин техникаси, интеллектуал қобилиятларни ривожлантириш.

## **6. Ҳаёт тарзини оптималлаштириш:**

- Тавсиф: Соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва сақлаш, жумладан, тўғри овқатланиш, мунтазам жисмоний фаоллик ва ёмон одатлардан воз кечиш.
- Ёндашувлар: Индивидуал маслаҳатлар, соғлом турмуш тарзи дастурлари, диетологлар ва тренерлар билан ишлаш.

## **7. Қулай яшаш шароитларини яратиш:**

- Тавсиф: Беморнинг индивидуал эҳтиёжлари ва чекловларини ҳисобга оладиган мослаштирилган яшаш муҳитини таъминлаш.
- Ёндашувлар: уй-жойни реконструкция қилиш, мослаштирувчи қурилмалардан фойдаланиш, яқинларингизни қўллаб-қувватлашга ўргатиш.

## **8. Касбий реабилитация:**

- Тавсиф: ўз-ўзини ҳурмат қилиш ва ҳаётдан қониқишни оширишга ёрдам берадиган янги касбий фаолиятни тиклаш ёки топишда ёрдам.
- Ёндашувлар: бандликка таълим, иш жойига мослашиш, касбга йўналтириш дастурлари.

## **9. Маданий-кўнгилочар тадбирлар:**

- Тавсиф: Маданий, бадиий ва кўнгилочар тадбирларда иштирок этиш.

## **1. - беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаш:**

### **Жисмоний фаоллик ва машғулотлар:**

- Тавсиф: Жисмоний тайёргарликни сақлаш ёки яхшилаш, ишлаш ва ҳаракатчанликни сақлаш учун мушаклар ва бўғинларни мустаҳкамлаш.
- Ёндашувлар: индивидуал жисмоний реабилитация машғулотлари, мослаштирилган жисмоний тайёргарлик.

### **2. Доимий тиббий кўриклар:**

- Тавсиф: Беморнинг соғлиғини тизимли мониторинг қилиш, дастлабки босқичларда муаммоларни аниқлаш ва уларни ўз вақтида даволаш.

- Ёндашувлар: вақти-вақти билан шифокорга ташриф буюриш, текширувлар, назорат тестлари.

### **3. Асоратларнинг олдини олиш:**

- Тавсиф: Асосий касаллик ёки саломатлик ҳолати билан боғлиқ юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш чораларини кўриш.
- Ёндашувлар: Профилактик даволаш, мунтазам эмлашлар, тиббий тавсияларга амал қилиш.

### **4. Оғриқ ва симптомларни бошқариш:**

- Тавсиф: Беморнинг ишлашига таъсир қилиши мумкин бўлган оғриқ ва бошқа аломатларни самарали назорат қилинг.
- Ёндашувлар: дори терапияси, физиотерапия, оғриқни йўқотишнинг муқобил усуллари.

### **5. Иш ва яшаш майдонининг эргономикаси:**

- Тавсиф: Максимал қулайлик ва хавфсизликни таъминлаш учун беморнинг жисмоний чекловларига мос келадиган муҳитни мослаштиради.
- Ёндашувлар: Адаптив технологиялар, иш жойини реконструкция қилиш, эргономик мебелдан фойдаланиш.

### **6. Ўз-ўзини бошқариш ва кўникмаларга ўргатиш:**

- Тавсиф: Беморни ўз соғлиғини мустақил равишда бошқаришга, кунини режалаштиришга ва мумкин бўлган ўзгаришларга жавоб беришга ўргатиш.
- Ёндашувлар: Ўз-ўзини бошқаришни ўргатиш, индивидуал режаларни ишлаб чиқиш, тиббиёт мутахассислари билан маслаҳатлашиш.

### **7. Психологик фаровонликни қўллаб-қувватлаш:**

- Тавсиф: Ахлоқий ва иш фаолиятини яхшилаш учун ҳиссий барқарорлик ва психологик ёрдам беради.
- Ёндашувлар: Психотерапия, гуруҳни қўллаб-қувватлаш, стрессга қаршилик кўрсатиш тренинги.

### **8. Ижтимоий инклюзия ва жамият:**

- Тавсиф: Ижтимоий алоқаларни мустаҳкамлаш учун ижтимоий фаолликни ва жамоат тадбирларида иштирок этишни қўллаб-қувватлайди.

- Ёндашувлар: Гуруҳ дарслари, ижтимоий тадбирлар, ижтимоий ходимлар билан ишлаш.

## **9. Ишончли ижтимоий мавқени таъминлаш:**

- Тавсиф: Ишни сақлаб қолиш ёки топишда ёрдам, ижтимоий фаоллик ва жамиятда иштирок этиш.

### **1. -беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси:**

Ижтимоий ва меҳнат реабилитацияси:

- Тавсиф: беморнинг жисмоний ва когнитив имкониятларини ҳисобга олган ҳолда ишга қайтишига ёрдам бериш.
- Ёндашувлар: касбга йўналтириш, ишга тайёрлаш, иш жойини мослаштириш.

### **2. Ижтимоий мослашув бўйича тренинглари:**

- Тавсиф: бошқалар билан муваффақиятли мулоқот қилиш, мулоқот қилиш ва ижтимоий-маданий ҳаётда иштирок этиш учун зарур бўлган кўникмаларни ўргатиш.
- Ёндашувлар: Гуруҳ машғулоти, индивидуал тренинглари, ролли ўйинлари.

### **3. Ижтимоий ёрдам ва гуруҳ терапияси:**

- Тавсиф: бемор тажриба алмашиши, бошқалардан ёрдам олиши ва ижтимоий кўникмаларни ривожлантириши мумкин бўлган гуруҳ фаолиятида иштирок этиш.
- Ёндашувлар: Гуруҳ терапияси, ёрдамчи сессиялар, тажриба алмашиш.

### **4. Оммавий тадбирларда иштирок этиш:**

- Тавсиф: Беморнинг жамиятдаги маданий, спорт ва маърифий тадбирларда фаол иштирокини рағбатлантириш.
- Ёндашувлар: саёҳатлар ташкил этиш, кўрганларга ташриф буюриш, ижтимоий-маданий дастурларга жалб қилиш.

### **5. Ижтимоий алоқаларни яратиш:**

- Тавсиф: Дўстлар, оила ва ҳамкасбларни ўз ичига олган ижтимоий алоқаларни ўрнатиш ва сақлашга ёрдам беради.
- Ёндашувлар: учрашувлар ташкил этиш, психолог билан мулоқот қилиш, ижтимоий қўллаб-қувватлаш тармоғи.

### **6. Жамиятдаги мустақиллик:**

- Тавсиф: Беморни жамиятдаги кундалик ишларни мустақил бажаришга ўргатиш, масалан, харид қилиш, дўконга бориш ёки жамоат транспортида юриш.
- Ёндашувлар: Ўз-ўзини парвариш қилишни ўргатиш, ижтимоий ходимларни қўллаб-қувватлаш.

### **7. Ўзаро таъсир кўникмаларини ўргатиш:**

- Тавсиф: Бошқалар билан муваффақиятли мулоқот қилиш, жумладан мулоқот қилиш, низоларни ҳал қилиш ва муносабатларни ўрнатиш кўникмаларини ривожлантиради.
- Ёндашувлар: шахслараро муносабатлар бўйича тренинглар, индивидуал маслаҳатлар.

### **8. Инклюзив таълим ва маданий мослашув:**

- Тавсиф: Таълим ва маданият муассасаларининг ижтимоий-маданий хусусиятларига ўрганиш ва мослашишда ёрдам бериш.
- Ёндашувлар: Инклюзив дастурлар, маданий меъёрларга ўргатиш, ўқув муҳитига мослашиш.

### **9. Ижтимоий интеграция лойиҳалари:**

- Тавсиф: Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграциялашувига ёрдам берадиган махсус лойиҳалар ва дастурларда иштирок этиш.
- Йўналишлар: Ижтимоий лойиҳаларда иштирок этиш, ижтимоий интеграция дастурларини ишлаб чиқиш, кўнгиллиликни рағбатлантириш.

Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграциялашуви комплекс ёндашувни, шу жумладан қўллаб-қувватлашни талаб қилади.

## **4. Профилактика ва реабилитациянинг 3 турига кўрсатмалар (профил бўйича кўрсатилган).**

### **1. Олдини олиш:**

- Умумий кўрсатмалар:
- Мия шишларига генетик мойиллик.
- Эпилепсия ривожланиш хавфини ошириши мумкин бўлган ўтмишдаги касалликлар.

- Ноқулай атроф-муҳит омилларига доимий таъсир қилиш (зарарли кимёвий моддалар, радиация).
- Бирламчи профилактиканинг олдини олиш:
- Генетикаси бўлган болалар ва ўсмирлар.
- Юқори хавфли муҳитда (кимё саноати, радиация манбалари) ишлайдиган шахслар.
- Иккиламчи профилактиканинг олдини олиш:
- Эпилепсия учун муваффақиятли даволанишдан ўтган беморлар.
- Бош мия жароҳати олган шахслар.
- Учинчи даражали профилактика:
- Эпилепсия операциясидан кейинги беморлар
- Эпилепсиянинг қайталанишини бошдан кечираётган шахслар.

## **2. Реабилитация:**

- Умумий кўрсаткичлар:
- Операциядан ўтган беморлар.
- Эпилепсия туфайли жисмоний ва когнитив функциялари заифлашган шахслар.
- Бирламчи профилактика реабилитацияси:
- Эпилепсияни муваффақиятли даволашдан сўнг болалар ва ўсмирлар.
- Операциядан кейин тикланишни талаб қиладиган беморлар.
- Иккиламчи профилактика реабилитацияси:
- ҳаракат ёки когнитив бузилишлари бўлган беморлар.
- Учинчи даражали профилактик реабилитация:
- Эпилепсиянинг қайталанишини бошдан кечирган ва қайта даволанишдан ўтган беморлар.
- Операциядан кейин асоратларни бошдан кечирган шахслар.

## **3. Ижтимоий реабилитация:**

- Умумий кўрсаткичлар:

- Эпилепсия касаллигини даволашдан сўнг ижтимоий фаолликни тиклаш ва жамиятга қўшилишга муҳтож беморлар.
- Бирламчи профилактиканинг ижтимоий реабилитацияси:
- эпилепсия касаллигидан даволанаётган ва ижтимоий мослашув муаммоларига дуч келган болалар ва ўсмирлар.
- Ўзгарган вазиятга мослашиш учун ёрдами зарур бўлган оилалар.

## **5.1. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (далилли тиббиётга асосланган халқаро стандартларга мувофиқ);**

### **1. Генетик мойиллик:**

- Мезон:
- Эпилепсия ривожланиш хавфи ортиши билан боғлиқ генетик мутациялар мавжудлиги.
- Эпилепсиянинг тасдиқланган ҳолатларининг оилавий тарихи.
- Сабаб: Халқаро клиник кўрсатмалар ва генетик тадқиқотлар ортиб бораётган генетик хавфни тасдиқлайди.

### **2. Атроф-муҳит омиллари:**

- Мезон:
- Эпилепсия хавфини оширадиган канцерогенлар ёки кимёвий моддаларга таъсир қилиш мумкин бўлган касбий фаолият.
- Радиация даражаси юқори ёки бошқа экологик хавф-хатарларга эга ҳудудларда яшаш.
- Сабаб: касбий ва экологик хавфларни баҳолашнинг халқаро стандартлари, эпилепсия билан боғлиқлигини тасдиқловчи тадқиқотлар натижалари.

### **3. Олдинги касалликлар ва даволаш:**

- Мезон:
- Эпилепсиядан олдинги касалликлар тарихи (масалан, травматик мия шикастланиши, генетик синдромлар).
- Янги эпилепсия ривожланиш хавфини кўрсатиши мумкин бўлган бошқа органларда ўсмаларнинг олдинги ҳолатлари.

- **Сабаб:** Халқаро клиник кўрсатмалар, олдинги касалликларга чалинган беморлар ҳақидаги маълумотларнинг ретроспектив таҳлиллари.

#### **4. Ёш ва жинс омили:**

- **Мезон:**
- Ёш ўсиши билан эпилепсия хавфи ортади.
- Эпилепсиянинг айрим турларига жинсий мойиллик.
- **Асос:** Эпидемиологик маълумотлар, ёш ва жинс гуруҳлари бўйича статистик маълумотларни таҳлил қилиш.

#### **5. Скрининг тадқиқотлари натижалари:**

- **Мезон:**
- Скрининг тадқиқотлари давомида преканцероз ҳолатларни ёки эпилепсиянинг дастлабки шакллари аниқлаш.
- Тиббий текширувлар вақтида эпилепсия ривожланишининг юқори хавфини аниқлаш.
- **Асос:** скрининг бўйича халқаро тавсиялар, скрининг самарадорлиги бўйича клиник тадқиқотлар натижалари.

#### **6. Аломатлари ва клиник кўриниши:**

- **Мезон:**
- эпилепсиянинг мумкин бўлган ривожланишини кўрсатадиган ўзига хос клиник белгилар мавжудлиги.
- кўшимча текширувлар зарурлигини кўрсатадиган янги белгиларнинг пайдо бўлиши ёки мавжуд белгиларнинг кучайиши.
- **Асос:** Клиник экспертиза, халқаро.

#### **5.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари (ишлаш, ногиронлик ва саломатликнинг халқаро таснифига мувофиқ халқаро шкалалар).**

Реабилитация жараёнларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш учун фаолият, ногиронлик ва саломатликнинг халқаро таснифига (ИСФ) мос келадиган халқаро шкалалар қўлланилади. Мана бир нечта асосий мезонлар:

### **1. Функционал баҳолаш шкаласи (ФИМ):**

- Мезон:
- Беморнинг ўзига хизмат кўрсатиш даражаси.
- Ҳаракат қилиш ва ҳаракатчан бўлиш қобилияти.
- Ахборотни ўрганиш ва ундан фойдаланиш қобилияти.
- Мантикий асос: ФИМ турли функцияларни бажаришда мустақиллик даражасини баҳолаш ва реабилитация тадбирлари кўламини аниқлаш учун ишлатилади.

### **2. Даражани қайта кўриб чиқиш шкаласи (Ранчо Лос Амигос):**

- Мезон:
- Атроф-муҳитга онг ва реакция даражаси.
- Маълумотни ўрганиш ва эслаб қолиш қобилияти.
- Ҳаракат бузилиши ва мувофиқлаштириш даражаси.
- Сабаб: шкала мия оғир шикастланган беморларнинг аҳволини баҳолаш ва реабилитация босқичини аниқлаш учун ишлатилади.

### **3. Функционал ҳолатнинг халқаро таснифи (ИСФ) шкаласи:**

- Мезон:
- Жисмоний функциялар (мотиллик, сезгирлик).
- Психологик функциялар (когнитив жараёнлар, эмоционал ҳолатлар).
- Ҳаётини фаолиятда иштирок этиш (кундалик кўникмалар, таълим).
- Мантикий асос: ИСФ реабилитация тадбирлари кўламини аниқлашга ёрдам бериш учун функция, чеклаш ва иштирокни таснифлаш учун тизимли ёндашувни тақдим этади.

### **4. Глазго кома шкаласи:**

- Мезон:
- Беморнинг кўзларини очиш.
- Беморнинг оғоҳлантиришларга оғзаки муносабати.
- Беморнинг моторли реакциялари.

- Мантиқий асос: Глазго шкаласи бош жароҳатининг оғирлигини ва онгни йўқотиш даражасини аниқлаш учун ишлатилади.

## **5. Оғриқни баҳолаш шкаласи (визуал аналог шкала, рақамли баҳолаш шкаласи):**

- Мезон:
- Беморнинг оғриғининг интенсивлиги.
- Оғриқнинг табиати.
- Оғриқнинг функционал ҳолатга таъсири.
- Мантиқ: Оғриқни баҳолаш оғриқ белгиларини энгиллаштириш учун реабилитация жараёнларига бўлган эҳтиёжни аниқлаши мумкин.

## **6. Когнитив баҳолаш шкаласи (Монреал когнитив баҳолаш, Мини-ақлий ҳолат имтиҳони):**

- Мезон:
- Когнитив функцияларни, жумладан хотира, диққат, тил қобилиятларини баҳолаш.
- Когнитив танқислик даражаси.
- Мантиқий асос: Когнитив баҳолаш когнитив қобилиятларни яхшилаш учун реабилитация тадбирлари даражасини аниқлашга ёрдам беради.

Муайян тарозиларни танлаш зарарнинг табиатига, касалликнинг турига, клиник кўринишга ва реабилитация мақсадларига боғлиқ. Турли халқаро миқёслардан комплекс фойдаланиш реабилитация босқичини ва зарур процедуралар ҳажмини аниқроқ аниқлаш имконини беради.

## **6. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари (тиббий реабилитация босқичлари ва ҳажмлари, шунингдек, профилга мувофиқ уларни амалга оширувчи тиббий ташкилотлар кўрсатилган).**

Тиббий реабилитация бир неча босқичларга бўлинади, уларнинг ҳар бири муайян ҳажмдаги процедураларни таъминлайди ва турли тиббий ташкилотларнинг ҳамкорлигини ўз ичига олади.

### **1. Фаол тиббий реабилитация босқичи:**

- Жараёнлар доираси:

- Ҳаракат кўникмаларини тиклаш учун физиотерапевт билан индивидуал ва гуруҳ машғулотлари.
- Мушакларни мустаҳкамлаш ва ҳаракатларни мувофиқлаштиришни тиклаш учун терапевтик машқлар.
- Когнитив функция ва хотирани яхшилаш учун терапия.
- Агар керак бўлса, тиббий массаж ва терапевтик сузиш.
- Ташкилотлар:
- Физиотерапевтик марказлар.
- шифохоналарнинг реабилитация бўлимлари.
- кўп тармоқли реабилитация хизматларига эга тиббиёт марказлари.

## **2. Секин-аста тикланиш ва мустаҳкамлаш босқичи:**

- Жараёнлар доираси:
- Жисмоний чидамликни ошириш учун интенсив машғулотлар.
- Когнитив функцияларни тиклаш учун махсус дастурлар.
- Агар керак бўлса, нутқ терапевти билан ишлаш.
- Психологик фаровонликни қўллаб-қувватлаш учун маслаҳат.
- Ташкилотлар:
- физиотерапевтик ва соғломлаштириш хизматларига эга реабилитация марказлари.
- Мия касалликларини тиклашда ихтисослашган ёрдам учун неврологик клиникалар.

## **3. Ижтимоий реабилитация босқичи:**

- Процедуралар доираси:
- Ижтимоий мослашув ва мулоқот бўйича тренинглар.
- Психо-ижтимоий ёрдам сессиялари ва маслаҳатлар.
- Ишга қайтиш ва кундалик ишларга тайёргарлик дастурлари.
- Қўллаб-қувватлаш ва тажриба алмашиш учун гуруҳ сеанслари.
- Ташкилотлар:

- Касалхоналар ва тиббиёт марказларида ижтимоий хизматлар.
- Ижтимоий инклюзияга қаратилган реабилитация муассасалари.
- Реабилитация қилинган беморларни ўқитиш ва ишга жойлаштириш дастурлари.

#### **4. Хизмат кўрсатиш ва назорат қилиш босқичи:**

- Жараёнлар доираси:
- Саломатлик ҳолатини назорат қилиш учун даврий тиббий кўриклар.
- Шифокорлар ва реабилитация бўйича мутахассислар билан индивидуал маслаҳатлашувлар.
- Жисмоний фаоллик ва машғулотларни давом эттириш.
- Эришилган натижаларни сақлаб қолиш учун гуруҳ синфлари.
- Ташкилотлар:
- реабилитация хизматлари кўрсатувчи амбулатория ва поликлиникалар.
- Фаол реабилитация тугагандан сўнг парваришlash ва қўллаб-қувватlash дастурлари билан тиббий марказлар.
- Қўллаб-қувватlash ва ўз-ўзига ёрдам гуруҳлари.

Реабилитациянинг ҳар бир босқичи беморнинг индивидуал эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда ишлаб чиқилади ва босқичлар орасидаги ўтиш аввалги фаолиятнинг самарадорлиги ва соғлиғининг ҳозирги ҳолатига боғлиқ.

#### **7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатувчи диагностика тадбирлари:**

1) далиллар даражасини кўрсатадиган асосий диагностика чоралари;

##### **1. Магнит-резонанс томография (МРИ):**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Миянинг МРИ юмшоқ тўқималарни визуализация қилишнинг юқори аниқликдаги усули бўлиб, хипокампал склероз, кисталар, қон томир ўзгаришлари ва юқори сезувчанлик ва ўзига хосликка эга бўлган бошқа патологияларни аниқlash имконини беради.

##### **2. Компьютер томографияси (КТ):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: КТ турли текисликларда тасвирларни беради ва ўсмалар, қон кетишлар ва суяк аномалиялари каби структуравий ўзгаришларни аниқлаш учун ишлатилади.

### **3. Электроэнцефалография (ЭЭГ):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: ЭЭГ мианинг электр фаоллигини қайд этади, бу эпилепсия, онгнинг бузилиши ва бошқа неврологик касалликларни ташхислашда фойдалидир.

### **4. Генетика текшируви:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Генетика текшируви эпилепсия ривожланиш хавфи билан боғлиқ генетик мутациялар мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради.

### **5. Мианинг рентгенограммаси:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Радиография аниқлиги бўйича МРИ ва КТдан пастроқ, аммо суяк тузилмаларини умумий баҳолаш учун ишлатилиши мумкин.

### **6. Мия хосиласи биопсияси:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: биопсия мидаги структуравий ўзгаришлар турини ва унинг хусусиятларини аниқ аниқлаш имконини беради, бу даволашни режалаштириш ва прогноз қилиш учун муҳимдир.

### **7. Функционал тадқиқотлар (Функционал МРИ, ПЭТ):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Ушбу тестлар турли огоҳлантиришларга жавобан мия фаолиятини баҳолаш учун ишлатилади ва реабилитацияни режалаштиришда фойдали бўлиши мумкин.

### **8. Нейропсихологик тест:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Нейропсихологик тестлар когнитив функцияларни, жумладан хотира, диққат ва ижро этувчи функцияларни баҳолаш учун ишлатилади.

## **9. Миянинг ангиографияси:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Ангиография миянинг қон томирларини кўриш ва аневризмалар ёки томир ўсмалари каби томирлардаги ўзгаришларни аниқлаш учун ишлатилади.

## **2) далиллар даражасини кўрсатувчи қўшимча диагностика чоралари.**

### **1. Магнит-резонанс ангиография (МРА):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: МРА мия томирларининг батафсил тасвирларини беради ва стеноз, тромбоз ва аневризмалар каби қон томир патологияларини ташхислаш учун ишлатилади.

### **2. Позитрон эмиссия томографияси (ПЭТ):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: ПЭТ мия метаболизмини баҳолаш имконини беради, бу миянинг гипометаболик ёки гиперметаболик ҳудудларини аниқлаш ва уларнинг фаолиятини баҳолашда фойдали бўлиши мумкин.

### **3. Допплер ультратовушли ангиография:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Мия томирларида қон оқимини баҳолаш учун ишлатилади. Стеноз, тромбоз ва бошқа қон томир аномалликларни аниқлашда фойдали бўлиши мумкин.

### **4. МР спектроскопияси:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Тўқималарнинг кимёвий таркибини таҳлил қилиш учун ишлатилади, бу ўсмаларни ташхислаш ва уларнинг хусусиятларини баҳолашда ёрдам беради.

### **5. Функционал МРИ (фМРИ):**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: фМРИ реал вақтда мия фаолиятини ўлчайди ва функционал ҳудудларни хариталаш ва жарроҳлик аралашувларни режалаштириш учун фойдали бўлиши мумкин.

### **6. Транскраниал доплер ультратовушли ангиография:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Миядаги қон оқимини ўлчаш ва қон томирларининг ҳолатини баҳолаш учун ишлатилади, бу қон томир бузилишларни ташхислашда муҳим бўлиши мумкин.

### **7. Спектрал электроэнцефалография (СЭЭГ):**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: СЭЭГ эпилепсия ташхисда фойдали бўлиши мумкин бўлган миядаги электр фаоллиги манбаларини аниқроқ локализация қилиш ва ўрганиш учун ишлатилади.

### **8. Контрастли эхоэнцефалография:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Контрастли эхоэнцефалография контраст моддалар ёрдамида мия тузилмаларини кўриш учун ишлатилади.

### **9. Термал тасвир диагностикаси:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: миядаги ҳарорат ўзгаришини баҳолаш учун ишлатилади, бу яллиғланиш жараёнлари ва бошқа патологияларни ташхислашда фойдали бўлиши мумкин.

### **10. Оптик когнитив томография:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Оптик когнитив томография миядаги қон оқимини ўлчайди, бу турли шароитларда мия фаолиятини баҳолашда фойдали бўлиши мумкин.

### **8. Даражани кўрсатувчи тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси:**

**1) далиллар даражасини кўрсатувчи асосий профилактика ёки реабилитация чоралари;**

#### **1. Жисмоний фаоллик ва физиотерапия:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Мунтазам машқлар, жумладан, мўътадил ва мослаштирилган жисмоний терапия дастурлари мушакларни кучайтиришга, мувофиқлаштиришни яхшилашга ва умумий жисмоний тайёргарликни сақлашга ёрдам беради.

## **2. Терапевтик гимнастика:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Муайян мушак гуруҳларини тиклаш ва мустаҳкамлаш учун мўлжалланган мақсадли машқлар, айниқса парезлар ёки мувофиқлаштиришни йўқотиш ҳолатларида.

## **3. Нутқ терапияси:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: нутқ ва мулоқот кўникмаларини тиклаш ёки яхшилашга қаратилган, айниқса нутққа таъсир қиладиган жароҳатлар ҳолатларида.

## **4. Эпилепсияни жарроҳлик йўли билан даволаш:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Эпилепсияни жарроҳлик даволаш, кейин реабилитация. Ушбу усул эпилептоген фокуснинг турига ва жойлашишига қараб тавсия этилиши мумкин.

## **5. Кимётерапия ва радиация терапияси:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: мия шишларининг айрим турларини даволаш учун ишлатилади. Даволаш жарроҳлик билан биргаликда амалга оширилиши мумкин.

## **6. Логопед ва невропсихолог билан реабилитация машғулотлари:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Когнитив функцияни тиклаш, йўқолган кўникмаларни қоплашни ўрганиш ва ҳиссий фаровонликни қўллаб-қувватлашга қаратилган индивидуал ёки гуруҳ машғулотлари.

## **7. Психоижтимоий ёрдам дастурлари:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Беморлар ва уларнинг оилалари учун психологик ёрдам, маслаҳат ва қўллаб-қувватлаш гуруҳларида иштирок этишни таъминлайди.

## **8. Реконструктив жарроҳлик:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.

- Тавсиф: Функция ва ташқи кўринишни яхшилаш учун эпилепсия операциясидан кейинги каби реконструктив жарроҳлик амалиётлари.

## **9. Дори терапияси:**

- Далиллар даражаси: Турли.
- Тавсиф: соқчиликни назорат қилиш, асоратларни олдини олиш ёки беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш учун дори воситаларидан фойдаланиш.

## **10. Қайта тикловчи таълим дастурлари ва ҳаётий кўникмаларга ўргатиш:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: беморларни ўз-ўзини парвариш қилиш кўникмаларига ўргатади, адаптив технология ва кундалик ҳаёт кўникмаларини ўргатади.

## **11. Оилалар учун ихтисослаштирилган дастурлар:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Беморларни парвариш қилиш, психологик ёрдам ва янги шароитларга мослашишда ёрдам бериш ҳақида оилаларни ўргатиш.

## **12. Гиёҳванд моддаларни қайта тиклашнинг олдини олиш (агар фойдаланилган бўлса):**

- Далиллар даражаси: Турли.
- Тавсиф: эпилепсиянинг айрим турларининг қайталанишини олдини олиш ёки уларнинг такрорланиш хавфини камайтириш учун дори воситаларидан фойдаланиш.

## **13. Ижтимоий интеграция дастурлари:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Беморларни жамиятга интеграция қилишга қаратилган хизматлар ва дастурларни тақдим этади, жумладан, бандликни қўллаб-қувватлаш ва ижтимоий кўникмаларни ўргатиш.

## **2) далиллар даражасини кўрсатувчи қўшимча профилактика ва реабилитация тадбирлари.**

### **1. Арт терапия ва мусиқа терапияси:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.

- Тавсиф: санъат ва мусикадан ифода, дам олиш ва когнитив рағбатлантириш воситаси сифатида фойдаланиш.

## **2. Ароматерапия:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: ҳиссий ҳолатга ижобий таъсир кўрсатиши мумкин бўлган қулай ҳаво муҳитини яратиш учун ароматик мойлардан фойдаланиш.

## **3. Тренинг билан машғулотлар:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: кўникмаларни ривожлантириш, когнитив функцияни ва ижтимоий фаолиятни сақлашга қаратилган таълим дастурларида беморларнинг иштирокини ўз ичига олади.

## **4. Видео терапия:**

- Далиллар даражаси: паст.
- Тавсиф: Когнитив жараёнларни рағбатлантириш ва визуал идрокни яхшилаш учун видео материаллардан фойдаланиш.

## **5. Ёга ва медитация:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Ёга ва медитация машқлари жисмоний ва ҳиссий фаровонликни яхшилашга ёрдам беради.

## **6. Виртуал ҳақиқат технологиялари:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: мувофиқлаштиришни яхшилаш, восита функциясини тиклаш ва кундалик ҳаёт кўникмаларини ўргатиш учун реабилитация дастурларида виртуал ҳақиқатдан фойдаланиш.

## **7. Психотерапия ва маслаҳат:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Психотерапия машғулотлари ва маслаҳатлар касалликнинг ҳиссий ва психологик жиҳатларини энгишга ёрдам беради.

## **8. Қайта тиклаш ўйинлари:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Когнитив функциялар ва восита кўникмаларини ривожлантириш учун махсус компьютер дастурлари ва стол ўйинларидан фойдаланиш.

### **9. Меҳнат терапияси:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Меҳнат терапияси беморни кундалик вазифаларни бажаришга ўргатиш ва ўз-ўзини парвариш қилиш кўникмаларини яхшилашга қаратилган.

### **10. Сексологик маслаҳат:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Беморнинг касалликдан кейинги ҳаётининг жинсий жиҳатлари бўйича маслаҳат ва ёрдам бериш.

### **11. Хотира ва когнитив қобилиятларни ўргатиш:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: Когнитив жараёнларни, жумладан хотира, эътибор ва фикрлашни яхшилаш учун тизимли тренинг.

### **12. Мослашувчан технологиялардан фойдаланиш:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: беморларни кундалик вазифаларни осонлаштириш учун мослаштирилган технологиялар ва қурилмалардан фойдаланишга ўргатади.

### **13. Нозик восита кўникмаларини ривожлантириш бўйича тадбирлар:**

- Далиллар даражаси: Юқори.
- Тавсиф: нозик восита кўникмаларини ва эпчилликни ривожлантириш учун махсус машқлар ва машғулотлар.

### **14. Асоратларнинг гиёҳвандлик профилактикаси:**

- Далиллар даражаси: Турли.
- Тавсиф: Даволаш ёки жарроҳликдан кейин асоратлар хавфини камайтириш учун дори воситаларидан фойдаланиш.

### **15. Оила терапияси:**

- Далиллар даражаси: Ўртача.
- Тавсиф: Беморни яхшироқ тушуниш ва қўллаб-қувватлаш учун оила аъзоларининг терапия машғулотида иштирок этиши.

## **9. Профилактик ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари (ишлаш, ногиронлик ва саломатликнинг халқаро таснифи бўйича халқаро миқёсга мувофиқ реабилитация натижалари).**

### **1. Функционал кўрсаткичлар:**

- Функционаллик, ногиронлик ва саломатликнинг халқаро таснифи (ИСФ) балли:
- Жисмоний фаоллик даражасини яхшилаш ёки сақлаш.
- мотор функциялари ва мувофиқлаштиришни тиклаш ёки такомиллаштириш.

### **2. Когнитив кўрсаткич:**

- ИСФ бўйича бақҳолаш:
- Хотира, эътибор ва фикрлаш каби когнитив функцияларни яхшилаш.
- Йўқотилган кўникмаларнинг ўрнини қоплаш ва ўз-ўзини бошқариш стратегияларини ишлаб чиқиш учун тренинг.

### **3. Ҳиссий фаровонлик:**

- ИСФ бўйича бақҳолаш:
- Депрессия ва ташвиш даражасининг пасайиши.
- Ҳаётдан қониқиш ва психососял мослашув даражасининг ошиши.

### **4. Ижтимоий интеграция:**

- ИСФ бўйича бақҳолаш:
- Ижтимоий кўникмалар ва ўзаро муносабатлар яхшиланди.
- Ишга қайтиш ёки кундалик ҳаёт учун янги кўникмаларни ўрганиш.

### **5. Физиология кўрсаткичи:**

- ИСФ бўйича бақҳолаш:
- саломатликни барқарорлаштириш ва асоратларни олдини олиш.
- Қон босими, пульс ва нафас олиш каби физиологик кўрсаткичларни яхшилаш.

## **6. Ҳаёт сифати:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Ҳаёт сифати ва ундан қониқишнинг умумий баҳоси.
- Кундалик вазифаларни бажариш ва ҳаётдан завқланиш қобилияти.

## **7. Автономия ва ўз-ўзига хизмат кўрсатиш даражаси:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Ўз-ўзини сақлаш ва мустақиллик кўникмаларини ўргатиш.
- ёрдамсиз оддий ҳаёт кечириш қобилияти.

## **8. Даволаш ва реабилитация жараёнидан қониқиш:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Бемор ва унинг оиласини реабилитация натижаларидан қониқишини бақҳолаш.
- Тавсиялар ва даволаш тавсияларига мувофиқлиги.

## **9. Оддий фаолиятга қайтиш самарадорлиги:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Қайта тикланган беморнинг кундалик фаолиятига, ишига ва ижтимоий масъулиятига қайтиш қобилияти.

## **10. Релапслар ва асоратларнинг частотасини камайтириш:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Тиббий кўрсаткичларни яхшилаш ва касалликнинг қайталанишининг олдини олиш.
- Мумкин бўлган асоратларни олдини олиш учун соғлиқни сақлашни самарали бошқариш.

## **11. Ўз-ўзини англаш ва касалликни тушуниш даражаси:**

- ИСФ буйича бақҳолаш:
- Бемор ва унинг оиласини тавсияларга амал қилиш ва ўз соғлиғини бошқариш муҳимлиги ҳақида ўргатиш.

## **12. ташқи кўринишга боғлиқлик даражаси:**

- ИСФ буйича баҳолаш:
- Тиббий ва ижтимоий ёрдамга қарамликнинг камайиши.

Ушбу кўрсаткичлар биргаликда профилактика ва реабилитация тадбирларининг самарадорлигини комплекс баҳолаш учун ишлатилиши мумкин.

## **"ЭПИЛЕПСИЯ ФАРМАКОРЕСИСТЕНТ ШАКЛЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАЛЛИАТИВ ДАВОСИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.**

Тошкент – 2025 йил

1. Кириш қисм:

**2. Асосий қисм.**

**Кириш.** Эпилепсия учун паллиатив тиббий ёрдам, гарчи у жарроҳлик даволаш ва реабилитация фонида парадоксал бўлса ҳам, ўзининг муҳим жойига эга. У барча мавжуд даволаш чораларидан кейин ҳам ўз хужумлари устидан тўлиқ назоратга эриша олмаган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган.

Эпилепсияда паллиатив ёрдам соқчиликни тўлиқ назорат қила олмаган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашда муҳим рол ўйнайди. Бу беморларга сурункали касалликка қарамасдан тўлиқ ҳаёт кечириш имконини беради.

**Таъриф.**

**Паллиатив ёрдам** - бу оғир, даволаб бўлмайдиган касалликларга чалинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган тиббиётдаги алоҳида ёндашув. У ҳар қандай нархда ҳаётни узайтиришга эмас, балки беморнинг қолган вақтини имкон қадар қулай ўтказиши учун оғрик, азоб ва бошқа аломатларни энгиллаштиришга қаратилган.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

**Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари:**

1. Симптомларни бартараф этиш: Оғрик, бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш ва эпилепсия билан боғлиқ бошқа аломатлардан самарали халос бўлишни таъминланг.

2. Психологик саломатликни қўллаб-қувватлаш: Сурункали касаллик шароитида беморлар ва уларнинг оилаларига психологик ёрдам.

3. Ҳаётнинг муносиб сифатини сақлаб қолиш: давом этаётган сурункали касаллик билан ҳам беморларнинг ҳаёт сифатини максимал даражада ошириш.

4. Умумий соғлиқни сақлашни оптималлаштириш: соғлиқни сақлашни ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш, шу жумладан парваришлаш, мулоқот ва қарорлар қабул қилишда ёрдам.

### **Паллиатив ёрдам тадбирлари:**

1. Оғриқни назорат қилиш:

- Оғриқ интенсивлиги шкаласи ёрдамида оғриқни индивидуал баҳолаш.
- Адекват фармакологик терапия ва оғриқни йўқотишнинг бошқа усулларини белгилаш.

2. Симптоматик даволаш:

- Семптомларни бартараф этиш учун антиконвулсанлар, қусишга қарши, аналжезиклар ва бошқа препаратларни қўллаш.
- Ҳар бир беморнинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда даволанишга индивидуал ёндашиш.

3. Психологик ёрдам:

- Беморлар ва уларнинг яқинлари учун психологик маслаҳатлар.
- Қўллаб-қувватлаш ва тажриба алмашиш учун гуруҳ сессиялари.

**Хулоса:** Эпилепсияда паллиатив ёрдам - максимал қулайликни таъминлаш ва уларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган беморларни парвариш қилишнинг муҳим йўналиши. Радикал даволаш усулларининг йўқлиги беморлар ва уларнинг оила аъзоларининг жисмоний ва ҳиссий эҳтиёжларини қондиришга қаратилган комплекс тиббий аралашув зарурлигини истисно этмайди.

### **2) Ушбу нозология жараёнида ривожланган синдромнинг таърифи;**

Ушбу нозология жараёнида ривожланган синдром касалликнинг ривожланиши натижасида пайдо бўладиган ёки кучайиб борувчи аломатлар ва белгилар мажмуасидир. Ушбу синдром патологик жараёнга узоқ муддатли таъсир қилиш натижасида вужудга келган ўзгаришларни акс эттирувчи турли хил клиник кўринишларни ўз ичига олиши мумкин.

Ушбу синдромни муайян нозология контекстида аниқлаш диагностика, оғирлик даражасини баҳолаш ва оптимал даволаш стратегиясини танлаш учун муҳим бўлиши мумкин бўлган характерли хусусиятларни аниқлаш ва хужжатлаштириш имкониятини беради. Ушбу ёндашув, шунингдек, соғлиқни сақлаш мутахассисларига мумкин бўлган асоратларни башорат қилиш ва бошқариш ва касалликнинг эволюциясига қараб даволаш режасини мослаштиришга ёрдам беради.

Ушбу нозология жараёнида ривожланадиган синдром ўсимта турига, унинг жойлашган жойига, ривожланиш босқичига ва атрофдаги тўқималарга ва тана тизимларига таъсирига қараб фарқ қилиши мумкин. Бундай синдромлар оғрик белгилари, органлар ва тизимларнинг дисфункцияси, диагностика ва даволашга комплекс ва индивидуал ёндашувни талаб қиладиган психологик ва ижтимоий жиҳатларни ўз ичига олиши мумкин.

**3) Таснифлаш (агар босқичлар бўйича мавжуд бўлса).** Эпилепсия таснифида "босқичлар" тушунчаси тўлиқ тўғри қўлланилмайди. Эпилепсия сурункали касаллик бўлиб, саратон каби ривожланишнинг аниқ белгиланган босқичларидан ўтмайди.

### ***3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари:***

Паллиатив тиббий ёрдам муассасасига ётқизиш учун кўрсатмалар ўзига хос касаллик, касалликнинг босқичи, клиник белгилари ва беморнинг индивидуал эҳтиёжларига қараб фарқ қилиши мумкин. Бироқ, умумий маънода, паллиатив ёрдам муассасасида касалхонага ётқизиш қуйидаги ҳолларда тавсия этилиши мумкин:

#### **1. Симптомларни кучайиши:**

- Уйда тутқаноқ ва бошқа жисмоний аломатларни бартараф этишда қийинчилик.
- Симптомларни бартараф этишнинг фақат шифохона шароитида мавжуд усулларига эҳтиёж.

#### **2. Психологик муаммолар:**

- Психологик ва ижтимоий ёрдамга, шу жумладан психолог, ижтимоий ишчи ёки бошқа мутахассисларнинг маслаҳатига эҳтиёж.
- Уйда касалликнинг эмоционал жиҳатлари билан курашишда қийинчиликлар.

#### **3. Ихтисослашган тиббий ёрдамга эҳтиёж:**

- Паллиатив тиббиётда тажрибали мутахассислар томонидан профессионал тиббий баҳолаш ва даволаниш зарурати.
- Ихтисослашган тиббий аралашувни талаб қиладиган мураккаб клиник ҳолатлар.

#### **4. Тиббий назорат зарурати:**

- Касалликнинг ривожланишини кузатиш ва терапияни коррекциялаш учун мунтазам тиббий назорат талаб қилинади.

- Тез-тез тиббий аралашувни талаб қиладиган касалликнинг ривожланиши.

5. **Уй шароитида парвариш қилиш имкониятлари чекланган:**

- Уйда тўғри парвариш ва қулайликни таъминлай олмаслик.
- Фақат стационар муассасаларда мавжуд ихтисослашган ёрдамга эҳтиёж.

6. **Комплекс паллиатив хизматлар:**

- Беморга кенг қамровли паллиатив ёрдамга мухтож, бу эса стационар шароитда янада самаралироқ таъминланиши мумкин.

Паллиатив ёрдам кўрсатиш касалликнинг мураккаб ҳолатларини янада самарали бошқариш имкониятини беради, шунингдек, бемор ва унинг оиласига зарур ёрдам кўрсатади.

### 3.2 паллиатив ёрдам кўрсатадиган ташкилотда касалхонага ётқизиш шартлари.

Паллиатив ёрдам кўрсатиш ташкилотига қабул қилиш шартлари ўзгариши мумкин ва беморнинг ўзига хос эҳтиёжларига, касалликнинг хусусиятларига ва тиббиёт ходимларининг қарорларига боғлиқ. Паллиатив ёрдам муассасасига ётқизишни талаб қилиши мумкин бўлган баъзи умумий шартлар:

1. **Симптомларни бошқариш қийинлиги:**

- Уй шароитида етарли даражада бартараф этилмайдиган тутқанок хуружи.

- Кўнгил айланиши, қусиш, нафас олиш муаммолари ва бошқалар каби етарли даражада назорат қилинмаган жисмоний аломатлар.

2. **Профессионал тиббий кўриқдан ўтиш зарурати:**

- Ихтисослашган тиббий аралашувни талаб қиладиган мураккаб клиник ҳолатлар.

- Қўшимча диагностик тадқиқотлар ва маслаҳатларга эҳтиёж.

3. **Уй шароитида парвариш қилиш йетарли эмаслиги:**

- Уйда йетарли даражада парвариш қила олмаслик.

- Профессионал тиббий назорат ва парвариш зарурати.

4. **Ҳар томонлама қўллаб-қувватлашга эҳтиёж:**

- Касалликнинг жисмоний, психологик ва маънавий томонларини энгиллаштиришни ўз ичига олган кенг қамровли паллиатив ёрдамга эҳтиёж.

- Ҳамширалар, ижтимоий ишчилар ва маънавият етакчилари каби мутахассисларнинг ёрдами талаб қилинади.

5. **Кэнгайтирилган тиббий баҳолаш:**

- Тез-тез ва интенсив тиббий баҳолаш ва мониторинг талаб этилади.

- Доимий мониторинг ва коррекцияни талаб қилувчи прогрессив клиник белгилар.

Беморга энг яхши ёрдам кўрсатиш ва уларнинг эҳтиёжлари ва аломатларини янада самарали бошқариши мумкин бўлган муҳитда ёрдам кўрсатиш учун паллиатив ёрдам кўрсатиш муассасасига қабул қилиш таклиф қилиниши мумкин.

#### 4. *Диагностика меъзонлари*

1) шикоятлар ва анамнез (тўлик);

##### **Шикоятлар:**

1. **Бош оғриғи:**

- Характер (пулсацияланувчи, ҳаракатдан, доимий).
- Оғрикни локализацияси.
- Интенсивлик (0 дан 10 гача бўлган шкалада).

2. **Кўнгил айниши ва қусиш:**

- Частотаси ва интенсивлиги.
- Озиқ-овқат ёки дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқлик.

3. **Тутқаноқ ва парестезиялар:**

- Тутқаноқлар тавсифи (давомийлиги, локализацияси).
- Жимирлаш, уйишиш, милтиллаш ҳисси.

4. **Кўриш ва ешитиш қобилиятининг бузилиши:**

- Бузилиш даражаси (кўришнинг йўқолиши, иккита кўриш, тиннитус).
- Вақтинчалик хусусиятлар.

5. **Мувофиқлаштириш ва мувозанат муаммолари:**

- Мувозанат билан боғлиқ қийинчилик.
- Ҳаракатда қийинчилик.

6. **Нутқ ва ҳиднинг ўзгариши:**

- Сўзларни талаффуз қилишда қийинчилик.
- Ҳидни йўқотиш ёки ҳидларни идрок этишнинг ўзгариши.

7. **Рухий аломатлар:**

- Депрессия, ташвиш.
- Уйқусираш, уйқусизлик.

8. **Тизимли аломатлар:**

- Иштаҳа йўқотиш ва вазн йўқотиш.
- Гипертермия ёки гипотермия.

##### **АНАМНЕЗ:**

1. **Тиббий тарих:**

- Олдинги касалликлар.
- Оила ва ирсий тарих.

2. **Қабул қилинган дорилар:**

• Қабул қилинган барча дори-дармонлар рўйхати, жумладан, дозаси ва частотаси.

3. **Зарарли одатлар:**

• Чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ёки гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш.

4. **Профессионал тарих:**

- Зарарли меҳнат шароитлари.
- Касбий фаолият билан боғлиқ мумкин бўлган сабаблар.

5. **Охирги жароҳатлар ёки ҳодисалар:**

• Мавжуд ҳолатга таъсир қилиши мумкин бўлган ҳар қандай жароҳатлар, ноодатий ҳодисалар ёки воқеалар.

## 6. **Репродуктив тарих:**

- Аёллар учун: хайз даври, ҳомиладорликлар, туғишлар.
- Еркакларда: потенция ва репродуктив саломатлик билан боғлиқ муаммолар.

## 7. **Инвазив муолажалар ва жарроҳлик аралашувлар:**

- Ҳар қандай олдинги операциялар ёки инвазив муолажалар. Қўшимча маълумотлар бемор билан юзма-юз мулоқот орқали ёки қўшимча махсус тадқиқотлар учун заруриятлар мавжуд бўлса, тўпланиши мумкин.

## **2) Умумий, физикавий текширув;**

### **УМУМИЙ текширув:**

#### 1. **Умумий кўриниш:**

- Тери рангини, кўринадиган шиллиқ пардаларни, гидрация даражасини баҳолаш.

- Мимика, имо-ишоралар, поза.

#### 2. **Ҳаётий кўрсаткичлар:**

- Тана ҳароратини ўлчаш.
- Қон босимини ўлчаш.
- Юрак уриши ва нафас олиш тезлигини баҳолаш.

#### 3. **Бошнинг умумий текшируви:**

- Оғриқ, аномалиялар ва шишишларни аниқлаш учун бош терисини пальпация қилиш.

- Сочлар, бош териси, яралар, тошмалар мавжудлигини баҳолаш.

#### 4. **Лимфа тугунларини текшириш:**

- Бўйин, субмандибулар, аксилляр, клавикуляр ва ингуинал соҳаларда лимфа тугунларини пальпация қилиш.

#### 1. **Объектив курик. Умумий ва физикал текширувлар**

#### 2. **Неврологик текширув:**

- Координация тестлари (масалан, бармоқ-бурун синови, товон-тизза синови).
- Рефлексларни ва сезгирликни баҳолаш.

Умумий ва физик текширув шифокорга беморнинг аҳоли ҳақида кенг маълумот беради ва аниқроқ ташхис қўйиш учун инструментал тадқиқотлар билан тўлдирилиши мумкин.

3) паллиатив ёрдам кўрсатадиган ташкилотда касалхонага ётқизишдан олдин ўтказиладиган синдромни аниқлаш учун зарур бўлган лаборатория текширувлари;

Паллиатив ёрдам муассасасига ётқизилишдан олдин ўтказилган лаборатория текширувлари касалликнинг белгилари, клиник кўринишлари ва шубҳали сабабларига қараб фарқ қилиши мумкин. Бироқ, эпилепсия билан боғлиқ синдромларда қуйидаги лаборатория тестлари фойдали бўлиши мумкин:

#### 1. **Клиник қон текшируви:**

- **Умумий қон анализи (УҚА):** Эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар, гемоглобин ва бошқа кўрсаткичлар сони ҳақида маълумот беради. Аномалиялар яллиғланиш ёки анемия мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

#### 2. **Қон кимёвий анализи:**

- **Умумий оксил ва албумин:** Улар тананинг умумий ҳолатини ва мумкин бўлган дисбалансларнинг мавжудлигини баҳолашга имкон беради.

- **Жигар ва буйрақлар фаолиятининг маркерлари:** Масалан, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевино микдори.

### 3. Умумий сийдик таҳлили (УСТ):

- Буйрак ёки сийдик йўллариининг функционал бузилишлари билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган қон, оксил, хужайралар ва бошқа аномалияларнинг мавжудлигини аниқлаш имконини беради.

### 4. Коагулограмма:

- Тромбоэмболик асоратлар хавфини баҳолаш учун қон коагуляцияси тизимини ўрганиш мумкин.

### 5. Гормонлар даражасини аниқлаш:

- Масалан, мия ўсмалари учун муҳим бўлиши мумкин бўлган гипофиз гормонлари (пролактин, ўсиш гормони) даражасини аниқлаш.

### 6. Онкомаркерлар:

- **АФП (альфа фетопротеин), СЕА (карциноэмбрион антигени), СА 19-9 (карсиноэмбрион антигени 19-9):** Ушбу белгиларнинг даражасини аниқлаш ўсма жараёнини аниқлашга ёрдам беради.

### 7. Цереброспинал суюқлик таҳлили:

- эпилепсияни, яллиғланиш ёки инфекция билан боғлиқ ўзгаришларни излаш учун цереброспинал суюқлиги таҳлилинини лумбал пункция орқали амалга оширилиши мумкин.

### 8. Генетик мутацияларни ўрганиш:

- эпилепсиянинг ирсий шакллари билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган генетик аномалияларни аниқлаш (эпилептик синдромлар).

Ушбу лаборатория текширувлари шифокорларга беморнинг аҳволи ҳақида қўшимча маълумот олиш ва тўғридан-тўғри даволанишга ёрдам беради, бу айниқса паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизилганида муҳимдир.

4) паллиатив ёрдам кўрсатадиган ташкилотда касалхонага ётқизишдан олдин синдромларини аниқлаш учун зарур бўлган инструментал тадқиқотлар.

Паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизишдан олдин ўтказилган инструментал тадқиқотлар мия ўсмалари билан боғлиқ синдромнинг сабабларини аниқроқ ташхислаш ва аниқлашга қаратилган. Тавсия этилиши мумкин бўлган баъзи типик инструментал тадқиқотлар:

### 1. МРТ (магнит-резонанс томография):

- Мия тузилмаларини батафсил визуализация қилиш ва структур ўзгаришлар мавжудлигини, унинг ҳажмини, жойлашини ва атрофдаги тўқималарга инвазия даражасини аниқлаш имконини беради.

### 2. КТ (Миянинг компьютер томографияси):

- Мия тўқималаридаги ўзгаришларни, шу жумладан ўсмалар, қон томир ва бошқа аномалияларни аниқлаш учун ишлатилади.

### 3. Электроэнцефалография (ЭЭГ):

- Миянинг электр фаоллигини қайд этиш. Ушбу тест эпилепсия фаолияти билан боғлиқ электр фаоллигидаги ўзгаришларни аниқлашга ёрдам

беради.

4. **Позитрон эмиссион томографияси (ПЭТ):**

- Мия тўқималарида метаболик фаолликни аниқлаш ва ўсимта мавжудлигини кўрсатиши мумкин бўлган ўзгартирилган фаолият соҳаларини аниқлаш учун ишлатилиши мумкин.

5. **Миянинг ангиографияси:**

- Қон айланишининг бузилиши, аневризма ёки қон томир ўсмаларини аниқлаш учун контраст восита ёрдамида мия томирларини текшириш.

6. **Лумбал пункция (орқа мия пункцияси):**

- Таҳлил қилиш учун церебриспинал суюқлиги намунасини олиш имконини беради. Инфекцион, яллиғланиш ёки айрим турдаги ўсмаларга шубҳа бўлса, бу муҳим бўлиши мумкин.

7. **Функционал тестлар:**

- Аломатларга қараб, функционал қобилиятларни баҳолаш учун кўриш, ешитиш, координация ва бошқалар каби функционал тестлар киритилиши мумкин.

8. **Ўсимта биопсияси:**

- Агар иложи бўлса ва хавфсиз бўлса, ўсимта турини ва унинг генетик таркибини яхшироқ тавсифлаш учун ўсимта тўқималарининг намунасини олиш учун биопсия ўтказилиши мумкин.

Ушбу инструментал тадқиқотлар шифокорларга ўсимтанинг табиатини, унинг атрофдаги тўқималарга таъсирини аниқроқ аниқлашга ёрдам беради ва паллиатив ёрдам ташкилотида касалхонага ётқизилишидан олдин беморнинг умумий ҳолатини баҳолайди.

**5. Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари.**

Паллиатив ёрдам оғир ва давосиз касалликларга чалинган беморларга сифатли ғамхўрлик ва ёрдам кўрсатишга қаратилган. Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари беморлар ва уларнинг яқинларининг даволаниш пайтида ёки ҳаётнинг сўнгги босқичларида ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Паллиатив ёрдамнинг асосий мақсадларидан баъзилари:

1. **Симптомларни бартараф этиш:**

- Оғриқ, кўнгил айнаши, нафас қисилиши, депрессия ва бошқалар каби касалликнинг жисмоний, эмоционал ва психо-ижтимоий белгиларини самарали бартараф этиш.

2. **Ҳар томонлама ёрдам кўрсатиш:**

- Беморларнинг эҳтиёжларини тўлиқ қондириш учун тиббий, психологик, ижтимоий ва маънавий ёрдам кўрсатиш.

Паллиатив ёрдамнинг мақсадлари оғир ва даволаб бўлмайдиган касалликларга дучор бўлган беморларга максимал қулайлик, қўллаб-қувватлаш ва ҳаёт сифатини таъминлашга қаратилган.

**6. Паллиатив ёрдам кўрсатиш тактикаси:**

1) дори-дармонсиз даволаш (режим, парҳез): Ташхисот ва даво бўлимига қаранг.

2) **Медикаментоз даволаш:** Ташхисот ва даво бўлимига қаранг.

**7. Жарроҳлик** (унинг асосланиш тавсифи зарур: маълум бир давр учун дори-дармонларни даволаш самарасиз бўлган тақдирда, паллиатив даволаш самарадорлигининг асосий кўрсаткичларида ижобий динамика бўлмаса).

**Жарроҳлик аралашувининг асослари:**

Паллиатив ёрдам кўрсатиш шароитида, агар тиббий даволаниш симптомларни йетарли даражада назорат қилинмаса ёки паллиатив ёрдам самарадорлиги яхшиланмаса, жарроҳлик вариант сифатида кўриб чиқилиши мумкин. Паллиатив шароитда жарроҳлик амалиётини ўтказиш тўғрисидаги қарор беморнинг ҳаёт сифати ва эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда процедуранинг фойдасини синчковлик билан баҳолашга асосланган бўлиши керак. Мана бир нечта асосий мантиқий асослар:

**1. Медикаментоз даволашнинг самарасизлиги:**

- Агар тиббий даволаниш симптомларни етарли даражада енгиллаштирмаса ва паллиатив ёрдамнинг мақсадларига эришмаса, жарроҳлик кўшимча стратегия сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

**2. Ижобий динамиканинг йўқлиги:**

- Агар паллиатив ёрдам самарадорлигининг асосий кўрсаткичлари вақт давомида яхшиланишни кўрсатмаса, жарроҳлик симптомларни бошқариш ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун алтернатив ёндашувни тақлиф қилиши мумкин.

**3. Баъзи симптомларни назорат қилиш:**

- Тутқаноқ хуружлари частотасини жарроҳлик йўли билан ҳал қилиниши мумкин бўлган бошқа муаммолар каби баъзи аломатларни назорат қилиш зарурати туғилганда жарроҳлик кафолатланиши мумкин.

**4. Асоратларнинг олдини олиш:**

- Беморнинг ҳаёт сифатига путур етказиши мумкин бўлган асоратларни ривожланиш хавфи мавжуд бўлган ҳолларда, ушбу асоратларни олдини олиш ёки юмшатиш учун жарроҳлик амалиёти талаб қилиниши мумкин.

**5. Индивидуал ёндашув:**

- Операцияни ўтказиш тўғрисидаги қарор индивидуал бўлиши керак ва беморнинг хоҳиш-истакларини ва унинг қариндошлари билан келишилган ҳолда, фойда ва хавфларни синчковлик билан таҳлил қилишга асосланган бўлиши керак.

Паллиатив ёрдам контекстида жарроҳлик амалиётини давом еттириш тўғрисидаги қарор бемор, оила ва соғлиқни сақлаш гуруҳи ўртасида ҳар қандай инвазив муолажалар касалликнинг терминал босқичларида қулайликни таъминлаш ва ҳаёт сифатини яхшилашнинг умумий мақсадларига жавоб беришини таъминлаш учун яқин ҳамкорликни талаб қилади.

**Паллиатив жарроҳлик:**

а) каллосотомия;

б) Кўп субпиал кесиклар;

**Кўплаб субпиал насечкалар.**

Ушбу паллиатив жарроҳлик усули эпилептоген зона функционал жиҳатдан муҳим ҳудудда жойлашган ва резекция қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Ушбу концепция горизонтал кортикал алоқанинг бузилиши пароксизмал оқимнинг тарқалишини олдини олишига асосланади ва вертикал йўналтирилган толаларни сақлаб қолиш - функционал нуқсонларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади.

Ушбу процедурадан сўнг, беморларнинг 55-65 фоизида ҳужумлар частотасини 50% дан кўпроқ камайтиришга еришиш мумкин, бунда кўплаб субпиал кесмаларни лезённинг қўшимча резекцияси билан бирлаштириш мумкин, беморларнинг 56 фоизида ҳужумларни назорат қилиш; беморларнинг 75-85% да ҳужумлар частотаси 95% дан кўпроқ камаяди.

### **Каллозотомия.**

Катталарда каллозотомия камдан-кам қўлланилади. Каллозотомия умумий, симптоматик, дори-дармонларга чидамли эпилепсия ва бир неча турдаги тутқаноқли беморларда амалга оширилади: тоник, атоник, умумий тоник-клоник, абсанс тутилишлар ва камроқ тез-тез ўчоқли тутилишлар. Каллозотомия кўпинча Леннох-Гастаут синдроми бўлган беморларда амалга оширилади. Жарроҳликнинг мақсади ҳужумнинг бир ярим шардан иккинчисига тарқалишини олдини олишдир. Шикастланишга олиб келадиган тоник ва атоник тутилишлар бошқа турдаги тутилишларга қараганда кўпроқ даволанади. "Ажралиш синдроми" нинг ривожланишининг олдини олиш учун каллозотомия икки босқичда амалга оширилади: биринчи босқичда олдинги икки ёки учтаси узилиб қолади, агар тутилишни назорат қилишнинг иложи бўлмаса, иккинчи босқич - постериор учдан бир қисмини ажратиш.

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас;

2) эксперт маълумотлари: асосий муаллифлар - Кариев Г.М., Ахдиев М.М., Хасилбеков Н.Х., Бурнашев М.И. , Хожиметов Д.Н.

3) баённомани кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш: протоколни ишлаб чиқилганидан кейин 3 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш;

## АДАБИЁТЛАР

1. Клиническое руководство по диагностике и лечению эпилепсии у взрослых МЗРУз16.04.2013
2. ИСД содинг фор эпилепсий: Паст, презент, анд футуре. А репорт бй тхе Интернационал Леагуе Агаинст Эпилепсий Таск Форсе он ИСД содес ин эпилепсий. Натхалие Жетте, Этторе Бегхияталл. Эпилепсия, 56(3):348–355, 2015;
3. Роберт С. Фишер эт ал Эпилептис сеизуре анд Эпилепсий: Дефинитионс Пропосед бй ИЛАЕ анд ИБЕ. Эпилепсия 46(4); 470-472, 2005;
4. Дефинитион оф друг ресистант эпилепсий: Сонсенсус пропосал бй тхе ад хос Таск Форсе оф тхе ИЛАЕ Коммиссион он Тхерапеутис Стратегиес. Патриск Кван, Алехис Арзиманоглоу эт алл. Эпилепсия, 51(6):1069–1077, 2010;
5. А прастисал слинисал дефинитион оф эпилепсий. Роберт С. Фишер эт ал. Эпилепсия, 55(4):475–482, 2014;
6. Коммиссион сlassифисатион анд терминилогй оф тхе Интернационал Леагуе Агаинст Эпилепсий. Пропосал фор ревисед слинисал анд элестроэнсепхалограпхис сlassифисатион оф эпилептис сеизурес. Эпилепсия, 1981;22:489-501;
7. Ревисед терминологй анд сонсептс фор организатион оф сеизурес анд эпилепсиес: Репорт оф тхе ИЛАЕ Коммиссион он Сlassифисатион анд Терминологй, 2005–2009. Анне Т. Берг, Самуел Ф. Берковис, Мартин Ж. Бродие, Ж. Хелен Сросс эт алл. Эпилепсия, 51(4):676–685, 2010;
8. Тхе Эпилепсиес. Тхе диагносис анд манагемент оф тхе эпилепсиес ин адултс анд чилдрен ин примарй анд сесондарй саре. Национал Слинисал Гуиделинес Сентер анд Национал Институте слинисал Ехселленсе. 2012;
9. Слинисал Аспестс оф тхе Кетогенис Диет. Адам Л. Хартман анд Эилеен П. Г. Вининг. Эпилепсия, 48(1):31–42, 2007;
10. Упдатеде ИЛАЕ эвиденсе ревиеу оф антиэпилептис друг эффисасй анд эффестивенесс ас инициал монотхерапй фор эпилептис сеизурес анд сйндромес.

Трасй Глаусер эт алл фор тхе ИЛАЕ субсоммиссион оф АЕД Гуиделинес. Эпилепсия, 1–13, 2013;

11. Диагносис анд манагемент оф эпилепсий ин адултс. СИГН (Скоттиш Интерсоллегиате Гуиделинес Нетворк) 2015;

12. Тхе Эпилепсиес. Тхе диагносис анд манагемент оф тхе эпилепсиес ин адултс анд чилдрен ин примарй анд сесондарй саре. Национал Слинисал Гуиделинес Сентер анд Национал Институте слинисал Ехселенсе. 2012;

13. Антиэпилептикс другс ас а саусе оф ворсенинг сеизурес. Перусса Э1, Аванзини Г, Дулас О. Эпилепсия. 1998 Жан;39(1): 5-17;

14. Мухин К.Ю., Петрухин А.С. Идиопатические формы эпилепсии. М., 2000, с. 3-12;

15. Пресургисал эвалуатион анд оутсоне оф эпилепсий сургерй ин чилдхуод. Ж. ХЕЛЕН CROSS.UCL Институте оф Чилд Хеалтх, Грат Ормонд Стрэт Хоспитал фор Чилдрен НХС Труст, 2012;

16. Энгель Ж. Аппроачес то лосализатион оф тхе эпилептогенис лесион. Ин : Энгель Ж Жр эд. Сургисал тратмент оф тхе эпилепсиес. Нью Ёрк: Равен Пресс 1987; 75-95.

17. Эпилепсий 2017. Фром бенч то Бедсиде. Сихтентх Эпилепсий Теачинг Веакенд Университй оф Охфорд Матхематисал Институте.

18. Хирургия эпилепсии. Под редакцией В.В.Крылова – 2019г.

19. Зенков Л.Р. Осложнения противоэпилептической фармакотерапии // Российский медицинский журнал. — 2004. — № 6. — С. 9–12. 4. Зенков Л.Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. 5.

20. Зенков Л.Р. Утяжеление эпилепсии вследствие противосудорожной фармакотерапии // Неврологический журнал. — 2007. — Т. 12. — № 3. — С. 8–13. 6.

21. Зенков Л.Р. Выбор препарата в лечении фокальных эпилепсий: место вальпроатов // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 17. — № 20. — С. 1334–1340.

22. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология: Руководство для врачей. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Медицинское информац ионное агентство, 2010.

23. Зенков Л.Р., Притыко А.Г. Фармакорезистентные эпилепсии: Пуководство для врачей. — М.: Медпресс-информ, 2003. 12.

24. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. — М.: Медицина, 2010. 13.

25. Блуме W. T., Лудерс X. O., Мизрахи Э., эт ал. Глоссарй оф дескриптиве терминологй фор истал семиологй: репорт оф тхе ИЛАЕ таск форсе он сlassифисатион анд терминологй. Эпилепсия. 2001; 42: 1212-1218.

26. Пропосал фор ревисед слинисал анд элестроэнсепхалограпхис сlassифисатион оф эпилептикс сеизурес. Фром тхе Соммиссион он Сlassифисатион анд Терминологй оф тхе Интернационал Леагуе Агаинст Эпилепсий. Эпилепсия. 1981; 22: 489-50.

27. Берг А. Т., Милличап Ж. Ж. Тхе 2010 ревисед сlassифисатион оф сеизурес анд эпилепсий. Сонтинуум (Миннеап Минн). 2013; 19: 571-597.

28. Фишер Р. С., Асеведо С., Арзиманоглоу А., Богасз А., Сросс Ж. Х., Элгер С. Э., Энгель Ж. Жр., Форсгрэн Л., Френч Ж. А., Глйинн М., Хесдорффер Д. С., Лее Б. И., Матхерн Г. W., Мошэ С. Л., Перусса Э., Счеффер И. Э., Томсон Т., Ватанабе М., Виебе С. ИЛАЕ оффисиал репорт: а прастисал слинисал дефинитион оф эпилепсий. Эпилепсия. 2014; 55 (4): 475-482.
29. Фишер Р. С., ван Эмде Боас W., Блуме W., эт ал. Эпилептис сеизурес анд эпилепсий: дефинитионс пропосед бй тхе Интернационал Леагуе Агаинст Эпилепсий (ИЛАЕ) анд тхе Интернационал Буреау фор Эпилепсий (ИБЕ). Эпилепсия. 2005; 46: 470-472.
30. Энгель Жр ЖВНП. Оутсومه витх респест то эпилептис сеизурес. Сургисал трeatмент оф тхе эпилепсиес. 1993;609-621