

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

EPILEPSIYA

**Tibbiyot oliy o'quv yurtlari 5- kurs talabalar uchun
o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent – 2010

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

**«TASDIQLAYMAN»
O'zR SSVning Fan va o'quv
yurtlari bosh boshqarmasi
boshligi prof. Sh.E.Ataxanov**

**«___» 2010y
№_____ bayonnomma**

**«KELISHILDI»
O'zR SSVning Tibbiy ta'lismi
rivojlantirish markazi
direktori M.S.Yusupova**

**«___» 2010y
№_____ bayonnomma**

EPILEPSIYA

**Tibbiyat oliy o'quv yurtlari 5-kurs talabalari uchun
o'quv-uslubiy qo'llanma**

Toshkent – 2010

Tuzuvchilar:

V.K.Talimbekova – ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyası kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

A.N.Saxoiko - ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyası kafedrası assistenti

S.B.Babaraximova - ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyası kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

N.I. Xodjaeva– TTA psixiatriya kafedrası mudirasi, t.f.d., professor

Sh.R. Suleymanov– ToshPTI psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyası kafedrası katta assistenti, O'zR SSVning bosh mutaxassisi

K.Sh.Turdieva - ToshPTI “O'zbek, rus, lotin tillari” kafedrası mudiri, filologiya fanlari nomzodi

«Oligofreniyalar» mavzusidagi o'quv-uslubiy qo'llanma tibbiyat oliv o'quv yurtlari 5 kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

O'quv-uslubiy qo'llanma ToshPTI MUKda muhokama qilindi.
2010 « » № bayonnomma

O'quv-uslubiy qo'llanma ToshPTI Ilmiy Kengashida tasdiqlandi.
2010 « » № bayonnomma

Ilmiy Kengash kotibi

E.A.Shomansurova

Mavzu: «Epilepsiya»

1. Mashg'ulotni o'tkazish joyi, jihozlanishi

- Shahar klinik ruhiy kasalliklar shifoxonasi psixiatriya, narkologiya va bolalar psixiatriyasi kafedrasi

-shahar bolalar asab-ruhiy kasalliklar markazi.

- ko'rgazmali qurollar, tarqatma materiallar, tashhis va davolash standartlar, patopsixologik testlar, tematik bemorlar.

2. Mashg'ulotning davomiyligi.

- 4 soat

3. Mashg'ulotning maqsadi

- epilepsiya kasalligi, uning klinik ko'rinishi to'g'risida umumiy bilim berish;
- epilepsiya kasalligining tasnifini berish;
- epilepsiya kasalligini erta tashhislashni o'rgatish;
- epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni davolashda antiepileptik preparatlarni ta'sir mexanizmlari to'g'risida tushuncha berish;
- epilepsiya bilan og'rigan bemorlar reabilitatsiya tamoyillarni bilishni o'rgatish.

Vazifalari:

Talabalar bilishi lozim:

- epilepsiya kasalligini klinik tashhisini qo'yish;
- boshqa ruxiy kasalliklar bilan qiyosiy tashhisot o'tkazish.

Talaba bajaraga olishi lozim:

Amaliy ko'nikmalarni bajarish - bemor shikoyatlarini, anamnestik ma'lumotlarni yig'ish; bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazish; taxminiy tashhis qo'yish uchun asosiy anamnestik va klinik belgilarni ko'rsatish; paraklinik tekshirish uchun reja tuzish; shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish.

4. Mavzuni asoslash

Epilepsiya – surunkali polietiologik asab-ruhiy kasallik bo'lib, ko'pincha bolalik va o'smirlik davrda boshlanadi va paroksizmal buzilishlar, hissiy-irodaviy doirasidagi shaxs o'zgarishlari bilan ifodalanadi. Shuning uchun epilepsiya kasalligini oldini olish bolalik davrdan boshlanadi va bu kasallik nafaqat tibbiy, balki muhim ijtimoiy muammodir. Epilepsiya kasalligining klinikasini bilish, ayniqsa uning boshlanish darajasini aniqlash, umumiy amaliyot shifokorlari uchun keraklidir, chunki epilepsiya bilan kasallangan bemorlar ko'pincha uning dastlabki belgilari paydo bo'lganida ushbu shifokorlarga murojaat qildilar.

5. Fanlararo va fan ichidagi bog'liqlik

Taqdim etilayotgan mavzuni o'qitish talabalarning patologik fiziologiya, tibbiy genetika, farmakologiya bo'yicha bilimlariga asoslanadi. Dars davomida olingan bilimlar, yangiliklar va natijalar nevrologiya, ambulator tibbiyat yo'nalishida kerak bo'ladi.

6. Mashg'ulot mazmuni:

6.1. Nazariy qismi

Epilepsiya – surunkali, ko'plab etiologik, asabiy- ruhiyati bilan bog'lik bo'lган yagona patogenezi doirasidagi, ko'pincha bolalik va o'smirlik yoshida paydo bo'ladi dan hamda paroksizmal talvasaga tushish, changak tortib qolish va ozmi – ko'pmi ko'rinishda shaxsda uchraydigan kasallikdir.

MKB -10 - rozi – **epilepsiya G40-47.O**'z ichiga oladi:

G40 – Epilepsiya (MKB 10 -5-bob "Nerv tizimi kasalligi");

G41- Epileptik status(MKB 10 -6-bob)

F02-F07-Epilepsiyada psixik buzilish(MKB 10 -5-bob "Psixik va xatti-harakat buzilishlari");

F80.3-Landau-Kleffner sindromi(MKB 10 -5-bob).

Epilepsiya bilan kasallanishning o'rtacha darajasi dunyoning turli mamlakatlari bo'yicha aniqlangan hisob – kitoblarga ko'ra aholi soniga nisbatdan har 1000 kishiga 5 holat to'g'ri keladi, umumiylar bolalarga nisbatdan esa qachondir talvasaga tushgan, tutqanoq tutgan bolalar tahminan 4 marta ko'pdir (Kreyndler). Bu kasallikning boshlanishining 70-80 foizi bolalik va o'smirlik yoshiga to'g'ri keladi. Bolalikda paydo bo'lган epilepsiya kattalarda uchraydigan, epilepsiya kasalligining kelib chikishiga asos bo'ladi. Kattalarda uchraydigan epilepsiyaning oldini olish bolalarda uchraydigan epilepsiya kasalligining oldini olish va proffilaktik ishlarni olib borishdan boshlanadi.

Bolalikda uchraydigan epilepsiyanı davolash kattalardagi epilepsiyanı to'la yo'qotolmasa ham, har holda ma'lum darajada chastotasini kamaytiradi, umumiylar ma'lum bo'lganidek, epilepsiyanı keltirib chiqarish holatlari kattalarda kamroq bo'ladi.

Shunday ekan, bolalardagi epilepsiya faqat tibbiyotdagina emas, balki ijtimoyi sohadagi muhim muomalardan hisoblanadi.

Epilepsiya klinikasini bilish, ayniqsa uning boshlanish darajasini aniqlash, nafaqat nevropatolog va psixiatr vrachlar, balki poliklinikada ishlovchi barcha vrachlar bilishlari kerak, chunki epilepsiya bilan kasallangan bemorlar ko'pincha uning boshlanishi dastlabki ko'rinishi paydo bo'lganida uchastka vrachiga murojaat qiladilar.

Epilepsiyaning har xil ko'rinishlari masalasida turlicha fikrlar mavjud.

Ko'plar gendan, ya'ni avloddan, yoki essentsial epilepsiya, bunga tashqi holatning ta'siri bo'lmasa ham rivojlanadi, deyishadi. Demak, bunday ko'rinishda avloddan avlodga o'tishi mumkin, deb xisoblanadi.

Shu bilan bir qatorda etiologik faktorlarga bog'liq bo'lмаган holda miya faoliyatining buzilishi, meningit-entsefalit asorati va shikastlanish oqibatida va boshqa sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin. Xozirgi paytda avloddan- avlodga o'tish epilepsiyasi bilan simptomatik fokal epilepsiyanı bir-biriga qat'iy qarama-qarshi quyishdagi tizim yo'qolib, ma'lum bir ko'rinish aniqlandi.

Bu ko'rinish S.N.Davidenkoning ta'riflashicha: "epilepsiyaning hamma ko'rinishlarini bir qatorga qo'yish mumkin, bir tomonidan faqat avloddan- avlodga o'tishdan paydo bo'lган holatda, ikkinchi tomonda ommaviy, aniq ko'rinishdagi ekzogeniy holatdagini. Epilepsiya tushunchasi alohida kasallik sifatida o'z kuchida qoladi, klinik aniqlashning vazifasi esa generalizovan epilepsiyanı fokal epilepsiyadan qat'iy ajratish emas, balki epilepsiyanı ozmi- ko'pmi miqdordagi boshqa kasalliklardan, miyaning shishishi yoki qorin bo'shlig'idagi infektsiyalar va hokozalar ham tutqanoq tutishiga sabab bo'lishi mumkin."

Epilepsiya nomi grekchadan olingan so'z bo'lib “ epilepsus” ya'ni “qamrab olaman”, - degani. Bu kasallikning asosiy belgisi tutqanoq tutish eski ruscha nomlanishi ”yiqilayotgan kasallik”.

Tutqanoq tutishi, talvasaga tushish epilepsianing patologik ko'rinishi bo'lsa ham , u birdan bir ko'rinishi emas, hatto u bu kasallikning shart yoki albatta bo'lismi lozim bo'lgan ko'rinishi emas.

Epilepsianing klinik paydo bo'lismini, davomiyligini xarakteriga ko'ra ikki guruhga ajratish mumkin.

Birinchi guruh – ayni bir vaqtida keskin paydo bo'lib, qisqa vaqt ichida bo'ladigan tutqanoq, ya'ni epileptik paroksizmlar.

Ikkinci guruh – doimiy, ta'sirlaganda, zehn – farosat, kasalning shaxsiy holatlarida o'zgarish bo'lganida.

Har bir guruhni kasallik belgilariga ko'ra alohida ko'rib chiqamiz. Hozirgi paytda epileptik paroksizmning umumqabul qilingan klassifikatsiyasi yo'q.

Epilepsiya va epileptik sindromlarni xalqaro

tasnifi (1989,Nyu-Deli)

1. Maxsus ixtisoslashgan shakllari (o'choqli,fokal,lokal,partsial)
Idiopatik (yoshga bog'liq bo'lgan debyutlar);
Simptomatik (tanish etiologiyali va verifitsirlangan morfologik buzilishlar);
Kriptogenli.
2. Epilepsiyanı generallashgan shakllari
 - 2.1. Idiopatik (yoshga bog'liq bo'lgan debyutlar);
 - 2.2. Kriptogen va/yoki simptomatik;
 - 2.3. Simptomatik.
3. Epilepsiya shakllari,aniq tasnif kerak bo'lмаган xuddi partsial yoki generalashgan.
4. Maxsus sindromlar.

Xalqaro epilepsiya birlashmasida qabul qilingan Vena klassifikatsiyasini ko'pgina olimlar e'tiroz qiladi. Biz hisoblaymizki, Lennoks (1960) tomonidan ishlab chiqilgan klassifikatsiya tajribada qo'llashda eng o'ng'ay va omadlisidir.

Hamma turli ko'rinishdagi epilepsiya orasida ta'sirchan yirik tutqanoq tutish (grandmal). Oldindan xabar berilish belgilari. Yirik tutqanoq tutishdan oldin bir necha soat yoki kun oldin har xil ko'rinishda funktsional buzilish holatlari ko'rinishida oldindan xabar beriladi. Qon aylanish, nafas olish, uyqu, tanadagi moddalar almashuv yuqori bo'lismi, oshqozon buzilishi va oligouriya.

Ayniqsa, ruhiy holatdagi o'zgarishlarda ko'rindi: kuchli bezovtalanish yoki hech narsaga aralashmaslik, qaltirash kayfiyati, ta'sirlanishning kuchayishi, hayratlanish, eksploziv va shiddatlilik.

Aura – epileptik yiqilishning boshlang'ich fazasi, hushdan ketish, bu haqda kasalda xotira qolishi mumkin va ta'riflay oladi. Bu faza juda qisqa vaqt ichida bo'ladi. Aura majburiy emas, lekin 60-70% holatda kuzatiladi. Auraning hamma aniq ko'rinishlarini birga-bir ko'rsatib o'tish imkoniy yo'q.. Ba'zi kasallar qorinda paydo bo'lgan kuchlanish, boshqalari hech qachon his kilmagan huzur – halovat (Dostoevskiyning, “Idiot”idagi ko'rsatilganidek). Aura murakkab ko'z, eshitish va boshqa galliyutsianator kechinmalar,

gavdaning tuzilishidagi asabiylashish (favqulodda engillik yoki oriqlash va hokozalarga ko'ra). Aura sifatida murakkab ruhiy zo'riqish holatida, ya'ni avvaldan ko'ringandan hayajonlanish yoki "hech qachon ko'rinnmaganning takrorlanishidan tashvishlanib takrorlanish mumkin. Aura tutqanoq tutib yiqilish darajasida kuzatiladi, uning simptomlari tutqanoqning keingi bosqichlarida rivojlanmasligi mumkin. Aura epileptik o'choqni aniqlashda va tashhis qo'yishda ahamiyatga ega.

Auradan keyin tutqanoqning tonik fazasi keladi. U to'liq hushidan ketish, boshlang'ich qichqiriq, ya'ni tutqanoq tutishdan oldin havo nafas yo'lini qisqatiradi. Kasal odatda, oldingi tomonga yiqiladi, ko'pincha jarohatlanadi, biron a'zosi sinadi yoki chiqadi. Bosh orqaga qayriladi, ko'z katta ochilgan, nazari harakatsiz. Gavdasi kuchlanishli, qo'l barmoqlari mushti tugilgan bo'ladi. Dastlabki oqarish tsianoz bilan almashadi.

Tonik faza 10-30 sekund davom etganidan keyin 1-2 minut klonik faza keladi. U gavda qismi va a'zolarining ketma-ket bukilib yoki yozilib turishi, nafas yo'lida xirillash va boshqa ko'rinishlarda bo'ladi.

Harakatdagagi kuchlanish ko'pincha chuqur va og'ir nafas olish bilan yakunlanadi.

Tutqanoqli yiqilishdan keyin kasal odamda yana bir necha minut es-hushi tiniq bo'limgan holatda bo'ladi. Ba'zi kasallar yiqilganidan so'ng o'ziga kelganidan keyin darhol turib o'zining ishini davom ettiradi, boshqalar esa 10-20 minut chuqur uyquga ketadi. Tutqanoq tutib yiqilgandan so'ng uning to'liq amneziyasini boshlanadi.

Bolalarda generalizovan yirik tutqanoq epilepsiya formasida tez-tez uchrab turadi. Uch yoshgacha bo'lgan davrida huruj xarakterlikdir, gavdaning yarmini qamrab oladi, tonik fazani qamrab olgan holatda. Alovida ko'rinishdagi yana bir holati, bolaning boshi bir tomonga buriladi yoki butun gavdasi o'ng yoki chap tomonga qaragan bo'ladi.

Uch yoshdan katta bolalarda esa yirik qaltiroq kattalarda bo'ladigan hurujni eslatadi. Aura kattalarga qaraganda bolalarda kamroq bo'ladi. Bolalarda qaltiroq qichqirish bilan emas, ingranish, va hushdan ketishi bilan boshlanadi, undan keyin tonik faza keladi. Bu faza (odatda, uzoq davom etadi) tomirlarning intensiv tonik qisqarishi bilan xarakterlanadi. Bolalarda tonik fazadan klonik fazaga o'tish jarayoni aniq ifodalanmaydi. Klonik fazada tutqanoq tutishi generalizovan holatida va ritmik xarakterda, ko'pincha lokalizatsiya boshlanishi ko'rinishiga ega. Epileptik huruj bir necha sekundga cho'ziladi, kamdan-kam bir necha minut bo'ladi.

Kichik tutqanoq (petit mal) katta tutqanoqqa o'xshagan tipik holatlardan ajratib turadi, lekin bunda simptomatlik polimorfizm ko'pdir.

Absans tutqanoq hurujining oddiyroq ko'rinishdir. U birdaniga qisqa vaqtida ko'rindi (bir necha sekundgacha) va to'liq hushdan ketishiga olib keladi. Kasal soviydi, lekin yiqilmaydi, gavdani tutqanoq huroji boshlanishidan oldingi holatda tutib turadi. Huruj ba'zida avtomatik xususiyatda ojiz ko'rinishda (masalan, kasal barmoqlarini harakatga keltiradi va labini qimirlatadi).

Absans huroji qanday tez boshlangan bo'lsa, shunday tez tuxtaydi. Kasal esa o'z faoliyatini hech narsa bo'limgandek davom etiradi, u nima yuz bergenini bilmaydi.

Absanslarning bunday ko'rinishi bolalar yoshida kichik hurujning tez takrorlanadigan ko'rinishi emas. Ko'pincha bolalarda kichik hurujlar guruhiga kiruvchi triada, deb nomlangan hurujlar uchraydi.

Bunga qo'yidagilar kiradi:

a) Propulsiv kichik hurujlar. Absanslarga o'xshagan qisqa muddatli, xotirani butunlay yo'qotadi, ular turli harakatlanish ko'rinishida, gavdaning butunligicha yoki qisman olg'a intilishga olib keladi. Propulsiv hurujlar guruhini "salaamov", "yashin tezligida", "kivate'l", va "astatik"ga ajratiladi. Salaamov huruji oldidan bolaning boshi va gavdaning yuqori qismi sekin tonik hurujdek oldinga egiladi, tomirlar atrofga va yuqoriga harakatlanadi, yashin tezligidagi hurujdan intensivligi bilan farqlanadi. Shunday vaqtida harakatlanish tez va birdaniga yuz beradi. Yotganda bosh ko'tariladi, o'tirganda esa kutilmagan paytida oldinga egiladi.

Astatik yoki akinetik huruj oldidan kasal bir necha daqiqaga xushidan ketar ekan, tomirlari bo'shashadi, lekin tezlikda yana ko'tariladi.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan hurujlar bolalik yoshining ilk davriga to'g'ri keladi, ko'pincha bir yoshlarda yuz beradi. U yuqori chastotada xarakterlanadi.

b) Retropulsiv kichik hurujlar ko'pincha 6-7 yoshlarda bo'ladi, 16-17 yoshdan keyin ham uchraydi. Umumiy ko'rinishlari: yuqori chasstotali (20 dan 100 gacha va undan ham yuqori, davomiyligi (2-4 daqiqa), asosiy belgilari (ko'z olmasi yuqoriga qaraydi, shu holatda ba'zan ritmik harakati vertikal yo'nalishida bo'ladi). Bosh tez-tez orqaga tashlanadi, gavda orqa tomonidan, yoki butun gavda orqadan harakatlanib, egiladi.

Hozirgi paytda ko'pgina mualliflar bunga piknolepsiyan qo'shadilar, absans hurujlar tipini, epileptik kasallikka qarshi davolashda o'zgarish yo'qligi, samara bermaganligi uchun ba'zan bemor tuzalishiga olib keladi.

v) Impulsiv (yoki mioklonik) kichik hurujlar asosan bolalik va o'smirlik rivojlanish davrida bo'ladi. Impulsiv huruj tashqi tomonidan qaraganda kuchli qo'rquvdan birdaniga qaltirashni eslatadi. Bunday holatda qo'llar tez harakat bilan ochilib yopiladi, unda mavjud bo'lган narsalar otilib ketadi. Agar kasal yiqilsa, yashin tezligida yiqilganidek, ko'pincha shu zahoti o'midan turadi. Odatda qator itarishlar ketma-ket keladi, ba'zan yangi holatda bo'ladi.

Mayda hurujlarning hamma ko'rinishlari og'riq qo'shilishi bilan murakkablashadi yoki kichikroq holatda (chaynalish, yutinish, ovoz chiqarish va boshqa oddiy harakatlarda).

Kichik hurujlar triadasining har bir shakli klinik ko'rinishda va oqimda o'z xususiyatiga ega. Propulsiv shaklda ko'proq qo'pol nevrologik buzilish va qisman psixikaning to'liq rivojlanmaganidan bo'ladi.

Mioklonik hurujda qo'pol asabiylik uchramaydi, lekin epilepsiya uchun xos bo'lган xotirani yo'qotish va boshqalar yuzaga keladi.

Retropulsiv shakldagi kichik huruj ruhiyatdagi nohushlik ta'siri bilan ajralib turadi, bunda uzoq davom etgan kasallik natijasida shaxsning holatida o'zgarish bo'lishi mumkin. Qattiqroq chastota razryadlari, yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, keng miqyosda bo'lishi mumkin.

Qattiqroq huruji ketma-ket kelgan paytda, hatto kichik to'xtashi bo'lганida ham hotirani yo'qotish to'xtamaydi. Epileptik status ko'p soatda, ba'zan esa bir necha kun davom etishi mumkin. Og'ir komatoz holati rivojlanadi, gavda harorati ko'tarilib 40 darajagacha etadi, siydikda oqsil paydo bo'ladi, yurak faoliyati buziladi.

Status davomida miyaning o'tkir shishi bo'ladi. Bo'larning barchasi bemor o'z vaqtida davolanmasa, hayoti uchun havflidir. Statusdan so'ng davolanish jarayoni og'ir kechadi, terapiya uncha samara bermaydi, ba'zan asablarning buzilishiga olib keladi.

Kichik hurujlar ham status shaklida bo'lishi mumkin.

Paroksizmal qaltiroqqa psixomotor va psixosensor hurujlar ham kiradi. Ular ososan lokalizatsiya epilpeptiyagen o'choqda aniq lanadi. Odatda psixomotor huruji xotiraning qorong'lashishi va keynchalik amneziyaga olib kelish xususiyatiga ega. Hulqning buzilish hech bir maqsadsiz harakatlanish stereotip xatti-harakat, masalan, kiyimlarni taxlab qo'yish, qo'lni artish, atrofdagi jihozlarini maqsadsiz tartibga keltirish. Boshqa hollarda bolalar chapak chaladi, turli so'zlar aytadi, maqsadsiz kuladi, qaergadir borishni, yugurishni istaydi. Hurujning davomiyligi 1-3 minut.

Psixomotorli hurujda bemor gavdasini vertikal holatda aylantiradi. Vaqtincha chaynaladi, so'lak chiqishi, tamshanish, yutinish yuz beradi. Tashqaridan qaraganda, bemor ovqatning ta'mini tatib ko'rgandek ko'rindi. Huruj hotiraning qorong'ilashishi ko'rinishida bo'ladi. Psixomotor huruji bolalarda tez-tez uchrab turadi.

Psixosensor huruj esa bolalarda kattalarga qaraganda kam uchraydi. Psixosensor paroksizm klinik ko'rinishiga aura, epigastral, kardinal va vistseral xususiyatlarda ruhiy kechinmalar kiradi.

Shuningdek, ba'zan bolalarda uchraydigan dientsefal epilepsiyanı eslatib o'tmoq lozim. Dientsefal epileptik huruj vositalari avvalo turli hayajonlanish, yurak va nafas yo'llarining ritmi buzilishi, termoregulyatsiya, gipergidrozom, poliuriya va boshqalarning buzilishidan paydo bo'ladi. Huruj harakatdagi hayajonlaning majburiy qilish, yig'lash hamroxligida bulish mumkin. Bunday paytida xotira chukur buzilmaydi yoki umuman buzilmaydi. Epilepsiya bilan og'igan bemorlarda aytib o'tilgan paroksizmal hayajonlanish bilan bir qatorda ruhiy ekvivalentlar ham kuzatilish mumkin. Bu turli jihatdan ruhiyatning hayajonga tushishi natijasida hurujlar o'rtalig'ida yuz beradi. Huruj ekvivalenti, deb shunga aytadilarki, u o'zining kutilmaganda tezligi, epizodikligi jihatidan qattiqroq hurujni eslatadi, ba'zan uni almashtirilgandek bo'ladi. Yosh bolalarda ular kattalarga qaraganda kam uchraydi. Psixik ekvivalentlarga disforiya, xotiraningholatni keradi.

Disforiya-xotiraning epileptik hayajonlanishi, u bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Bemor qo'pol, jirkanch, hayajonli, havotirli, kamdan -kam xafaqon, ipoxondrik shikoyatli va o'z joyiga qasd qilishga urinish holatlari kam bo'lsa, ham uchraydi. Gohida kayfiyati yuqori bo'lgan holda uchraydi. Ba'zida epilepsiya qo'rqish holatida xush o'zgargan tusda bo'ladi (o'jarlik qilish, surbetlik, qahrlilik, odatdan tashqari harakatlanish, uyatsizlik). Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda xotiraning xiralanishi holati turlicha bo'ladi. Bolalarga va o'smirlarda xotiraning xiralashishi uyquda yurish va fug holatida tez-tez uchraydi.

Somnambulizmda (uyquda yurish) bemor tunda turadi va uyg'onmasdan xonada yuradi, ba'zan xonadan chiqadi. Bir necha minutdan keyin bemor qaytib o'z o'ringa yotadi. Bemor o'zining holati harakatlarini boshqalardan eshitib bilib oladi.

Epileptik fug jarayonida bolalar birdaniga uydan chiqib ketadilar va tentirab yuradilar.

Tartibga solingan xiralashish holatida-transda bemorlar murakkab harakatlarni bajaradilar, tashqaridan qaraganda tartibli ko'rindi, zarur bo'lмагan tomonga ketish, biron erga, ba'zan uzoq sayohatga jo'nab qaytish. Bemorlar ba'zi darajada atrofga qarab, qaerdanligini belgilab oladi, shuning uchun ular atrofdagilarning diqqatini tortmaydilar. Xotira xiralashishi holatining boshqa va klinik ko'rinishda ruhiy hayajonlanish egallaydi.

Gallyutsinatsiya xususiyatlari: o't, qo'rqish, birovga tashlanish, qo'rquinichli ko'rinishda bo'ladi. Bemorlar ba'zida favqulodda havfli ko'rinishda bo'lishi mumkin, gohida epilepsiya bilan kasallangan bemorlar xuddi shunday holatida eng og'ir jinoyatlarni sodir qiladilar. O'ldirish, yirtish va boshqa harakatlarga ingtiladilar. Bemorlar duch kelgan narsalar bilan himoyalananadilar, eshiklarni to'sadilar, stul bilan siltanadilar, derazaga chiqib oladilar. O'z joniga qasd qilishga harakat qilish hollari uchraydi. Ruhiy kechinmalarda vaqtida xususiyatlidir.

Paroksizmal, shuningdek, qisqa va o'tib ketadigan ruhiy holatda epilepsiya barcha ruhiy kechikmalarni chiqarib tashlamaydi. Bu kasallik ko'pincha hollarda ruhiy buzilishni rivojlanitiradi.

Bu epilepsiya progredient kasallanish sifatida o'rganishga asos bo'ladi.

Epileptik jarayon dastlab xarakter yadrosiga tegmasligi mumkin, ruhiy holatlarini o'zgartiradi, qayg'urish va intilish reaktsiya va xulq-atvorning o'zgarishida sekinlik va boshqalar. Bemorlar asta-sekin harakatlanish qobiliyatini yo'qotadi, yuqoriga ko'tarilishda qiynaladi, oshirib gapirishga moyillik paydo bo'ladi, maydachi, pedantlik xususiyatga ega bo'ladi. Hayajonlanish oqibatida muloqatda egoizm, o'zining haq ekanligiga ishonch hosil qilish, yuqori taassurat va hayajonlanish, o'ch olish hamda shijoatlanish o'zining sog'ligi uchun ko'proq qayg'urish va umuman shaxsiy farovonlikni o'yashi. Ko'pgina bemorlar kasallikning keyingi bosqichlarida o'zlarining yaqin qarindosh urug'larining vafotiga ajablanarli darajada unga qayg'urmaydilar. Bemorlar bunday paytda o'zlarining sog'ligiga diqqat bilan qarasalar ham.

Bemorlik jarayonida payda bo'lган alomatlar asta-sekinlik bilan avvalgi ruhiy kechinmalarni siqib chiqara boshlaydi. Bemorlar xarakteriga qarama -qarshilik xos, shu zahoti hisoblashish va g'azabga kelib, qo'pollik qilish hamda foydalanish. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlar mayda-chuydaga katta e'tibor beradi. Bemorlar ko'pincha yovuz xotirali, shu bilan birga ozodalikni yaxshi ko'radilar, o'z jihozlariga o'rganib qolgan bo'ladi. Ko'pincha, ular mehnatsevar bo'lishadi, ko'p vaqlarini birona murakkab bo'lмаган ishga sarflaydilar, hamma narsaning mayda-chuydasigacha e'tibor berishadi. Ayniqsa, epilepsiya vaqtida o'y-fikrlashdagi buzilishlar xususiyatlidir. Bemorning o'y-fikrlashdagi sekinlashadi, tor doirada bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemor ko'p so'zlaydi, kerak bo'lмаган so'zlarni gapiradi, mayda-chuydaga to'xtaladi. Fikrlash tor doirada bo'lib, yangi fikrga o'tishi qiyin kechadi. Epileptiklarining nutq darjasи sekin, bir xil ba'zida tiniq, erkalovchi tusda bo'ladi. Bemor vrach bilan uzoq vaqt axamiyatsiz hodisalar to'g'risida suhbatlashadi, o'z fikr mulohazasini keyinchalik ifodalay olmaydi. Uy-fikri bo'yicha suhbat boshlasa, boshqa tomonga o'y-fikrini o'zgartirish qiyinroq bo'ladi. Affekt kumulyatisiyasiga moyillik sezildi.

Bemorlik davrida ko'rib o'tilgan xususiyatlar kuchayadi, unga xotiraning ojizlanish qo'shiladi. U xotira yomonlashganligi, intellektual qobiliyatlilik kamayishda ifodalanadi.

Logik fikrlash qobiliyati kamayadi, fikrlash konkretlanadi. Professional tajriba va qiziqish kamayadi.

Epilepsiya bilan og'rigan bolalarda hamisha ham aytib o'tilgan xususiyati, individual o'zgarishlar bo'lavermaydi. Bunday bolalarga 3-4 yoshda ko'prok yuqori motorik xususiyatlidir. Bolalarning ota-onasi so'ziga qaraganda "bir minut ham bir

paytda o'tirolmaydi”, intilish, qo’liga tushgan hamma narsani olishga urinish, ularga qiziqmaslik va faoliyatning natijasiga e’tiborsizlik ularning xususiyatiga xosdir.

Epileptik boladagi hayajonlanish tez xafa bo’lishida ko’rinadi, agressiv, o’ch oluvchanlik oddiy sabablardan kelib chikadi. Sabr qilmaslik, ozgina kechikish yuzasidan uning talabini qanoatlantirmaslik, agarda u keyinchalik amalga oshsa ham epileptik bolalarda ko’p uchraydi, natijada azoblanishiga, asossiz ravishda atrofdagilar bilan janjal chiqarishiga sabab bo’ladi.

Uning diqqatini boshqa tomonga yo’naltirish qiyin kechadi, bola uzoq vaqt bir nuqtaga tikilib qoladi, bir xil mashg’ulot bilan shug’ullanadi, muntazam gavdasini silkitib turadi.

Alovida ta’kidlash kerakki, epilepsiya bilan kasallangan bolalarning ba’zilarida asabiylashish oshgan, egoizm kuchaygan, atrofdagilarni ta’siriga beriluvchan, erkalanuvchan yoki ortiqcha hotamtoylik xususiyatlari bo’ladi. Ba’zi bolalarda xulq-atvor belgilari kasallik davomida bir xil, ayrimlarida esa qarama-qarshi, biridan ikkinchisiga tez o’tishi kuzatiladi. Xulq-atvordagi buzilish bir xilda bo’lmasligi xarakterning epileptik tizimidagi rang-baranglikni o’z ichiga oladi.

Epilepsiya oldidan bo’ladigan simptomlarning xususiyatini ko’rib chiqamiz. Odatda, epilepsiyaning dastlabki simptomi qaltirash huruji. Bu fakat bolalarning dastlabki yoshiga nisbatdan to’g’ridir, chunki bu yoshda epilepsiyanı aniqlash qiyin, sub’ektiv shikoyat bo’lmaydi.

Maktab yoshidagi va maktab yoshigacha bo’lgan bolalarda epilepsiyanikng boshlanish alomatlari o’rganilganida, epilepsiya qaltiroq huruji boshlanmasidan oldinroq paydo bo’ladi. Epilepsiyaning tutqanoqsiz boshlang’ich davri bir necha oydan bir necha yilgacha cho’ziladi.

Kasallikni rivojlanishi jarayonidagi dastlabki bilinadi. Epilepsiyadan oldin uyqu buzilishi jihatlari shundan iboratki:

- a) odatdan tashqari yorug’lik
- b) qo’rqish affekti namoyon bo’lishi
- v) uyqu davomiylining buzilishi, bezovtalanish
- g) tush ko’rishning cho’zilib ketishi
- d) ba’zida uyquni muddatidan o’tkazib yuborishga o’tish, xiralashish holati
- e) ko’rgan tushlari mazmuni xotirasida saqlanib qolishi
- j) shu va boshqa tushlari muntazam takrorlanaverishi.

Ko’rilgan tushlari boshqa hayajonli tushlar simptomini bilan uyg’unlashishi xarakterli belgilari (tushda gapirish, tushda yurish, yig’lash, kulish, tushda qichqirish) umumiyligi qaltirash, bosh aylanish, ayniqsa xotiraning o’zgarishi. Bularning har biri alovida holatda epilepsiya uchun o’ziga xos xususiyati emas, ammo ularning uygunligi epilepsiyaning dastlabki alomatlарini aniqlashga imkon beradi. Epilepsiyaning dastlabki davrida bosh og’rigi ko’pgina kasallarda paydo bo’ladi. Biroq, ko’pchilik kasallarda u intensiv emas va klinik ko’rinishda etakchi o’rin egallamaydi. Epilepsiya oldidan bosh og’rishining asosiy farqlanishi shundaki, progradientlik ko’rinishdagi belgilar aniqlanmaydi, umumiyligi jarayonda o’rin topgandek. Shuningdek, tungi bosh og’rig’i bo’lmaydi. Ba’zi bemorlarda bosh og’rig’i keyinchalik epileptik hurujdan xabar beruvchiga aylanadi.

Bolalarda epilepsiyaning boshlang'ich darajasi kattalarga qaraganda ikki martda ko'proq bo'ladi, vistsero-vegetativ paroksizm kuzatiladi, qisqa muddatli va ojiz klinik holatda ajralib turadi. Gohida esa ular faqat vistseral simptom bilan chegaralanadi. Masalan, xotirada saqlanib qolgan umumiy muhitda birdaniga qayd qilish ehitijoji paydo bo'ladi va shu zahoti yo'qoladi. Boshqa xolatlarda paroksizm xotiraning o'zgarishi bilan, qator vegetativ simptomlardan iborat bo'lib, gohida turli hayajonlanishdan: tonik qaltiroq yoki tomirlarning bo'shatib qolishi, bilmagan holda siyib qo'yish va boshqa holatlar. Bolalarda vistsero-vegetativ paroksizmning turli ko'rinishlari shundaki, abdominal xuruj-qorinda og'riq paydo bo'lishi ba'zida opekular fenomen bilan bog'liq bo'ladi. Bu gohida nevropatiya, glistnoy invaziya, ovqat toksikoinfektsiyasi, deb yanglishiladi. Ajralib turadigan belgilari:

- a) ular paydo bo'lishida paroksizmal xarakter
- b) ovqatlanishi va psixogen payti bilan bog'liq emasligi, yo'qligi
- v) qisqa muddatlik (bir necha daqiqa 1-2 minut)

Kattalarga qaraganda bolalarda generalizovan qaltiroq xuruji, tutqanoq ikki martda kam uchraydi va avval aytib o'tilgan holatlarda kechadi (tonik xarakterda, qisqa muddatli).

Kasallikning rivojlantirishini kuzatib, og'irlashish chastotasi va hurujlarning polimorfizmini aniqlash mumkin. Kasallik hamisha ham progradient holatda bo'lavermaydi. Ba'zi hollarda davolanish oqibatida tuzalib ketish mumkin.

Klinik xaritada oldingi o'rinda polimorfizm turadi. Boshlang'ich darajasida xurujning engil shakllari taqqoslanadi: uyquda paroksizmal hayajonlanish, bosh og'rig'i va boshqalar epilepsiya xuruji uchun katta tutqanoqlar oldida xarakterlik emas.

Kattalarda uchramaydigan tonik qaltirash va vistsero-vegetativ paroksizm, bolalardagi propulsiv retropulsiv xurujlar bosh miyasining tula shakllanmaganligi sabablidir.

Epilepsiya-jiddiy kasallik va tashxos hamisha gumanlidir. Epilepsiya vaqtida o'lim ko'pincha epileptik status jarayonida sodir bo'ladi, ayrish hollarda bemorlar hurujning o'zida bug'ilish va boshqa baxtsiz hodisalarda halok bo'lishadi. Kayfiyatning og'ir buzilishi, suitsidal urinislarga olib kelishi ahamiyat kasb etadi. Kasallik oqibati va epileptik aqliy zaiflik ko'pgina mualliflar fikriga ko'ra 50% holatda kuzatiladi. Bolalikda boshlangan kasallik ko'pincha og'ir aqliy zaiflikka olib keladi.

Epilepsiyaning rivojlanishida alohida holatda qanday faktorlar ahamiyatli? Hozircha bu savolga to'liq javob berish qiyinroq.

Bolalarda turli paroksizmal holatlar kuzatiladi, qaysiki, ular epileptik xuruj sifatida xato tushunish mumkin. Ikkinci tomondan epileptik xuruj tabiatan epileptik bo'limgan paroksizm bilan anglashilmasligi mumkin. Epileptik xurujni shunday qilib quyiidagi paroksizmal turlarga ajratishga to'g'ri keladi.

Spazmofiliya xuruji. Spazmofiliya mineral almashinishi buzilishi bilan bog'liq holda yuz beradi. Bolalarda 1,5 yoshdan 3 yoshgacha kuzatiladi. Asab tomirlari o'ynashi kuchayishi bilan xarakterlidir. Xuruj paytida qo'l panjalari "akusher qo'li" holatida, bosh egilgan, yuz tomirlari qimirlab turadi, og'izdan ko'pik keladi. Tajriba ko'rsatdiki, birinchi qaltiroq xuruji maktaboldi yoshida yuz beradi, keyinchalik epilepsiya xususiyati borligi bilinadi. Shu sababli ko'pincha uni spazmofil yanglishadilar. Spazmofil bilan epileptik

xurujni ajraytib olishda esdan chiqarmaslik kerakki, birinchi marta xotirani yo'qotish uncha chuqur bo'lmaydi, yirik xurujga nisbatdan.

Spazmofil xuruj ayniqsa, ko'pincha qishning oxirida va bahorda uchraydi. Epileptik xuruj esa yil davomida yuz beradi.

Lixoradik qaltirash tana haroratining infektsion kasallik oqibatida tez ko'tarishidan paydo bo'ladi. Bu ba'zi qaltirashga moyillik bo'lgan bemor bolalarda uchraydi. Lixoradik xuruj ko'pincha hayotning birinchi yilida bo'ladi, ammo mataboldi, gohida maktab yoshida ham yuz beradi. Bunday paytlarda epilepsiya tashhisini qo'yishga shoshilmaslik kerak.

Shuningdek, alimentar xurujni ham baholash lozim, u emizikli yoshdan keyingi bosqichgacha (4-5 yoshgacha) ichak infektsiyasi kasalligi bo'yicha davom etadi. Miya meningiti, meningoentsefalit, entsefalitlar ko'pincha simptomatlik qaltirash xurujini keltirib chiqaradi, albatta buni epilepsiya, deb tushunmaslik kerak.

Boshini sarak-sarak qilish epileptik xuruj sifatida xato tushunilishi mumkin. Ushbu spazm bola boshini ko'tara boshlaganda sodir bo'ladi, shuningdek, boshini qimirlashish harakati, ko'z olmasi nistagmoid harakatlanishda bo'ladi. Bunday buzilish boshi vertikal holatda tutish jarayonida ushlanib qolishda, deb e'tirof etiladi. Harakatlanishdan xotira buzilishi sodir bo'lmaydi, 2-3 yilgacha izsiz yo'qoladi.

Affektiv respirator qaltirash bolalarda maktabgacha bo'lgan yoshda uchraydi. Affektiv respirator qaltirash hayaonga tushish ta'sirida paydo bo'ladi, qandaydir qanoat hosil qilmasdan g'azablanish, qichqirish, yig'lashdan iborat bo'ladi. Bolaning nafasi to'xtaydi, yuzi oqaradi, muskullari tonik kuchlanadi, undan keyin harakatsizlanish, muskullar bo'shashishi yuz beradi, bu holat

1 minutgacha, ba'zida ko'prok davom etadi. Shundan keyin bemor bolaning xotirasi to'liq o'z holatiga qaytadi.

Epilepsiyaga qaraganda obmorok (behush bo'lish) uncha tez bo'lmaydi. Uning xarakterli tomoni yuz oqaradi, ter bosadi, tomirlar bo'shashadi.

Isterik behushlikda quyidagi belgilar ahamiyatga ega, atrofdagilarning diqqatini o'ziga tortadi. Ko'z yoshi, ingranish, teatral ko'rinish, kulish isterik jazava xarakterli, ammo epileptik ko'rinish emas. Tilni tishlash, isterik xurujda siydkni ushlab qola olmaslik holatlari bo'ladi. Xotirani to'liq yo'qotish bo'lmaydi. Isterik xuruj epileptik xurujga qaraganda davomiydir.

Simptomatik epilepsiya. Qaltirash va qaltirashsiz epileptiformdagи xuruj ko'pgina organik miya buzilishi kasalligidan bo'ladi. Ular ko'pgina bosh miyaning shishishi, tug'ma va nasldan-nasliga o'tish, asab tizimining buzilishi kongenital sifilis oqibatida, gipoglikemik krizis, uremiyadan bo'ladi.

Miyaning chegaralangan organik buzilishida xurujni aniqlash oddiy vazifa emas, hamma holatda ham vrach to'g'ri tashhis qo'yishi, ularning uyg'unligini aniqlash, anamnezi chuqur tahlil qilish, psixopatologik, nevrologik va somatik izlanishlar qilish hamda kasallik yo'nalishini hisobga olib borishi lozim. Shuni ham aytish lozimki, hozirgi paytda paraklinik usularni izlanish epilepsiyaning maxsus tomonlari to'g'risida bir muncha ma'lumot beradi. Shu bilan birga ba'zi kasallikkarni baholashda, epilepsiya bilan klinik o'xshashlikni aniqlashda qiyinchilik tug'iladi.

ETIOLOGIYa VA PATOGENEZ

Epilepsiya asosida hamisha bosh miya faoliyatidagi o'zgarishlar yotadi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarni nevrologik o'rganish, barcha klinik kasallanishni o'rganish, rentgenologik, elektroentsefalografik izlanishlar, nihoyat patologik ma'lumotlar miyaning epilepsiya vaqtida shikastlanish holatlarini aniqlashga yordam beradi.

Ko'pgina bolalarda bosh suyagi jarohatlangan bo'ladi, infektsiya oladi, miyaning shikastlanishiga olib keladigan boshqa holatlar yuz beradi, ammo hamisha epilepsiya qoldi.

Ko'pincha bolalardagi asab sistemasi zararli hodisalarini yaxshi kechiradi, u to'liq sog'lom holatda qoladi.

Etiologiya kasalligi – aktual, ammo to'liq o'rganilmagan muommalardan biri. Afsuski, hozirgi paytda bolalardagi tutqanoq va epilepsiya sabablari ko'pgina, epilepsiya kategoriyasiga kirmaydigan, ma'lum bo'lman etiologik kassaliklar mavjudligi uchun aniqlanib etmadi. Ilmiy VOZ guruhi o'zining dokladida Lennoks ta'kidlaydi, avloddan-avlodga o'tishi epilepsiya uchun ko'proq tegishlidir. Lennoks ta'rifiga kasalning qarindosh-urug'lar o'rtasida epilepsiya chastotasi 1,8 %, gandan o'tish esa 3,6 %. Lennoksning fikricha, ko'pgina kasallarda mavjud bo'lgan faktor genetik, avloddan-avlodga o'tganlik oqibatidir. Penfield va Erikson ham shunday fikrda qolgan. Konrad aniqlashicha epilepsiya bilan 6-8 % bola, 4 % aka-ukalar va singillar va 1-2 % jivanlar o'rtasida bo'ladi.

Alkogoli avloddan-avlodga o'tish hollari etarli o'rganilmagan. Ba'zi olimlar oilaviy anamnezda birinchi o'ringa alkogolizm qo'yadi. Ayniqsa, bayram va dam olish kunlari spirtli ichimliklari iste'mol qilish ko'p bo'ladi. Shuning uchun "yakshanba bolalari" termini mavjud. Epilepsiya asosida miyaga zararli ta'sir ko'rsatilishi kasallik o'zgarishiga olib keladi. Buning zarari organizmda prenatal rivojlanish davrida, tug'ilish va keyingi bosqichlarda davom etadi.

Epilepsiya patogenezida kongenital kasallanish avvalari sifilisdan ekanligini katta ahamiyat kasb etdi. Hozirgi paytda bunda kongenital toksoplazmaning roli aniqlandi.

Miyaning tuzilish paytidagi jarohatlanishi epilepsiyaning paydo bo'lishining bir sababidir.

Postnatal davrda epilepsiya ko'plab va rang-barang faktorlarini keltirib chiqaradi: miya infektsiyasi, bosh chanog'i jarohatlanishi.

Zararlanish qatoriga hozirgi paytda revmatizmni ham qo'shmoqdalar.

Ko'pgina hollarda kasallik paydo bo'lishini ikki va undan ortiq patogen faktorlarning uyg'unlashuvi va bolaga ta'sir qilishi bilan bog'liqdir.

Patogenez epilepsiyaning o'rganishda ko'pgina mualliflar anatomik ma'lumotlarga etakchi o'rinni berdilar.

Epileptik huruj miyada tomirlarning buzilishi, tomirlardagi spazm tufayli hosil bo'lishidan, deb tushuniladi. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarda modda almashinuvni buzilishi aniqlangan. Epileptik huruj alkoloz holatda bo'lidan ham ko'rinishi. Murakkab epilepsiya patogenezi tushunarliroq bo'lmoqda, agarda masala I. P. Pavlovning reflektor teoriyasini bo'yicha olib ko'rildigan bo'lsa, I. P. Pavlovning fikricha, epileptogen o'chog'i hayajonlanish favqulodda uchlanish, birdan ko'tarilib ketish, davomiylik bilan xarakterlanadi.

Kreyndlerning fikriga ko'ra, epileptik kasallik uch faktordan iborat. Albatta, ko'pgina holatlarda bunday faktorlarni aniq ajrata olmaymiz.

Qo'shimcha faktorlarga lixoradik ahvol, charchash, qayg'urish, menstrual davr, uyqu, ba'zi medikamentlar, masalan, kamfora, kardiadol, alkogol, piramidon strixning va hk.

Shunday qilib, epilepsiya butun organizmning faoliyatida rang-barang buzilish sodir bo'lishidan paydo bo'ladi.

Ta'kidlash kerakki, bunday kasallikni davolashda terapeutik davolash samara beradi, u organizmnning barcha f'zolari faoliyatiga ta'sir qiladi.

Kasalni davolashda hamisha quyidagi printsiplarga amal qilish lozim:

1. Davolash uzoq vaqt uzlusiz bo'lishi. Xuruj to'xtashi bilan davolashni to'xtamaslik kerak. Oxirgisi uch yildan kam bo'lmasligi, ehtiyotlik bilan dori-darmonlarni kamaytirish, terapiya bekor qilinguncha.
2. Ko'pchilik hollarda epileptikaga qarshi har xil preparatlarni qo'llash.
3. Har qaysi bemorga optimal dozirovkani, preparatlarni topish.
4. Epilepsiya qarshi dorilar hamma holatlarda modda almashuvi jarayoni yaxshilaydigan bo'lishi lozim (glyutaminlar, kis lota, vitaminlar).
5. Epilepsiyanı davolash bilan birga albatta, organizmdagi boshqa kasallikkarga e'tibor berish.
6. Har bir holatda ham yuqori natijalarga erishishning muhim sharti: bola hayoti rejimi, tarbiya, o'qitish va mehnat faoliyatini to'g'ri tashkil qilish.

Epilepsiya qarshi davolash usularini to'g'ri qo'llay bilish kerak.

Hozirgi paytda antiepileptik dori-darmonlar ko'p, ammo shundan eng muhim lyuminal hisoblanadi. Geksamedik turli qaltiroq xurujlarida qo'llaydilar. Uning ta'sirida ruhiy holat ham yaxshilanadi, bemorlar yumshaydi, xotirjam bo'ladilar.

Benzonal tutli hurujlarda qaltirashga qarshi ishlatiladi. Psixomotorli xurujda esa kam samara beradi.

Difenin yirik qaltiroq xurujlarda ishlatiladi.

Bura tonik qaltirashda qo'llaniladi.

Xlorakan homiladorlarga va bolalarga tavsiya qilinadi.

Kichik xurujlarda trimetin, piknolepsin, suksilep samaralidir.

Epilaktin xiralanish holatida, kichik va aralash xurujlarda qo'lanyladi.

Tegretol (Shveytsariya) psixomotor xurujida ayniqsa samaralidir.

Finlepsin tegretolga o'xshash, lekin ko'p ta'sirli emas.

Epilepsiya davolashda turli dorivor giyohlar qo'llaniladi (Sereysk, Vorobyov, Bexterev, Brodskiy va boshqalar).

Tajriba shuni ko'rsatadiki, Brodskiy miksturasi va aminazin yaxshi ta'sir ko'rsatadi (ayniqsa katta qaltirash xurujida). Epileptik status shoshilinch xolat, tez tibbiy yordam ko'rsatish lozim.

Harorat darajasi yuqori ko'tarilgan-antibiotiklar, yurak faoliyati buzilganida kordiamin, kofein, nafas yo'li buzilganida-lobelin.

Dori-darmonlarning faqat o'zi epilepsiyanı davolashda to'liq samara bera olmaydi. Kasallikka qarshi kurashda bolaning to'g'ri hayot kechirish ahamiyatli. Bola ko'p vaqtini toza havoda o'tkazishi lozim. O'z vaqtida doimiy va etarli uyqu bo'lishi kerak. To'g'ri ovqatlantirish, ovqat to'yimli va vitaminlarga boy bo'lmosg'i lozim. O'tkir, tuzli ovqatlar to'g'ri kelmaydi. Spirli ichimliklar ichmasligi kerak. Uyqu oldidan yuvintirish zarur. Quyosh nuridan saqlanish kerak. Jismoniy tarbiya bilan shug'ulanish, ko'p cho'zilmagan

holatda. Tajriba ko'rsatadiki, hech qanday ma'lumot bilan shug'ullanmagan kishilarda epilepsiya ko'proq bo'ladi. Bola kasallikka qaramasdan maktab programmasini o'zlashtira olsa, maktabga boradi, sinfda og'ir kechikmalar, xuruj bo'lsa, vaqtincha to'xtatiladi, bu bolalar bog'chasiga ham tegishlidir. Katta epilepsiya bilan kasallangan o'smirlarni mehnatga jalg qilish vrach nazorati orqali bo'ladi. Har qanday foydali mexnat miya faoliyatini yaxshilaydi, kasalga qarshi kurashishda yordam beradi.

Qiyosiy tashhis

Epilepsiya tutqanog'i	Isterik tutqanoq
1. Xech bir psixogen omilsiz yuzaga kelishi mumkin	1. Ruhiy jarohatlovchi omil natijasida, hech bir xabarchisiz yuzaga keladi
2. Aura turidagi xatarchilarga ega	2. Ruhiy jarohatlovchi omil natijasida, hech bir xabarchisiz yuzaga keladi
3. Tutqanojni keyingi kechishi: qisqa tonik faz, so'ngra klonik tutqanoq fazasidan iborat. Xurujning umumiy davomiyligi 1 ½ - 2 minut	3. Tutqanoq xaotik tomtarqoq, xarakterga ega bo'lib, davrlar ketma-ketlikka ega bo'lmaydi, davomiyligi 10 minutdan bir necha soatgacha
4. Tutqanoq xuruji vaktida ko'z qorachig'i yorug'likka reaktsiyasi yo'q, ixtiyorsiz siyidik ajralishi va defikatsiya, tilni tishlab olish kuzatiladi	4. Bunday belgililar kuzatilmaydi
5. Tutkanok xurujini ishontirish yuli tuxtatish mumkin emas	5. Xurujni psixoterapevtik yo'l bilan yoki tashhis ta'sirlovchilar bilan to'xtatish mumkin.
6. To'liq amneziya	6. Amneziya, ko'pincha qisman.

Tutqanoqqa qarshi dorilarni ta'sir mexanizmi

Karbamazepinni ta'sir mexanizmi	Karbamazepinni asosiy ta'siri benzodiazepin retseptorlariga va kaltsiy kanallariga ta'siri, kindling-effektini pasaytirishi ("tebranish" effekti), qachonki uzilgan signallar affektiv bosqichni shakllanishiga olib kelishi mumkin. Valproat kislota tuzini terapevtik effekti GAMKergik neyrotransmissiyaga asosiy ta'sirini ta'minlaydi. Rp:Carbamazepini 0,2 Dtd №50 in tabul. S.ichishga.
Valproatni ta'sir mexanizmi	Valproatni bosh neyroximik ta'sir mexanizmi hisoblanadi GAMK metabolizmiga ta'sir qilib neyromediatorni asosiy markaziy tormozlanishiga olib keadi, pre- va postsinaptik razryadlarni pasaytirishi va postsinaptik membranani qo'zg'alishini kamaytiradi. Rp:Convultxi 0,3

	Dtd №100 in tabul. S. ichishga.
Lamotridjinni ta'sir mexanizmi	Neyromediator aminokislotalar qo'zg'alishini markaziy bloklaydi (glutamat va apartat). Qisqa va generlashgan toniko-klonik epileptik xurujlarda asosiy davolashda qo'llaniladi, shu jumladan ,boshqa tutqanoqqa qarshi preparatlarni effektivligi bo'lmaganda qo'llaniladi.
Vibagatrinni ta'sir mexanizmi	Strukturasi tomonidan GAMKka yaqin,GAMK-transferazani qaytarilmas ingibitori hisoblanadi.u miyada GAMK miqdorini uzoq vaqt ko'taradi,aminokislotalar (glutamat va apartat) qo'zg'alishini pasaytiradi;Gabapentin (Gabapentine),tsiklik,GAMKka qo'shilishi strukturasiga yaqinligi,gematoentsefalik to'siqdan o'tishi va markaziy GAMK-retseptorlariga ta'siri.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:

Talabalar bilimini tekshirish uchun yangi pedagogik texnologiyalar asosidagi interfaol usullar bir qancha bo'lib, shulardan amaliy mashg'ulotlar uchun quyidagi usullardan foydalanish o'rinni.

Galereya bo'ylab sayohat usuli - bunda talabalar kichik guruhga bo'linadi va ruchkaning rangiga qarab guruhga rangli ruchka beriladi. Masalan: qizillar, ko'klar, yashillar, qoralar guruhi. Har bir guruhga alohida mavzu bo'yicha savol beriladi. Masalan: 1) epilepsiya tasnifi; 2) epilepsiyadagi paroksizmal ruhiy buzilishlar; 3) epilepsiyadagi doimiy ruhiy buzilishlar. Kichik guruhlar javoblarni guruhi nomiga mos bo'lган ruchka rangida yozadi. Bunda vaqt chegaralangan bo'ladi. Masalan: 3-5 daqiqa vaqt o'tgach kichik guruhlar soat strelkasi bo'yicha savollarga javob qog'ozlarni almashishadi. Qog'ozlar guruhlarda to'liq aylantirilgach yig'ib olinadi va o'qituvchi tomonidan javoblar o'qiladi. Bunda har bir kichik guruh o'z javobini to'g'rilingini asoslashga harakat qiladi. Har bir to'liq to'g'ri javoblar uchun ball berib asoslashga harakat qiladi. Har bir to'liq to'g'ri javoblar uchun ball berib boriladi. Oxirida eng ko'p ball to'plagan guruh rag'batlantiriladi. Qolgan guruhlardan ham eng faol qatnashgan talabalarga qo'shimcha ballar beriladi.

Romashka (moychechak) usuli – bunda qog'ozlardan romashka barglari tayyorlanadi. Har bir ramashka bargining orqa tomoniga raqamlar yozilgan bo'lib, talaba xohlaganini oladi va qaysi raqam tushgan bo'lsa o'sha raqamda keltirilgan savolga javob beradi. Savollar ro'yxati esa oldingi darsda uyda mustaqil tayyorlanish uchun berib yuborilgan bo'lishi kerak.

6.2 Tahliliy qism

Vaziyatli masala:

1. Bemor 25 yoshda. Yuk tashuvchi bo'lib ishlaydi. Ilgari davo lanmagan. Bemor yilda 1-2 marotaba birdan hushidan ketadi, chinqirib yiqiladi, so'ng tonik-klonik talvasalar kuzatiladi, bu holat amneziya bilan tugaydi.

Javob: epilepsiya, kamdan-kam uchraydigan generalizalashgan tonik-klonik talvasalar.

2. Generalizalashgan tonik-klonik talvasalardan so'ng bemor hushiga kelmasdan yana epileptik tutqanoq boshlandi, so'ng keyingisi. Bu holat bir necha marotaba takrorlandi.

Javob: Epileptik status.

3. Bemor 32 yoshda, epilepsiya bilan 8 yoshida kasallangan. Tonik-klonik talvasalar kuzatiladi. Bemorning holati birdaniga o'zgarishi mumkin. Tashqi ko'rinishidan tajang, jahldor, nimadandir noligandek bo'lib ko'rindi, atrofdagilar bilan janjallahшиб, xujum qilishi mumkin. 1-2 kundan keyin oddiy holatga tushadi.

Javob: epilepsiya, generalizalashgan tonik-klonik talvasalar va disforiyalar bilan.

6.3Amaliy qism

Bemor shikoyatlarini, anamnestik ma'lumotlarni yig'ish; bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazish; tahminiy tashhis qo'yish uchun asosiy anamnestik va klinik belgilarni ko'rsatish; shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish.

1.EPILEPSIYa BILAN KASALLANGAN BEMORNING RUHIY HOLATINI TO'LIQ YoRITiSh

Maqsad: epilepsiya bilan kasallangan bemorni klinik, paraklinik va patopsixologik tekshiruvdan o'tkazib, ruhiy holatini to'liq yoritish.

Bajaraladigan bosqichlar:

1. Anamnestik ma'lumotlarni yig'ishda irsiyati, homilalik vaqt va tug'ilishi, bolalik chog'ida respirator epizodlar, febril talvasalar, spazmofiliya bo'lganligini aniqlash.

2. Talvasa hurujlari mavjudligini to'liq yoritish.

3. Ilk bolalik davrlardagi jismoniy va ruhiy rivojlanish xususiyatlarini aniqlash.

4. Anamnestik ma'lumotlarni bayon qilganda bemorning shaxsiy xususiyatlarini, hurujsimon buzilishlarning dinamikasini yoritish.

5. Bemorning ruhiy holatini to'liq baholash uchun paraklinik, patopsixologik tekshiruvlarni o'tkazish.

2. ShOShILINCh HOLATLARDA YoRDAM KO'RSATiSh.

Maqsad: epileptik tutqanoqda yordam ko'rsatish.

Bajaralidigan bosqichlar:

1. Bemor yoniga yaqinlashish

2. Boshi tagiga yumshoq narsa (kiyim, yostiq) qo'yish.

3. Havoni etarli bo'lishi uchun bemor yoqasi, kamar, galstugini echish.
4. Aspiratsiyani oldini olish uchun bemor boshini yoniga o'girish.
5. Hurujdan so'ng bemorga seduksen 0,5% eritmasi 2ml yoki magneziya sulfati 25% 10ml v/i yuboriladi.
6. Keyin bemorga laziks eritmasi 1% 2ml va aminazin 2,5% eritmasi 2ml m/o yuboriladi.

7.Malaka, ko'nikma va bilimlarni tekshirish usullari

- og'zaki;
- yozma;
- test;
- vaziyatli masalalar echish;
- o'zlashtirilgan amaliy ko'nikmalarni namoyish etish.

Testlar

1. Qanday buzilish epilepsiyanı psixik ekvivalenti hisoblanadi?
 - A) absans
 - B) propulsiv xuruj
 - V) retropulsiv xuruj
 - G) disforik xuruj
 - D) rotator xuruj
2. Epileptik kasallarga qaysi fikrlash tipi xos?
 - A) maxmadonalik
 - B) tutruqsizlik
 - V) ambivalentlik
 - G) quyushqoqlik
 - D) simvollik
3. Epileptik statusdan chiqazishda qaysi preparat effektiv?
 - A) galoperidol
 - B) triftazin
 - V) amitriptilin
 - G) seduksen
 - D) insulin
4. Tutqanoqsiz paroksizm qanday variantlarda bo'ladi?
 - 1.ambulator avtomatizm
- 2.psixik avtomatizm
 - 3.shomsimon ong buzilishi
 - 4.disforiya
- 5.saalamli xurujlar
 - 5.Epileptik kasallikni doimiy simptomlarini ko'rsating:
 - 1.epi-tip bo'yicha shaxs o'zgarishi
 - tafakkurni o'zgarishi –patologik quyushqoqlik
 - 3.epileptik aqli zaiflik
- 4.tutqanoq xurujlarini psixik ekvivalentlari
- 5.ambulator avtomatizm

6.tutqanoq xurujlari

6.Bemorda epilepsiya kayfiyati 2 kundan beri jahldor, hafa, qo'zg'aluvchan, yaqinlariga agressiv. Holatni va xatti-harakatingizni aniqlang:

1.disforiya

2.psixik shifoxonaga yuborish

3.psixiatr konsultatsiyasi

Javob: 1,3,2

7.EEG olishga bemorni tayyorlash:

1.Bemorga ko'zini ochish va tez yumish so'raladi yorug'likka reaktsiyani to'g'rlab,qog'ozga yoziladi

2.EEG bosh kiyimi kiyg'iziladi.Fiz.eritmali paxta bilan elektrodlar shimdirliladi

3.Boshdag'i kerakli sohalarga elektrodlar qo'yiladi (12ta elektirod).EEG yoqiladi.

4.Apparat o'chiriladi,3 minut davomida bemorga tez nafas olish so'raladi,bosh kiyim echiladi.

5 .3 kunga tutqanoqqa qarshi preparatlar bermay turiladi,1kun uylanmaydi.

Javob: 5,2,3,1,4

8. Epileptik xuruj bosqichlarini ketma-ketligini to'g'ri joylashtiring:

1.Klonik xurujlar

2.Xabar beruvchi

3.Tonik xurujlar

4.Koma,chuqur uyqu

5.To'liq amneziya

Javob: 2,3,1,4,5

9.Birlamchi epileptik xurujda taktika:

1.bemorni boshini yonga burish

2.boshini tagiga birorta yumshoqroq narsa qo'yish

3.yoqasini bo'shatish

4.galstukni echish

Javob: 2,1,3,4

10.Epilepsiyada epileptik xurujni psixik ekvivalentiga tegishli holatni ayting:

• 1.disforiya

• shomsimon ong buzilishi

3.epileptik dementsiya

4.epileptik psixoz

5.fikrlashni patologik quyushqoqligi

11.Tutqanoqqa qarshi preparatlarni ko'rsating:

1. Klozapin

• Karbamazepin

3. Klonazepam

4. Tizertsin

5.Seduksen

12.Epileptik kasallikdagi paroksizmal simptomlarni toping:

• 1.tutqanoqli paroksizmalar

2. tafakkurni o'zgarishi –patologik quyushqoqlik

3.epileptik aqli zaiflik

- shomsimon ong buzilishi
- 5.disforiya

13.Kichik epileptik xurujni va unga mos keladiganini toping:

1. absans
- 2.propulsiv xuruj
- 3.Jekson xuruji
- 4.Kojevnikov xuruji
- 5.Salamov xuruji

A.qo'l va oyoq mushaklarida tonik yoki klonik tutqanoqlar tananing yarmida kuzatiladi

B.tutqanoq bo'limgan qisqa muddatli hushidan ketish

V.hushini yo'qotmasdan qo'l-oyoq mushaklarining klonik tutqanog'i

G.birdaniga tanani egilishi,bosh bo'shashgan, qo'li musulmoncha salom berayotgandek bo'lib qolishi

D.turli xil oldinga harakatlar

Javob: 1-B, 2-D, 3-A,4-V,5-G

8.Joriy baholash mezonlari

O'zlash-tirish foiz (%) va ballda	Baho	Talabaning bilim darajasi
96-100	A'lo «5»	Epilepsiya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, epileptik tutqanoq turlari, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq va to'g'ri javob berish. Mustaqil xulosa va qaror qabul qilish, ijodiy fikrlay olish, mustaqil mushohada yuritish. Vaziyatli masalalarini to'g'ri va ijodiy echish, javoblarni to'liq asoslab berish. Interaktiv o'yinlarda faol va ijodiy qatnashish va ularni echishda ijobjiy xulosalar va tahlil qilish. Shoshilinch holatda terapevtik taktikani aniqlash. Retseptlarni dori shakliga mos holda, dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalarini to'g'ri ko'rsatib yozish.
91-95	A'lo «5»	Epilepsiya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, epileptik tutqanoq turlari, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq va to'g'ri javob berish. Ijodiy fikrlay olish, mustaqil mushohada yuritish. Vaziyatli masalalarini to'g'ri va ijodiy echish, javoblarni to'liq asoslab berish. Interaktiv o'yinlarda faol va ijodiy qatnashish va ularni echishda ijobjiy xulosalar va tahlil qilish. Shoshilinch holatda terapevtik taktikani aniqlash. Retseptlar dori shakliga mos holda dozalari va qo'llash

		uchun ko'rsatmalar yozish.
86- 90	A'lo «5»	Epilepsiya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, epileptik tutqanoq turlari, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq yoritish, lekin 1-2 ko'pol bo'lmanan xatoga yo'l qo'yilishi mumkin. Mustaqil tahlil qilish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin ayrim noaniqlarni ko'rsatish. Interaktiv o'yinlarda faol qatnashish, to'g'ri qaror qabul qilish. Retseptlar dori shakliga mos holda dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalar yozish.
81-85	Yaxshi «4»	Epilepsiya kasalligining tasnifi, etiopatogenezi, epileptik tutqanoq turlari, yoshga xos xususiyatlari, davolash printsiplari bo'yicha to'liq yoritish, lekin 2-3 ko'pol bo'lmanan xatoga yo'l qo'yish. Amalda qo'llay olish, mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblarning to'liq yoritilmasligi. Interaktiv o'yinlarda faol qatnashish, to'g'ri qaror qabul qilish. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalari va qo'llash uchun ko'rsatmalarni to'g'ri ko'rsatib yozish.
76-80	Yaxshi «4»	Talaba epilepsianing tasnifi, epileptik tutqanoq turlari bilishi, lekin ularning yoshga xos xususiyatlarni yaxshi bila olmasligi. Mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Interaktiv o'yinlarda faol qatnashish. Vaziyatli masalalarga to'liq javob bermasligi mumkin. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin qo'llash uchun ko'rsatmalar to'liq ko'rsatilmasligi.
71-75	Yaxshi «4»	Savollar to'g'ri, lekin to'liq yoritilmaydi. Talaba tasnifni biladi, lekin klinik belgilarni, yoshga xos xususiyatlarni to'liq bila olmasligi. Mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarga to'liq javob bermasligi. Retseptlar dori shakliga mos holda, dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin qo'llash uchun ko'rsatmalar to'liq ko'rsatilmagan.
66-70	Qoniqarl i «3»	Savollarning yarmini xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritish. Talaba kasallik tasnifini bilishi, lekin klinik belgilarni, yoshga xos xususiyatlarni yaxshi bilmasligi. Faqat ba'zi savollar bo'yicha mohiyatini tushunish, bilish, aytib berish, tasavvurga ega bo'lish. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblar asoslاب berilmagan. Retseptlar dozalarini to'g'ri ko'rsatib yozish, lekin dorining ishlab chiqarilgan shakllarini yozib berishda xatoga yo'l qo'yishi.
61-65	Qoniqarl	Savollarning yarmi xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritilishi. Kasallik tasnifini, klinik belgilarni aytib

	i «3»	berishda xatoga yo'l qo'yilishi. Faqat ba'zi savollar bo'yicha mohiyatini tushunish, javobi to'liq emas. Vaziyatlari masalalarni to'g'ri echish, lekin javoblar asoslab berilmasligi, xato qo'yilishi. Retseptlarning shakli to'g'ri, lekin qo'llanilishi ko'rsatmay yozilishi yoki dozalarida xatoga yo'l qo'yilishi.
55-60	Qoniqarli i «3»	Savollarning yarmi xatolarga yo'l qo'yilgan holda yoritilish. Kasallik tasnifini, klinik belgilarni aytib berishda xatoga yo'l qo'yish. Javobi noaniq, mavzu bo'yicha birmuncha tasavvurga ega bo'lismi. Vaziyatlari masalalarni echishda xatoga yo'l qo'yish. Retseptlar xato yozilgan, qo'llanilishi ko'rsatmay yozilgan va dozalarida xatoga yo'l qo'yish.
54 va undan past	Qoniqarsiz «2»	Javob va vazifalarni bajarish minimal darajadan past va bahola olinmaydi. Amaliy ko'nikmalarini o'zlashtirish past, to'liq xajmda emas.

9. Mashg'ulotning xronologik xaritasi

№	Mashg'ulot bosqichlari	Mashg'ulot shakli	Davomiyligi (min.)
			180
1.	O'qituvchining kirish so'zi (mavzuni asoslash)		5
2.	Amaliy mashg'ulot mavzusini muhokama qilish, yangi pedagogik texnologiyalar (kichik guruuhlar, munozara-bahs, vaziyatlari masala, «Qora quticha», «O'rgimchak ini» va h.k.), shuningdek, ko'rgazmali materiallar (slayd, audio-videokasseta va h.k.)ni qo'llagan holda talabalarning dastlabki bilim darajasini tekshirish	so'rov, tushuntirish	50
3.	Muhokamaga yakun yasash		10
4.	Talabalarga mashg'ulotning amaliy qismini bajarish uchun topshiriq berish. Topshiriqlarni bajarish tartibi bo'yicha ko'rsatmalar va tushuntirish berish. Mustaqil kuratsiya		25

5.	Talabalarni mashg' ulotning amaliy qismini o'qituvchi yordamida egallashi (tematik bemor kuratsiyasi)	kasallik tarixi, ishbilarmon o'yinlar, klinik vaziyatli masala	30
6.	Tematik bemorni patopsixologik, laboratoriya, instrumental tekshiruvlaridan o'lingan natijalarining tahlili, differential diagnostika, davolash va sog'lomlashtirish rejasini tuzish, retseptlar yozish va h.k.	patopsixologik usullarni qo'llash	25
7.	Talabalarning o'zlashtirgan nazariy bilimlarini va amaliy ish natijalarini muhokama qilish, mustahkamlash va mashg' ulot maqsadiga erishilganlik darajasini hisobga olgan holda guruh faoliyatini baholash	og'zaki so'rov, test, munozara-bahs, amaliy ish natijalari ni tekshirish	25
8.	Ushbu mashg' ulot bo'yicha o'qituvchining xulosasi, har bir talaba faoliyatini 100-ballik tizim bo'yicha baholash va e'lon qilish. Keyingi darsga tayyorlanish uchun talabalarga vazifa berish (savollar to'plami)	Axborot, mustaqil tayyorlanish uchun savollar	10

10. Nazorat uchun savollar

1. Qanday patogen omillar epilepsianing rivojlanishiga ta'sir qiladi?
2. «Epilepsiya» tushunchasiga ta'rif bering.
3. Epilepsianing tashhislash tamoyillari.
4. Epileptik kasalligining xurujli va xurujsiz paroksizmlarini ayting.
5. Epileptik statusda shoshilinch yordam.
6. Birlamchi epileptik xurujda vrach taktikasi.
7. Qanday buzilish epilepsiyanı psixik ekvivalenti hisoblanadi?
8. Epileptik bemorlarda shaxs o'zgarishlari nima bilan namoyon bo'ladi?
9. Epileptik kasallarga qaysi fikrlash tipi xos?
10. Tutqanoqsiz paroksizm qanday variantlarda bo'ladi?
11. Epileptik kasallikni doimiy simptomlarini ko'rsating.
12. Epileptik beiorlarni davolashga qanday talablar qo'yiladi?

11. Adabiyotlar

Asosiy:

1. Olimov X.O., U.X.Olimov Psixiatriya klinikasining mukaddimas Toshkent, 1997.
2. Xodjaeva N.I., Shayusupova A.U. Psixiatriya.- Tashkent, 1995.

3. Jarikov N.M. i dr. Psixiatriya.- M., 1989.
4. Korkina M.B., Tsivilko M.A., Marilov V.V., Kareeva M.A. Praktikum po psixiatriii. Moskva, 1986

Qo'shimcha:

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