

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**БОЛАЛАР МИЛЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ.
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ.
ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ ВА МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ МАРКАЗИ.**

**"БОЛАЛАРДА ТАЛВАСА СИНДРОМИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

«КЕЛИШИЛДИ»
Болалар миллий тиббиёт
маркази директори
Б.Я.Умаров



**"БОЛАЛАРДА ТАЛВАСА СИНДРОМИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

1. Болаларда талваса синдромини диагностика қилиш ва даволаш бўйича Миллий клиник протокол, таснифлаш.....9
2. Болаларда талваса синдромини диагностика қилиш ва даволаш бўйича Миллий клиник протокол, диагностика.....11
3. Болаларда талваса синдроми ва дегидратасия, диагностикаси ва даволаш бўйича Миллий клиник протокол, интенсив терапия13

**"БОЛАЛАРДА ТАЛВАСА СИНДРОМИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

1. Кириш

ХКТ кодлари-10/11

ХКТ-10/11	
R56/ 6C44.42	ТАЛВАСА СИНДРОМИ
	https://mkb-10.cm/index.php?pid=17212 https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025-йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028-йил ёки янги асосий далиллар юзага келганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда нашр этилади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Болалар миллий тиббиёт маркази

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшган шахслар:

Ишчи гуруҳ таркиби:

1. Сатвалдиева Е.А. - тиббиёт фанлари доктори, professor, ишчи гуруҳ раҳбари, Болалар миллий тиббиёт марказида анестезиология ва реаниматология бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигида болалар бош анестезиолог ва реаниматолог.
2. Хамраева Гули Шаҳобовна - Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази болалар анестезиологияси ва реаниматологияси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, professor.
3. Мухитдинова Хурия Нуриддиновна - тиббиёт фанлари доктори, Тиббиёт ходимларини ривожлантириш ва малакасини ошириш маркази болалар анестезиологияси ва реаниматологияси кафедраси профессори.
4. Усмонов Рифкат Ринатович - Болалар миллий тиббиёт маркази neonatal ва кардиореанимацияси бўлими шифокори.
5. Ходжиев Бахриддин Фарходович - Болалар миллий тиббиёт маркази жарроҳлик бўлими бошлиғи.
6. Ашурова Гулчехра Зокиржоновна - Тошкент педиатрия тиббиёт институти анестезиология ва реаниматология кафедраси ассистенти ва Болалар миллий тиббиёт маркази реаниматолог шифокори.
7. Куралов Елдор Турғун ўғли - Болалар миллий тиббиёт маркази анестезиолог-реаниматолог шифокори.
8. Абдуқодиров Абдулазиз Абубакирович - Болалар миллий тиббиёт маркази анестезиолог-реаниматолог шифокори.
9. Саломов Улуғбек Иноятович - Самарқанд вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази реанимация ва интенсив терапия бўлими бошлиғи.

Тақризчилар:

1. Ибрагимов Н.К. – ТТА анестезиология ва реаниматология кафедраси мудир.

Ташқи эксперт баҳоси:

1. Сепбаева А.Д. - тиббиёт фанлари доктори, professor, болалар анестезиологияси ва реаниматологияси курси билан академик К.С. Ормантаев номидаги болалар жарроҳлиги кафедраси мудир, Асфендияров номидаги Қозоғистон миллий тиббиёт университети, Олмаота шаҳри, Қозоғистон Республикаси.

Техник эксперт баҳоси ва таҳрирлаш:

1. Ибрагимов Неъматжон Комилжонович - Тошкент тиббиёт академияси

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассислари томонидан эксперт баҳолаш:

1. Алимов Ахрорбек Абдурасулович – Болалар миллий тиббиёт маркази

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 мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама: БМТМ-нинг 202__-йил _____даги ____-сонли кенгаши.

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:**Ушбу нозология бўйича протокол фойдаланувчилари:**

1. Болалар анестезиологлари ва реаниматологлари,
2. Шошинч тиббий ёрдам шифокорлари,
3. Педиатрлар
4. Кардиологлар
5. Умумий амалиёт шифокорлари
6. Терапевтлар
7. Болалар жарроҳлари
8. Функционал диагностика бўйича шифокорлар.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси - болалар ёши 0-18 ёш;

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилик даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи

ДИД	Тафсиф
1	Референс усули билан назорат қилинадиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда тасодифий бўлган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
2	Референс усули билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида тасодифий тақсимланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда тасодифий бўлган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш.
3	Референс усули билан кетма-кет назорат қилинмайдиган тадқиқотлар ёки оьрганилаётган усулдан мустақил боълмаган референс усули билан оьтказилган тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар.
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи.
5	Фақат ҳаракат механизми асосланиши ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактика, даволаш, реабилитация амалиётлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи

ДИД	Тафсиф
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТни тизимли кўриб чиқиш.
2	Алоҳида РКТ ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РКТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиш.
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, "вазиятни назорат қилиш" бўйича тадқиқотлар.
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактика, диагностика, даволаш, реабилитация амалиётлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (Тидбш)

Тидбш	Тафсиф
А	Қатъий тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мувофиқлашган ҳисобланади).
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонларининг (натижалари) барчаси ҳам муҳим емас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега емас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мувофиқлашган емас).
С	Заиф тавсия (тегишли сифатдаги далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим емас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга ега ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мувофиқлашган емас).

Асосий қисм

1. Кириш

Талваса синдроми (Ц) – боланинг организми ташқи ва ички таъсирчанликка бўлган ноаниқ реакцияси бўлиб, кутилмаганда юзага келадиган, ихтиёрсиз мушак қисқаришлари билан характерланади. Талваса синдромининг юзага келиши кўплаб оғир ҳолатлар, шу жумладан бош мия шикастланишлари (БМCh) белгисидир. БМCh билан бирга келадиган талваса синдроми бўлса, ўлим даражаси сезиларли даражада юқори.

Умумий таснифи:

- **Ўткир талвасалар:** Биринчи марта юзага келади ва уни қўзғатувчи омил бўлади.
- **Сурункали талваса:** Тўғри даволаш бўлмаса, мунтазам равишда такрорланади. Бу асосан эпилепсия таснифи ҳисобланади.

Жадвал 1. Талваса классификацияси

Классификация мезони	Тутилиш тури	Тавсифи
Клиник намоён бўлишига кўра	Фокал (қисман)	Маҳаллий талвасалар, оддий (онг йўқолмайди) ёки мураккаб (онг йўқолади). Иккинчи даражали умумлашув мумкин.
	Умумлашган	Тоник-клоник, абсанс, мёклоник, атоник ва тоник талвасаларни ўз ичига олади.
	Neonatal	Янги туғилган чақалоқлар учун хос, ритмик ҳаракатлар, апное ёки чайнаш ҳаракатлари билан намоён бўлади.
Этиологиясига кўра	Идиопатик	Аниқ сабаб йўқ, генетик мойиллик билан боғлиқ.
	Симптоматик	Аниқ патология туфайли юзага келади: гипоксия, инфекция, метаболик ёки структуравий бузилишлар.
	Криптоген	Тузилмавий ёки метаболик бузилишлар бўлмаган ҳолда номаълум келиб чиқишли талвасалар.
Ёшга боғлиқ	неонатал	Ҳаётнинг биринчи 28 кунда юзага келадиган талвасалар, одатда гипоксия, инфекция ёки метаболик бузилишлар билан боғлиқ.
	Фебрил	6 ойдан 5 ёшгача бўлган болаларда тана ҳароратининг ошиши билан юзага келади, одатда хавфсиз.
	Ёшга боғлиқ эпилептик синдромлар	Муайян ёш даврида бошланади (масалан, Леннокс-Гасто синдроми болаликда).
Давомийлигига кўра	Изоляция қилинган	5 дақиқагача давом этади.
	Узоқ давом этувчи	5 дақиқадан кўп, аммо 30 дақиқадан кам давом этади.

	Status эпилептикус	30 дақиқадан кўп давом этадиган ёки талвасалар орасида онг тикланмайдиган эпизодлар.
Патофизиологик механизмга кўра	Эпилептик	Нейронал пароксизмал фаоллик сабабли юзага келади.
	Эпилептик бўлмаган	Метаболик, токсик ёки инфекцион сабаблар билан боғлиқ.
Махсус категориялар	Рефлектор	Маълум бир омилга жавобан юзага келади (масалан, гипернафас олиш, ёруғлик стимуллари).
	Нафасни ушлаб қолиш билан боғлиқ талвасалар	Гўдаклар ва кичик ёшдаги болалар учун хос, йиғлаш ёки stress пайтида юзага келади.

Жадвал 2. Электродит баланси бузилиши билан боғлиқ талвасаларнинг таснифи

Классификация мезони	Бузилиш тури	Тавсифи	Клиник белгилари
Гипокалцемия	Паст калсий даражаси (<2 ммол/л)	Нейронларнинг гиперқўзғалувчанлигига сабаб бўлади, янги туғилганларда, айниқса муддатидан олдин туғилган чақалоқларда учрайди.	Тоник-клоник талвасалар, тетания, карпопедал спазм, асабийлашиш.
Гипернатриемия	Юқори натрий даражаси (>145 ммол/л)	Сувсизланиш, гиперосмолярлик (масалан, қандли диабет инсипида) туфайли юзага келиши мумкин.	Кучли умумийлашган талвасалар, бош оғриғи, қайт қилиш, уйқучанлик.
Гипонатриемия	Паст натрий даражаси (<135 ммол/л)	Кўпинча ортиқча суюқлик юбориш, буйрак етишмовчилиги ёки гипотоник еритмалар билан боғлиқ.	Умумийлашган талвасалар, онг чалкашлиги, мия шишиши.
Гипомагниемия	Паст магний даражаси (<0,6 ммол/л)	Одатда гипокалцемия билан бирга учрайди. Туғма метаболизм бузилишлари ёки озик-овқатдан магний етишмовчилиги сабаб бўлиши мумкин.	Мушакларнинг заифлиги, мушак тортишишлари, тоник-клоник талвасалар.
Гиперкалцемия	Юқори калсий даражаси (>2,5 ммол/л)	Асосан гиперпаратиреоз ёки хавфли ўсмалар билан боғлиқ.	Заифлик, мушак тонусининг пасайиши, камдан-кам ҳолларда талвасалар.
Гипокалиемия	Паст калий даражаси (<3,5 ммол/л)	Узоқ давом этган диурез, қайт қилиш, ич кетиши ёки калий етишмовчилиги билан боғлиқ.	Мушак спазмлари, аритмиялар, кам ҳолларда фокал талвасалар.
Гиперкалиемия	Юқори калий даражаси	Буйрак етишмовчилиги, хужайралар лизи, гемолиз туфайли юзага келиши мумкин.	Умумийлашган талвасалар,

	(>5,5 ммол/л)		аритмиялар, парестезиялар.
Гипофосфатемия	Паст фосфат даражаси (<0,8 ммол/л)	Кўпинча сурункали алкоголизм, диабетик кетоацидоз, узок муддат очликда юзага келади.	Мушак заифлиги, парестезиялар, талвасалар, онгнинг бузилиши.
Гиперфосфатемия	Юкори фосфат даражаси (>1,5 ммол/л)	Буйрак етишмовчилиги ёки фосфатларнинг ортиқча киритилиши туфайли юзага келиши мумкин.	Онг чалкашлиги, талвасалар, мия шиши.

Ўткир талваса синдромининг этиологияси:

- **Марказий асаб тизими инфекциялари**
- **Иситма (фебрил талвасалар)**
- **Туғруқ ёки бош мия травмаси ва мия ҳажмли ўсмаларда**
- **Електр жароҳатилар.**
 - **Метаболик бузилишлар** (гипогликемия ёки гипергликемия, электролитлар мувозанати бузилиши, уремия, билирубин енсефалопатияси, еклампсия.)
- **Заҳарланиш ёки токсик моддаларнинг таъсири.**

Эпилепсия:

Эпилепсиянинг классификацияси кенг қамровли ва қуйидагиларга асосланган:

- Тутканок тури: парсиял ёки генерализациялашган.
- Биринчи белгиларнинг уошига боғлиқлиги.
- Неврологик ўчоғининг жойлашуви ва фаоллашуви
- ЕЕГ белгиларига таҳлили (Мигренда, Уйку бузилишлари, тунда қўрқиб уйғониш, Уйкуда гапириш, сомнамбулизм) ва бошқалар.

Генерализацияланган талвасалар

1. **Абсанслар:** Кичик талваса турлари, асосан беморнинг қисқа муддатли тўхтаб қолиши билан кечади (хушни йўқотмасдан диққатни йўқотиш).
2. **Миёклоник талвасалар:** Мушак ёки мушак гуруҳларининг тўсатдан ва ихтиёрсиз қисқариши.
3. **Клоник талвасалар** ритмик мушак қисқаришлари, катта мушак гуруҳларини камраб олиб, ўткир ҳаракатларга сабаб бўлади.
4. **Тоник талвасалар:** Танада тоник таранглик билан намоён бўлади, пастки оёқлар екстензия ҳолатида, юкори оёқлар флексияда бўлади, кўз ҳаракати феноменлари (кўз қарашининг йўналиши ўзгариши, қотиш ёки юмилиб қолиш), хушни йўқотиш ва постталвасали чалкашлик билан бирга келиши кузатилади.
5. **Биринчи навбатда генерализацияланган тонико-клоник талвасалар.** (Эпилепсиянинг классик кўриниши)
6. **Атоник талвасалар** (Хушни йўқотиш ва мушак тонусининг тўлиқ йўқолиши)

Анамнездан биринчи талваса ҳолати:

Эпилептик характердаги талвасаларнинг юқори еҳтимолини кўрсатувчи белгилар:

- Нейрологик бузилишлар ва психомотор ривожланишнинг кечикиши.
- Оила тарихида талвасалар бўлиши (тана ҳарорати normal бўлса ҳам).
- Талвасанинг узоқ давом етиши.
- Бир нечта талваса эпизодлари.
- Талвасанинг қисман характерда бўлиши.

Агар ушбу белгилар бўлмаса ёки фақат биттаси мавжуд бўлса, эпилепсия еҳтимоли 2%дан ошмайди.

Режали даволаш тамойиллари:

- Беморнинг ҳолатини назорат қилиш ва клиник кўрсаткичларга асосланган даволаш режаларини белгилаш.

Шошилич даволаш

Кўрсатмалар:

1. Талваса эпизоди 5 дақиқа ичида мустақил тўхтамаса, вентиляция, оксигенация ёки юрак-қон томир тизими фаолияти бузилиши мавжуд бўлса.
2. **Эпистатус (ЭС)** мавжудлиги:
 - 30 дақиқадан ортиқ давом етадиган талваса ёки ҳуш йўқолган ҳолда қайталанувчи қисқа талвасалар.
 - Бир сутка ичида 3 дан ортиқ генерализацияланган талваса кузатилиши – ЕС ривожланиши хавфи.

Шошилич ёрдам алгоритми:

1. **Бемор хавфсизлигини таъминлаш:**
 - Нафас йўллариининг ўтказувчанлигини сақлаш учун беморни ён томонга ётқизиш (*Recovery position*).
 - Кислород ниқоб орқали юбориш.
2. **Талваса пайтида бажарилмаслиги керак бўлган манипуляциялар:**
 - Беморни ушлаб турманг: Бу қўл-оёқ ёки умуртқа шикастланишига олиб келиши мумкин.
 - Оғизга нарсаларни солманг: Бу тиш, жағ ь ёки нафас йўллариининг шикастланишига сабаб бўлиши мумкин.
 - Жағларни очишга уринманг: Бу беморга (тиш синиши, жароҳатлар) ва ёрдам берувчига (тишлаш хавфи) зарар етказди.
 - Сунъий нафас олдиришга уринманг: Фаол талваса пайтида бундай уринишлар фойдасиз ва жароҳатларга олиб келиши мумкин.
 - Веноз киришсиз дори юборманг (ректал diazepam бундан мустасно).
 - **Гипертоник еритмаларни кўрсатмасиз қўлламанг:** Гипонатриемияни вена ичига кўрсатмасиз юборманг осмотик демиелинизация синдромига олиб келиши мумкин.
3. **Медикаментоз даволаш:**
 - **Веноз кириш мавжуд бўлса:**
 - **Бензодиазепинлар:**

- **Diazepam:** 0.1–0.2 мг/кг вена ичига, зарур бўлса, 3-5 дақиқадан кейин такрорлаш (15-30 дақиқагача давом еттириш).
- **Midazolam:** 0.1–0.2 мг/кг вена ичига, зарур бўлса, 5 дақиқадан кейин такрорлаш.
- **Веноз кириш мавжуд бўлса, аммо бензодиазепинлар самарасиз бўлса ёки 10 дақиқа давомида талваса тўхтамаса:**
 - **Propofol:** 1 мг/кг вена ичига, 2-3 дақиқадан кейин bolus қўшиш.
 - **Тиопентал:** 2-3 мг/кг вена ичига, зарур бўлса, 0.5–1 мг/кг ни ҳар 2-3 дақиқада такрорлаш.
 - **Валпроат кислотаси:** 40 мг/кг вена ичига 10 дақиқа давомида юборилади. Зарурат бўлса, яна 20 мг/кг 5 дақиқада қўшилади.
- 4. **Веноз кириш мавжуд бўлмаса:**
 - Муқобил усуллар:
 - **Суяк ичи кириш йўли:** Тажрибага ега бўлганда, **танлов усули.**
 - Мушак ичига, ректал ёки буккал йўл билан дориларни юбориш.

Талвасадан кейин:

1. **Recovery position.**
2. Веноз киришни таъминлаш.
3. Талваса сабабини аниқлаш:
 - Лаборатория текшируви: Қон глюкоза даражаси, электролитлар, зарурат бўлса, қоннинг кислота-ишқор ҳолати (КИС).
 - Касаллик тарихи йиғиш, тана ҳароратини ўлчаш, асаб тизими ҳолатини баҳолаш.
4. Беморни камида 24 соат кузатиш.

Алгоритм:

1. **Нафас йўллариинг ўтказувчанлигини таъминлаш (Recovery position).**
2. **Кислородотерапия.**
 - Веноз кириш бўлса: Бензодиазепин, глюкоза ва электролитларни текшириш.
 - Веноз кириш бўлмаса:
 - Қон глюкозаси ва электролитларни лабораторияда текширишни бошлаш.
 - 3 дақиқадан ошмаган вақт ичида веноз киришни қидиринг ёки суяк ичи киришни ўрнатинг.
 - Агар веноз кириш ўрнатиш 3 дақиқадан ортиқ вақт олса: Мушак ичига ёки ректал йўл билан бензодиазепин юборинг.
3. **Агар талваса 10 дақиқа давомида ёки иккинчи бензодиазепин дозаси берилгандан кейин ҳам тўхтамаса:**
 - Иккинчи қатор антиконвулсантлар.
 - Сунъий вентилицияга ўтказиш (ИВЛ).

Жадвал 4. Терминология ва асосий клиник ҳолатлар

Термин	Тавсиф	Изоҳлар
Тонник фаза	Мускулларни қотиш.	Кўпинча талвасанинг бошланишида кузатилади.
Тоннико-клонико фаза	Мускулларнинг ритмик тарзда қотиши ва бўшашиши, чайқалиш кўринишини яратади.	Енерализацияланган талвасаларнинг асосий фазаси.
Децеребрацион позиция	Бош мия ичидаги босимнинг ошгани белгилари (БМБ), тонник фазаси билан	Нейхирургик патологияни истисно қилиш зарур.

	status-эпилептикусни аралаштирмаслик керак.	
Токсикликка шубҳа	Токсиколог билан маслаҳатлашишни талаб қиладиган ҳолат.	Айниқса, талвасанинг сабаби номаълум бўлганда муҳим.

Жадвал 5. Лаборатория ва асбоб-ускунавий текширувлар

Тадқиқот	Тавсиф	Кўрсатмалар	Изоҳлар
Суякда калсий	2 ёшдан кичик болаларда чақирилмаган талвасалар билан текширилади.	1 ёшдан кичик болалар, айниқса, талвасаларнинг аниқ сабаблари бўлмаган ҳолларда.	Калсий етишмовчилиги талвасақа сабаб бўлиши мумкин.
Электролитлар ва глюкоза	Гипогликемия, гипонатриемия ёки бошқа бузилишларни аниқлаш учун ўлчанади.	Талвасадан кейин уйқучанлик, руҳий ҳолатнинг ўзгариши.	Гипогликемияни тезда аниқлаш, рецидивни олдини олиш учун муҳим.
Электрокардиограмма (ЭКГ)	Аримияга боғлиқ синкопе ёки нафас олишни тўхтатиш спазмлари диагностикаси учун ишлатилади.	Синкопе фонида талвасалар ёки номаълум етиёлогияли талвасалар.	Юрак касалликлари оилавий тарихига ега болаларда айниқса муҳим.
Электроэнцефалограмма (ЕЕГ)	Эпилептиформ фаолиятни аниқлашда ёрдам беради, эпилепсия ёки status-эпилептикус ташхисини тасдиқлайди.	Оқибатли талвасалар, айниқса, но-конвулсив status-эпилептикус шубҳасида.	Тезкор ЕЕГ дастлабки 24 соат ичида ташхисни аниқлаш учун ўтказилади.
Нейровизуализация	МРТ мия тузилишидаги бузилишларни аниқлаш учун КТдан афзалроқ.	Фокусли талвасалар, постиктал неврологик бузилишлар, мустаҳкам бош оғриғи.	МРТ талвасаларнинг сабаблари (мезиал склероз, миграция нуқсонлари)ни яхшироқ визуализация қилади.
Лумбал пунксия (ЛП)	Менингит ёки бошқа марказий асаб тизими инфекцияларини истисно қилиш учун ўтказилади.	12 ойгача болалар, руҳий ҳолатнинг ўзгариши, иммунодефицит белгиларининг мавжудлиги.	Фақат аниқ клиник кўрсатмалар мавжуд бўлса, рутин ўтказиш тавсия етилмайди.

Матнли қўшимчалар бўлимлар 6 ва 7 учун:

6. Терапия самарадорлигини баҳолаш:

Талвасалар учун самарадорлик баҳолаш куйидаги мезонлар бўйича амалга оширилади:

- Талваса фаолиятининг тўхтатилиши.
- Електролитлар мувозанати, глюкоза ва калсий даражасининг нормаллашиши.
- ЭЭГ маълумотларига кўра епилептиформ фаолиятнинг йўқлиги.
- Онг ва рухий ҳолатнинг барқарорлашиши.
- Қўшимча равишда, узун постиктал ҳолатларда яширин епилептик фаолиятни аниқлаш учун ЭЭГ мониторингини ўтказиш тавсия этилади.

7. Асоратларга эга болаларни бошқариш хусусиятлари:

1. **Гипогликемия:**
 - 10% глюкоза еритмасини (2 мл/кг интравеноз) дарҳол юбориш.
 - Ҳар 15 дақиқада шакар даражасини қайта ўлчаш, барқарор ҳолатга келгунча.
2. **Метаболик касалликларга шубҳа:**
 - Лаборатория текширувлари (аммиак, лактат, пируват, сийдикдаги органик кислоталар).
 - Метаболик бузилишлар бўйича мутахассис консултацияси.
3. **Ўчоқли неврологик бузилишлар:**
 - Тезкор нейровизуализация (МРТ, КТдан афзалроқ).
 - Бош мия ичидаги босимни баҳолаш ва нейхирургик консултацияга кўрсатмалар.
4. **Давом етувчи status-эпилептикус:**
 - Бензодиазепинлар билан премедикация (diazepam ёки lorazepam).
 - Иккинчи даражали антиконвулсантларга ўтиш (фенобарбитал, леветирасетам).
 - Таъсир бўлмаса — яширин талвасаларни истисно қилиш учун Еегга уланиш.
5. **Иммунодефицит ҳолатлар:**
 - Талвасаларнинг инфекцион сабабларини истисно қилиш (менингит, енцефалит).
 - Лумбал пунксия, ликворни таҳлил қилиш ва уруғлантириш.

7. Асоратларга эга болаларни бошқариш хусусиятлари (янгиланган версия)

Асосий хусусиятлар:

- Критик ҳолатда бўлган болаларда ерта ўлим даражаси юқори (24-30% гача).
- Неврологик шикастланишлар ва ривожланиш кечикиши хавфи катта (60% гача).
- Омонда қолганларда постнеонатал эпилепсия частотаси юқори (20-30%).

Этиологик хусусиятлар

Этиология	Тавсиф	Далилларнинг исботланганлик даражаси
неонатал эпилепсия	Махсус шаклларни ўз ичига олади, алоҳида терапия ёндашувини талаб қилади.	В

Огир реакцияли ТС (симптоматик талваса синдроми):		
- Гипоксик-исчемик енцефалопатия	пренатал гипоксия натижасида мия оксигенациясининг бузилиши.	A
- Метаболик бузилишлар	Гипогликемия, гипокалсиемиа, гипомагнезиемиа, туғма метаболик бузилишлар.	A
- Инфекциялар	Нейроинфекциялар ва тизимли инфекциялар (масалан, sepsis, менингит).	A
- Мия тузилишининг шикастланиши	Мия ривожланиши аномалиялари, қон қуйилишлар, кисталар ва ўсмалар.	A

Терапия ёндашувлари:

Неоанатал эпилепсия

- **Оътқир талваса:** Катта ёшдаги болаларда талваса синдромини даволашга ўхшаш.
- **Қўллаб-қувватловчи терапия:** Танланган дори — фенобарбитал.

Метаболик бузилишлар

Метаболик бузилиш	Даво	Далилларнинг исботланганлик даражаси
Гипогликемия	10% глюкоза эритмасини интравеноз равишда дарҳол киритиш: 2 мл/кг тезда.	A
Гипокалсиемиа	Кальций глюконати: 100 мг/кг ёки 1 мл/кг интравеноз равишда секин (5-10 дақиқа ичида). Юрак уриш тезлигини назорат қилиш.	A
Гипомагнезиемиа	25% магний сульфат еритмаси: 0,5 мл/кг интравеноз равишда, керак бўлса ҳар 12 соатда такрорлаш.	B
Пиридоксин етишмовчилиги	Пиридоксалфосфат (10 мг/кг интравеноз равишда) ёки пиридоксин (100 мг интравеноз равишда).	B
Фолик кислотаси етишмовчилиги	Лейковорин (2,5 мг интравеноз равишда) пиридоксиндан самара бўлмаса.	C

Марказий асаб тизими инфекциялари фонида талваса синдроми

- Нейроинфексияга шубҳа қилганда лумбал пунксия (контриндикациялар мавжуд бўлмаса) дарҳол амалга оширилиши зарур.
- Менингитга шубҳа қилганда эмпирик антибактериал терапия тайинланади.
- Классик антиконвулсант препаратлар (масалан, фенитоин, леветирасетам) фақат асосий сабабни бартараф этишнинг етарли самарадорлиги бўлмаганда қўлланилади.

Исботланган базанинг даражаси

Ёндашув	Изоҳ	Далилларнинг исботланганлик даражаси
Этиологик даволаш	Метаболик бузилишларни бартараф етишга қаратилган.	A
Антиконвулсант препаратлар	Етиологияга асосланиб қўлланади (масалан, мия тузилишининг шикастланишлари ҳолатида).	A
Пиридоксин ва лейковорин	Б6 ва Б9 витаминларининг етишмовчилиги шубҳасида қўлланилади.	B
Метаболик параметрларни назорат қилиш	Глукоза, калсий ва магнийнинг қон даражаларини мунтазам равишда monitoring қилиш.	A
Нейровизуализация	Мия тузилишининг шикастланишлари шубҳасида МРТ афзалроқ.	A

Жадвал: Откир тутқанок ҳолатларида қўлланиладиган дори воситалари.

Дори воситаси	Киритиш йўли	Доза	Қўлланилиши	Изоҳлар
Мидозалам	ВИ инъексия	0.15 мг/кг (макс. 10 мг)	0.9% натрий хлориди билан 1 мг/мл гача суюлтирилади	-
	МО	0.15 мг/кг (макс. 10 мг)	0.9% натрий хлориди билан 1 мг/мл гача суюлтирилади	-
	СИ	0.15 мг/кг (макс. 10 мг)	Суюлтирмасдан киритилади	-
	Буккал/назал	0.3 мг/кг (макс. 10 мг)	Суюлтирмасдан киритилади	1 ойдан бошлаб назал киритиш тавсия етилади. Спрей ишлатиш керак.
	ВИ инфузия	1-6 мг/кг/мин	50 мл 5% глюкоза ёки 0.9% туз еритмасида 3 мг/кг суюлтирилади	1 мл/соат = 1 мг/кг/мин
Диазепам	ВИ / МО	0.25 мг/кг (макс. 10 мг)	Суюлтирмасдан, катта венага 3 дақиқа давомида секин киритилади	-
	Ректал	0.5 мг/кг (макс. ≤12 ёшда: 10 мг, >12 ёшда: 20 мг)	-	-

Фенитоин	ВИ / МО	20 мг/кг (макс. 1.5 г)	0.9% Физ эрит билан 3-10 мг/мл гача суюлтириб 30 дақиқа давомида киритилади	Глукоза билан бирга киритишдан сақланиш керак.
Фенобарбитал	ВИ / МО	20 мг/кг (макс. 1 г)	0.9% Физ эрит ёки 5% глюкоза билан ≤ 20 мг/мл гача суюлтириб 10 дақиқа давомида киритилади	Фақат биринчи дозада қўлланилади.
Леветирасетам	ВИ / МО	20-40 мг/кг (макс. 3 г)	0.9% Физ эрит билан 15 мг/мл гача суюлтириб 5-15 дақиқа давомида киритилади	Дастлабки доза 40 мг/кг.
Пиридоксин	ВИ	50-100 мг (оғирликка қараб емас)	6 ойгача бўлган чақалоқларда қарши чидамли судроқларда кўриб чиқилади, педиатрик невролог билан маслаҳатлашиш керак.	Апноэ ва юрак-қон томир колапси хавфи. Нафас олиш, пулсо ва қон босимини доимий кузатиб бориш зарур.

Ишлатилган манбалар рўйхати:

1. Paediatric ECAT protocols. <https://aci.health.nsw.gov.au/ecat/paediatric/seizures>
2. Treatment of Prolonged Paediatric Seizures <https://www.sort.nhs.uk/Media/Guidelines/Seizures>
3. SEIZURE MANAGEMENT FOR CHILDREN > 1 MONTH OF AGE - NICE PRACTICE GUIDELINE © <https://resources.schn.health.nsw.gov.au/policies/policies/pdf/2014-5007>.
4. National Clinical Protocols for Paediatric Emergency Care (2022). <https://journals.lww.com/pec-online/toc/2022/01000>
5. South Australian Paediatric Clinical Practice Guidelines Seizures in Children <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/>