

МАЪРУЗА №4

Мавзу: «ЮКУМЛИ ВА СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРДАГИ, ОРГАНИК, ЦЕРЕБРАЛ, РЕЗИДУАЛ-ОРГАНИК ПАТОЛОГИЯДАГИ РУХИЙ БУЗИЛИШЛАР КЛИНИКАСИ» (2 соат)

Симптоматик психозлар ва умумий инфекциялардаги психик бузилишлар. Таркалганлиги. Клиник куринишлари. Интракраниал инфекцияларда психик бузилишларнинг узига хослиги. Таркалганлиги Клиник куринишлари Ташхис, даволаш, оқибати ва реабилитация масалалари. Инфекцион касалликларда асаб-рухий бузилишларнинг кечишини ёшига караб хусусиятлари Соматоген ноинфекцион рухий бузилишларнинг ривожланишини умумий хусусиятлари. Бош мия жароҳатининг ҳар бир босқичидаги психик бузилишларнинг умумий таърифи. Тушунчаси, таснифи. Ёшига караб психик бузилишларнинг узига хос хусусиятлари.

РЕЖА

1. Умумий ва болалар юкумли касалликларда симптоматик психозлар (корин тифи, паратиф, гепатит касалликлари, грипп, пневмония, кизамик, скарлатина, дифтерия, дизентерия) – 20 минут.
2. Мия юкумли касалликлари билан боғлиқ бўлган рухий бузилишлар (параэнцефалит ва энцефалитлар (кутуриш, сил менингити, эпидемик энцефалит) – 20 минут
3. Бош мияни захм билан зарарланишидаги рухий бузилишлар (мия захми ва ушиб боровчи фаллажлик) – 5 минут
4. Бош миянинг жароҳатланишида пайдо бўладиган рухий бузилишлар ва болалардаги хусусияти. Динамикаси, даволаш – 20 минут.
5. Кон томир касалликларда рухий бузилишлар (гипертоник касаллик, ЦНС, гипотония) – 15 минут.
6. Резидуал-органик асаб-рухий бузилишлар – 10 минут.

Рухий бузилишларда турли юкумли касалликлар сабаб булади. Купинча юкумли касалликлар кечишини янги даволаш усуллари узгартириб юборади.

Янги замонавий даволаш усуллари ёрдамида купгина касалликлар узининг хавфли «драматик» симптомларни йукотди. Натижада юкумли касалликлардан келиб чиккан рухий бузилишлар «камбагаллашди». Одатда бактериал инфекциялар психиатрларни кам кизиктирган, чунки улар жуда жадал кечиб, кам ахамиятга эга булган рухий бузилишларни келтириб чикарган. Купчилик юкумли касалликларда антибиотиклар билан даволаш аник ташхис куйиш холларда касаллик кечиши ва симптомлари тубдан узгаради. Масалан, баъзи юкумли касалликларда психопатологик бузилишлар юкори булиб, шизофренияга шубха тугдираджи. Юкумли касалликлар туфайли келиб чикадиган рухий бузилишлар турлича булиб инфекция табиатига МНСнинг жавоб хусусиятига ва каерда жойлашишига боглик. Баъзи холларда бош ролни токсинлар билан захарланиш булса, бошка холларда эса биринчи планга яллигланиш устун булади ва энцефалитга сабаб булади.

Ярим шарлар пустлоги бош миянинг реактив кисми булиб, инфекцияга карши диффуз таркалиш билан химояланувчи тормози конуниятга биноан инфекция, интоксикация умуман барча экзоген таъсирларга жавоб беради ва шу хусусият ташки таъсирга нисбатан уткир рухий реакция билан жавоб беришдек ухшашиб кетади. Биринчилар каторида ушбу клиник хусусиятни кузатган немец психиатри Бонгеффер (1908 – 1917) хусусан юкумли ва интоксикацион психозлар купинча куйидаги синдромлар билан кечишини кузатган делирит, амнезия, онгнинг шомсимон хиралашуви, карахтлик, галлюциноз, Корсаков симптомокомплекси, эпилепсиясимон харакат кузголиши, псевдопараличлар. Бу барча синдромларни Бонгеффер экзоген типдаги реакция ёки бош миянинг носпецифик жавоб реакцияси деб хисоблаган. Шу билан экзоген омилни «пуск механизми» деб, каралган. Шунингдек, психиатрияда нозологик принципларга эътироз билдирилди. Экзоген таъсирларни паст бахолаб, тугма омилларга юкори бахо берилди. Ушбу холат буйича А.В.Снежневский (1968) фикри: «Бенгоффер концепциясининг теоретик мухимлигини назарда тутиб, у экзоген психозларнинг клиник куринишида этиологик омилни хисобга олмаган. Шунингдек психопатологик синдромларнинг тор доирасидаги экзоген тип буйича реакциясини асосланмаган холда чегаралаган» (229б, Психиатрия буйича кулланма. 1983). Амалиётда инфекция туфайли келиб чиккан барча рухий бузилишлар 3 гуруха булинган юкумли ва умуман экзоген психозлар учун онг бузилишлар характерли булади. Энг куп учрайдиганлари делириоз синдром, амнезия ёки карахтлик. Юкумли психозларда энг кам учрайдиган холатлардан онгнинг шомсимон хиралашувидир.

Психопатологик бузилишларнинг иккинчи гурухига утиб кетувчи (экзогендан эндогенга) аффектив (маниформ, депрессив, эмоционал гиперэстетик бузилишлар) галлюционатор параноид, баъзи катотоник синдромлар ташкил этади. Санаб утилган синдромлар юкумли психозларда уз холига кайтиш билан характерланади.

Учинчи гуруҳни мнестик ва кайтмас деменция шунингдек органик тип буйича шахс узгариши ташкил этади. Бу синдромлар умумий инфекцияларда кам учрайди. Юкумли генезли психотик синдромлардан ташкари астеник ҳолатлар ва психопатсимон бузилишлар кузатилади. Психотик синдром касалликнинг биринчи белгиси сифатида (инициал психозлар), юкумли касаллик чуққисида (интра юкумли психозлар) ёки касалликлардан сунг (Постинфекцион психозлар). Лекин динамикаси юкумли касаллик кечиши уз қонунияти буйича кечиши мумкин. Продрома астеник белгилар билан кечса, иситма чуққисида делирий ёки психомотор қузғолиш билан ҳароратни пасайган аменция, реконвалесценция пастада эса астеник синдром билан кечади (К.Гonhoeffer).

Юкумли психозларнинг клиник кечуви қатор сабабларга боғлиқ. Бунга инфекция табиати ва қузғатувчининг хусусиятлари касаллик даврида организм ҳолати аҳамиятга эга (иммун қаршилиги, қушимча жароҳат омиллар таъсири, алкоголизм, олдинги утказган касалликлари).

Уткир юкумли касалликлардаги рухий бузилишлар

Корин тифи ва паратифлар

Касалликнинг бошланиш даври ҳолсизлик. Эътиборсизлик тормозланиш билан характерланади. Баъзан ҳарорат қутарилишидан олдин маниакал қузғалувчи типли инициал делирий қуринишида бўлиши мумкин. Бундай беморларга корин тифи ташҳиси психиатрик стационарга тушгандан сунгина қуйилади. Корин тифининг бу тури оғир кечади, баъзан улим билан тугайди. Уткир даврида ҳароратли дерийни қузатиш мумкин. Корин тифи учун аментив ҳолат характерли бўлиб, қупинча касалликнинг кечки даврида қуриш мумкин. Тузалиш даврига яқин резидуал васваса, баъзан эса оғир формадаги Постинфекцион ҳолсизлик қузатилади.

Гепатит (Боткин касаллиги). Турлича рухий бузилишлар билан кечиши мумкин: қучли қувватсизланувчи астено – адинамик синдром, йиглокилик, қузғалувчанлик, утиб қетувчи нотургун васвасалар билан. Уткир дистрофик руҳи йқузғолиш ривожланиб, қоматоз ҳолат билан алмашиниши мумкин.

Грипп. Қупчилик ҳолларда грипп асорат қолдирмайди. Уткир ҳарорат даври утгандан сунг қуп ёки қам намоён бўлувчи ва давомли астеник ҳолатни қузатиш мумкин. Маълум вақтдан сунг қузатилувчи грипп асорати қам қузатилиб, асосан астеник баъзан астено-депрессив синдром қуринишида бўлиши мумкин. Гриппда яққол рухий бузилишлар қам қузатилиб, полиморф характерга эга. Баъзи ҳолатларда эса маниакал қуриниш устун бўлади. Узок муддатли психозлар (бир неча ойгача) ривожланиши мумкин. Улар қузилган аментив ҳолатлар ёки ёшланувчи депрессия қуриниши характерлидир. Шизофрениясимон клиник кечуви ҳам бўлиб туради. Гриппоз энцефалит уткир даврида онг бузилиши қузатилса, касалликдан сунг эса унинг резидуал психопатологик симптоматикаси ва органик тип буйича шахс узгаришини қуриш мумкин. Гриппоз психозлар болаларга ҳос онг бузилиши синдроми

куринишида кечиш устун булади. Делирий яккол иллюзия, элементар курув галлюцинация ва абортив кечуви билан характерланади. Психопатологик симптоматика лабиллик билан фаркланади ва катор холларда куйидаги динамик клиника билан кечади. Касалликнинг биринчи кунда делириозонеироид ва абортив гипоманиакал холатлар кейинрок эса онгнинг аментив бузилишини куриш мумкин. Болаларда учрайдиган гриппоз психоз катталардан фарк килиб, яхши сифатли кечувчи ва асосан гриппнинг фебриал боскичида келиб чиқади.

Пневмония. Пневмонияда хароратли делирий кузатилиши, астеник холатлар, карахтлик ступор, маниакал холатлар куринишида булиши мумкин. Крупоз пневмонияда психоз касаллик бошида ва кризис даврида делирий куринишида кечади.

Болалар юкумли касалликлари

Кизамик. Болаларда инфекциясидаги психозларнинг симптоматик шакллари кам учрайди: Кизамикнинг инкубацион даврида йиглокилик ва уйкучанлик кузатилади. Тошма тошиш даврида куринишга доир галлюцинациялар билан бирга онгнинг делириоз бузилишлари кузатилади. Болаларда васваса уйин куринишида булади. Болалар бошка болалар билан «уйнашади».

Кизамик энцефалит билан асоратланади ва полиморф неврологик узгаришлар кузатилади (энцефолит билан огриган болаларнинг 0,1 – 0,4% ни огир рухий холат билан кечади. Кизамик кузгатган энцефолитнинг резидуал даврида эпилепсиясимон синдром, интеллектуал фаолият бузилиши, психопатсимон харакатлар ва астено-невротик холатлар кузатилиши мумкин.

Скарлатинанинг огир кечувчи септик турларида карахтлик ва делириоз синдром кузатилади. Касалликнинг биринчи кунда одатда кузгатилиш булса, кейинги кунларда эса уйкучанлик ва суниш билан алмашинади.

Дифтерияда рухий бузилишлар кизамик ва скарлатинадан хам камрок учрайди. Адабиётларда ёзилишича киска муддатли кузгалувчи делирий ва менингизм каби холатлар булиб, бир неча соат ёки кун давом этиши мумкин.

Дизентерияда психозлар жуда кам учрайди. Эрта ёшдаги болаларда кечувчи токсик дизентерия асосан коматоз холат ва талваса реакцияси билан кечса, усмирларда эса эмоционал бузилишли анероид холатлар булса, реконволесценция боскичида чузилган астения, гиполенезия билан бирга кечади. Шу реконволесценция боскичида жисмоний ва рухий ривожланишнинг ортда колиши, эпилепсиясимон тутканоклар кузатилиши мумкин. Касалликнинг уткир даврида делириоз холатни киска муддатли эпизодик ва рудементор холда деб хисоблаш мумкин. Болаларда одатда яккол делирий ривожланмайди ва факатгина делириоз олди холат яъни гиперестезия, ташки таъсиротга жавобнинг пасайиши билан, куркинчли туш, иллюзиялар, гипногагик галлюцинациялар, куркув хуружлари ва бошкалар куринишида булади. Эрта ёшдаги болаларнинг инфекция даврида рухий узгаришлар огир

онг бузилиши (по типу исключения) ва ҳаракатлар кузголиш, эпилепсиясимон реакциялар қуринишида бўлади.

Постинфекцион даврда клиникада узғаришлар га қирадиган болалар қайсар, қупол, урушқок ва қузғалувчан бўлиб қоладилар; б) баъзан болаларга пуэрил қуринишлар ҳос бўлиб, уз ёшига туғри қелмайди; в) қурқувга мойиллик. қурқув асосан қечқурун бўлиб, тунги қурқувлар қуринишида бўлади; г) шомсимон ҳолатлар. Унда аввал утқазган рухий жароҳатлар намоён бўлади; д) амнестик симптомакомплекс, асосан қатта ёшдагиларда бўлиб, Постинфекцион ҳолатдан қейин пайдо бўлади, болаларда эса қам учрайди. Даволашнинг асосий принциплари: аввалам бор этиотроп терапия ва симптоматик препаратлар (дезинтоксикацион стимуловчи, психотроп препаратлар). Сурункали юқумли қасалликлар болаларда қечқанда рухий бузилишлар, утқир юқумлидан қура қамроқ қузатилади.

Ревматизм. Энг қуп учрайдиган сурункали юқумли аллергик қасалликдир. Ревматизм билан огриган болаларнинг 75% ини 15 ёшқача болалар ташқил қилади. Ушбу ёшдаги болаларда қупинча нейроревматизмнинг қорая қуринишида бўлиши қарактерлидир. Нейроревматизм қатталарда қечқанда қеребрал қон томир бузилишлар қуринишида бўлса, болаларда эса энцефалит ривожланиши мумкин. Ревматизм психозлар нейроревматизмнинг турли формаларида қузатилиши мумкин (қам ревматик қораяда шунингдек қохорейотик формада). Ушбу турларида клиник қечув уйқусираш (онейроид) ҳолатида қечиши мумкин.

Ревматик психоз қатталарда қам болаларда қам бирлеч депрессив синдром етакчилиқ қилади. Депрессия одатда вакцина узи ва яқинларига қисбатан қавқараш билан қечади. Қататоник қарактерга эга бўлган яққол ступороз ҳолат асосан қорей психозларда қузатилади. Қамгинлик, вақима ва қурқув қуружлари пароксимал қолда юзага қелиб, баъзан уз-узини қартараф (суицид) этиш майли пайдо бўлади. Беморлар узига огрик етқизиш узини қуярга қой тополмайдилар. Қуружлар эрталаблари одатда огир қечади. Баъзи беморларда ревматик психозда депрессив ҳолатдан ташқари қаллюцинатор ва васваса синдромлари билан қузатилади. Оқир қолларда психоз клиникаси шизофопм шаклини олади. Болалардаги ревматик психозлар қупинча қузилган 2 – 4 ой дан то 1 йилқача давом этади. Қупинча соқайиш билан туғади. Ревматик инфекциянинг эрта қуриниши бу астениядир қамма астения учун қос клиника бу қолсизлик тез қарқаш, қузғалувчанлик узига олувчан ва х.қ. Бу беморлар қар қандай иш қилқанда тез қарқаш айниқса ақлий меҳнатда. Ота-оналар болаларининг инжиклиги, йиглоклиги шовқини ва ёруглиқни қутара олмайдиган бўлиб қоладилар. Қайқияти тушқун нотургунлик қарактерлидир. Астеник ҳолатнинг муқим белгиларидан интеллектуал иш қобилятининг пасайишидир.

Бошқа вариантларда қупинча мақтаб ёшидаги болалар клиникасида узини тутта билиши бузилади. Болалар мақтаб программасини узлаштиришга қийналадиган тез қарқайдиган ва етарлича фикрлай олмайдилар. Ота-оналар

сузига кура болалари ухар, йиглоки, баланд товушлар, кучли ёругликни кутара олмайдиган, кайфиятлари эса тушкун ва нотургун булиб коладилар.

Астеник холатнинг асосий белгиси булиб, беморларда интеллектуал иш бажариш фаолиятининг пасайишига олиб келади. Бошка холларда мактаб ёшидаги угил болаларда хулк атворининг бузилиши билан намоён булади. Ревматик церебростеник кечуви тугри даволанганда купинча согайиш билан тугайди. Лекин, яхши натижа баъзан нотугри булиши мумкин. Янги инфекция таъсирида (грипп, ангина) ёки мактабдаги юкламалар натижасида яна согликни ёмонлашувига олиб келади. Бундай беморларда рецидив кечувчи невротик реакция кузатилади (тунги куркувлар, дудукланиш, анорексия). Касалликнинг кечки боскичларида ва ревматизмнинг огир кечувчан эпилепсиясимон синдром келиб чикади.

Асаб рухий бузилишларнинг огир кечувчи синдромлари, интеллектуал фаолият ва хулкнинг дагал бузилишлари билан. Ревматик энцефалит куринишида кузатиш мумкин. Беморлар тормозланган, импульсив хатто агрессивдирлар. Одатда уларнинг диккати ва ташки мухитни англаш бузилмаган булади. Болалар укиши пасайган, узлаштиришда муаммолар ва уларни тарбиялашда кийинчилик пайдо булади. Беморларда шилким харакатлар кузатилади. Улар соатлаб битта харакатларни ёки битта сузни такрорлайверадилар, мажбурий кулги ва йиги кузатилади.

Шундай килиб, ревматизмнинг уткир фазасида рузий холат уткир киска муддатли, эпизодик уйкусимон хуш бузилиши васвасаси билан кечиши мумкин. Енгил кечганда эса депрессив астеник холатни куриш мумкин. Тухтовсиз рецидив ва латент кечувдаги психозлар секин-аста ёки уткир ости куринишида булиб, шизоформ симптоматикасига ухшаб кечувчи психозлар кузатилиб, окибати ёмон. Давоси: антиревматик терапия, антигистамин препаратлар, умумий кувватловчи ва психотроп препаратлар бериледи.

Сил психозлари кам учрайди. Крепелин юкумли касалликлар окибатида келиб чиккан рухий холатлардан силга охирги уринни ажратган . Сил психозининг клиникаси болалар ва усмирларда аментив холат куринишида кузатилади. Делириоз холат уткир инфилтратив холатда булади, шизоформ симптоматикаси психозлар упка силининг енгил кечувида ва мезоаденит кузатилади. Бош мия силида эса эпилептиформ бузилишлар ва карахтлик холатини куриш мумкин.

Бруцеллез касаллигида учрайдиган психозлар. Кам учрайди, асосан сурункали вариантнинг латент шаклида кузатилади. Касалликнинг бошланиши даврида атипик кечади, бруцеллез ташхиси психиатрия клиникасида аникланади. Бруцеллезнинг бошлангич даврида делириоз, аментив, маниакал холатлар булса, иккиламчи латенцияда иппохондрик, церебростеник, астенодепрессив катотоник. Сурункали галлюциноз, эпилептиформ ва амнестик бузилишлар кузатилади. Сурункали инфекциялар туфайли келиб чиккан психозлар клиник кечуви турличадир: галлюцинатор – параноид, катотоник, Кандинский – Клерамбо синдроми. Психозлар шизофрениянинг турли шокларига ухшаб кетиши мумкин. Сурункали инфекция туфайли келиб

чиккан психозлардан фаркли инфекциянинг узига боғлиқ бўлмайди, давомийлиги ва рецидив кечувчи ва доим оқибати яхши бўлмайди. Мия инфекцияларига боғлиқ рухий бузилишлар. Болалар касалликлари уртасида турли этиологияли иккиламчи инфекциялар катта урин тутади. Кайси инфекция бўлишидан катъий назар болаларда энцефалит чакириши мумкин. Купинча энцефалит билан асоратланадиган инфекциялар: грипп, пневмония, кизамиқ, тиф, баъзан дизентерия, молерия, дифтериялардир. Иккиламчи инфекциядан сунг рухий бузилишлар куйидаги клиник хусусиятларга эга: 1) эс-хушни бузилиши билан (карахтлик, делирий); 2) эпилептиформ тутканоклар: иккиламчи инфекция утказгандан сунг келиб чиқадиган резидуал узгаришлар: а) демент формалар; б) эпилептиформ ҳолатлар; в) невротеник ва психопатсимон ҳолат.

Кичик ёшдаги болаларда купинча демент синдроми, рухий орқада қолиш ва тутканок синдромлари катта роль уйнайди. Катта ёшдаги болаларда эса енгил формадаги резидуал бузилишлар ва энцефалитлар билан кечиши мумкин, одатда психопатологик симптоматика турличадир. Неврологик симптомлар эса бўлмаслиги мумкин, Постинфекцион асоратлар патогенезида ликвородинамик бузилишлар катта роль уйнашини ҳисобга олган ҳолда, систематик дегидратацион терапия утказишни, йод препаратлари билан сурилувчи даво, шунингдек яллигланиш процессига қарши антибиотиклар берилади. Физиотерапия ҳам яхши натижа беради. Усмирлар уртасида меҳнат қилиш қабил даво чоралари утказилади.

Кутуриш. Юкумли касалликлар уртасида алоҳида урин тутади. Асаб тизимини зарарлайди, оғир кечиш улимга олиб келади. Инкубацион давр 2 – 10 ҳафтагача давом этади. Баъзан касаллик анча кеч беморни хайвон 1 йил олдин тишлагандан сунг ҳам кузатилиши мумкин. Продронал даврда давомий ёки жуда қисқа муддатли бўлиб, қайфиятнинг депрессив қуринишида бўлади. Қабул қилиш аномалияси кузатилади. Беморларда қурқув ҳисси, қузғалувчанлик, нотич ва депрессив реакциялар кузатилади. Тишланган жойда оғрик. Мухим диагностик томони сулак оқиши ва терлаш қучаяди. Кейинроқ қузғалиш даври кузатилади. Бунда беморлар бақирадилар, узларини қуярга жой тополмайдилар, тишлайдилар, тирнайдилар. Ушбу вақтда кутуришга характерли симптомлар кузатилади: гидро ва аэрофобия. Касалликнинг бу босқичида эс-хушни йуқолишининг делириоз тури бўйича яққол галлюцинация билан ва қучли қузғалишлар кузатилади. Касаллик давом этиб оғрикли спазмлар ва тутканоклар фалажлик билан алмашади. «Ёмон аломатли ҳаловат» пайдо бўлиб улим яқинликдан далолат беради, токи бемор улимгача эс-хуш сакланиб туради. Кутуриш давоси ноэффektiv асосий диққат касаллик профилактикасига қаратилган бўлиши керак. (Пастер бўйича эмлаш).

Сил менингити. Амалиётга стрептомицин қириб қелгандан сунг сил менингити улимга олиб қелувчи касаллик бўлишидан тухтайди. Сил менингитининг 1-симптоми бўлиб, қайфиятнинг узгаришидир. Бола тез ҳафа бўладиган, йиглоқи, сабрсиз, уяра ёки ноактив бўлиб қолади. Баъзит беморлар бир неча ҳафта ва ҳатто оилаб, уйқусимон қарахтлик ва делириоз нотинчликда бўладилар. Бошқа ҳолларда эс-хуши бузилиши бўлмайди, лекин беморлар

ноактив хеч кандай атрофга кизикишсизлик билан кечади. Бундай беморлар уринда харакатсиз, шипга караб кузларини катта-катта очиб ётадилар. Гохида онийроид бузилишлар, амнестик синдром кузатилади. Болаларда купинча кайфигохлик, хурсандчилик ва импульсив харакатлар, шунингдек огир ва сабабсиз кузгалишлар баъзан эса булемия хам кузатиш мумкин. Сил менингити утказган болаларда рухий оркада колиш ва резидуал органик бузилишлари билан кечиши мумкин.

Эпидемик энцефалит. Касалликни Австрия олими Экономо урганиб чиккан. Кузгатувчиси хали аникланмаган. Касаллик асосан ёшлик даврига тугри келади. Эпидэнцефалитда патологик узгариш, асосан пустлок ости сохасига тугри келади (дегенератив процесс, кора модда ва курув думбогида булади). Касаллик бошланиши одатда даракчилар билан бошланади: бош огриги, неврологик огриклар, тез чарчаш. Баъзан эса касаллик бирданига бошланади. Соглом танда менингиал симптомлар делириоз бузилишлар билан кечиши мумкин. Уткир даврда рухий бузилишлар симптоматик психозларга ухшайди. Аффектив бузилишлар депрессив ёки гипоманиакал холатлар куринишида булади. Эпидэнцефалитнинг мухим ва доимий симптомларидан уйкунинг бузилишидир. Шунингдек вестибуляр (нистагм, бош айланиши) ва вегетатив (терлаш, вазомотор уйин, сулак ажралиши, терлаши, полидипсия) бузилишлар кузатилади. Неврологик симптомлар куз харакатининг бузилиши: диплопия, птоз, конвергенция бузилиши кабилар характерлидир. Уткир давридан сунг тулик тузалиш яъни неча йилгача булиши мумкин кейинрок касаллик сурункали шаклга утади. Баъзан уткир давр билинмасдан утиб, сурункали шаклга утиб симптомлари намоён булиши мумкин. Сурункали боскичнинг клиник кечуви турли неврологик ва психопатологик симптомлар билан кечади. Неврологик бузилишлар: конвергенция порези, диплопия, мажбурий куз тикиб туриш, курув тутканоги (судороги взора). Вегетатив бузилишлар: кучли сулак окиши, терлаш, вазомотор бузилишлар, модда алмашинуви бузилиши тез озиб кетиш ёки семириш билан кузатилади. Сув – туз ва углевод алмашинуви бузилади. Уйку бузилиши турлича булиши мумкин. Купинча уйкусираб юрадилар. Лекин ухлай олмайдилар. Баъзида ухлаш ритми бузилади. Кундузи ухлаб, кечаси уйкусизлик кузатилади. Бу бузилиш тури купрок энцефалитнинг сурункали кечувида паркенсонизм характерли никобсимон булади. Мимикалари йук. Бемор хурсандчиликни хам хафагарчиликни хам бир хилда юз узгаришсиз колади. Харакатлар секинлашган (брадикинезия). Бир холатда узок муддат тураверади. Юриш узига хос: бемор хатто кам букилади. Биркгаликда кулларнинг харакати булмайди. Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия кузатилади. Типик холатлардан бири «тишли гилдирак» симптоми – мушаклар гипертонияси, пассив харакатда кучайиши, сузлаши секинлашган монотонли, болаларда турли гиперкинезларни куриш мумкин. Болаларда нафас бузилиши, катталарга нисбатан яккол намоён булади. Нафас ритми ва частотаси бузилади, нафас мушакларининг миоклпияси ва нафаснинг тиксимон харакатини кузатиш мумкин. Шундан охириги мажбурий йутал, акси уриш, туфлаш киритиш мумкин. Сурункали

кечганда психопатологик бузилиш катталар ва болалар активлиги тезда пасайиши кузатилади. Бу беморларда тезда кучсизланишига боглик холда рухий процесслар ҳам секинлашади (фикрлаш, диккат фаоллиги, аффективлик). Катталарда эпидэнцефалитда яккол акл заифлик кузатилмайди. Билим манбаи, хотира зарарланмайди лекин тормозланиш (скованность) хисобига маълум бир кийинчилик яратади. Узига хос психопатологик белгилардан шилким ҳаракатлар (кучли йиги, саноклар бир неча соат ва кунлаб давом этади. Типик классик эпидэнцефалитдан ташкари атипик варианты ҳам учрайди. Бунда неврологик симптом ва паркинсонизм яккол намоён булмайди. Анча кечроқ булиши мумкин. Галлюцинатор – параноид ва психосенсор шаклларида. Охирги ун йилликда учган (стертые) ва абортив формаларда кузатилади (вестибуляр) эпидэнцефалит уткир боскичи болаларда психопатологик симптоми асосий урин тутмайди. Бошка болалар инфекциясига ухшаб купрок делириоз ҳолатлар билаен кечади. Айникса тунги делирий характерлидир. Анча огир ҳолларда сузҳаракат кузголишини куриш мумкин. Болалар тухтамасдан ҳаракатчан уринда ётарга жой топа олмайдилар, чойшабларини йиртадилар, бакирадилар. Шу ҳолларда хореник гиперкинез, тремор, ва миокленик бузилишлар булади. Бу шаклида яккол кузголишлар билан кечгани учун окибати огирдир. Эпидэнцефалитнинг уткир кечувида усмирларда клиника турлича кечади, баъзан мураккаб шизофрениясимон синдромларни ҳам куриш мумкин.

Болаларда эпидэнцефалит уткир кечганда узига хос булиб, интеллектуал фаолиятнинг тез пасайиши кузатилади. Болалдар арзимаган нарсаларга эътибор берадилар. Касалдлик клиникасида шилким фикрлар касалланиб қолишдан куркиш, шилким ҳисоб, резонерлик ва бошка ҳолатлар кузатилади. Шунингдек шилким ҳаракатларни томони тирнаш ва кичиниш. Шунга карамасдан болалар узларига огир ва огрикли жароҳатлар етказадилар ва бунга карши узларини бошқара олмайдилар. Болалар импульсив булиб қоладилар: тишлайдилар, тирнайдилар, нимжон болаларни урадилар. Улар сексуал купол, очикчасига онанизм билан шугулланадилар. Бу болаларга дук, яхши гап ва жазолаш таъсир қилмайди. Уларда жавобгарлик ҳисси ҳам йук. Интеллект купол бузилади, агар касаллик эрта болалик даврда булса, эпидэнцефалит кечуви куп киррали енгил абортив формаси ва огир уткир кечганда хатто улимга олиб келади. Ушбу касалликни утказгандан сунг катта булмаган рухий бузилишлар билан чегараланса, огир кечганда эса касаллик туфайли бола ёки усмир ногирон булиб, ҳаётга мослаша олмайди. Агар болалик даврида касаллик психопатсимон кечса, анча огир ҳисобланади. Давоси: антибиотиклар, нейролептиклар.

Бош мия захмидаги рухий бузилишлар. Нейросифилис бу умумий ном 2та касалликни бирлашишидан ҳосил булади ва иккаласи ҳам спирохета билан зарарланиши ҳисобига юзага келади. Мия захми клиникаси турличадир. Мия пустлоги ва томирларининг учокли зарарланишига боглиқдир (специфик эндоартерит, менингит). Улар захмнинг эрта шаклига тегишлидир. Кечки формаларида эса мия моддаси зарарланади (гуммалар). Мия захмининг эрта

шаклларида бири сифилитик невростениядир. Бунда бош огриши, айланиши, тананинг турли жойларида огрик, уйкусизлик, умумий холсизлик, хотира иш фаолиятининг пасайиши кузатилади. Касалликка вақтида даво курилса тўзалиш билан тугайди.

Сифилитик менингит. Касаллик юккандан 1 йил ичида кузатилиши мумкин. Симптомлари тез ривожланади. Биринчи уринга менингиал белгилар юзага чиқади. Эс-хуши бузилиши, делирий тутканоклар кузатилади.

Сифилитик сохта фалажлик – турли вчокли вьзгаришлар билан кечувчи акли заифликни ташкил этади. Бундан ташқари галлюцинация ва васвасалар билан кечиши мумкин. Прогрессив фалаждан фаркли бу ерда вчокли симптомлар тургун ва шунингдек кўпол бўлади. Кечувчи узок муддатли ремиссия кузатилиши мумкин. Специфик даво баъзида яхши натижаларга олиб келади.

Тугма бош мия захми. Шунини таъкидлаб ўтиш лозимки, катталарда захм касаллигини камайиши билан церебрал захм болалардаги бу тугма бўлиб жуда кам ҳолатларда учрайди.

Болалар ёшида мия тугма захми патологик жараёни генераллашган умумий инфекция типига кечади. Асосан тугма захмда энг асосий ахамиятлилиги токсик омилдир - спирохеталар тўғридан-тўғри плацента орқали ўтиб, хомиллага, инфекцияланган организм яъни онадан ўтган токсинлар таъсир қилиб, хомиланинг алмашинув жараёнларини бузиб турли нуксонлар қилиб чиқишга сабаб бўлади. Захм токсинлари нафакат ривожланган хомиллага таъсир этади, балки онанинг жинсий хужайраларига ҳам таъсир этади, уларнинг зарарлайди.

Тугма захмининг бирламчи белгилари боланинг биринчи йилларида пайдо бўлади. Характерли соматик белгилари: янги тутилган боланинг бурнидан йирингли ва қонли шилликлар оқими, лабларнинг ёрилиши, тери ранги қизил қуланган бўлган, сочлар ва қоллар тўқилган, жигар ва талок қатталашган, қаттарок болаларда – Гутчинсон учлиги: а) юқори тишларда яримойсимон чуқурчалар; б) кератит; в) отит, шунингдек бош суяги ва бурунда турли хилдаги деформациялар қўзатилади. Бундай болаларда эрта болалик даврида қўзғатувчанлик ҳоллари, эмоционал нотурғунлик ёки ўта холсизланиш, пассивлик қўзатилади. Баъзан касаллик 7-12 ёшларда аниқланади. Бу вақтга эса касаллик латент бўлиб, соғлом боладек қўрилади аммо аклий ривожланиш орқада қолади, ва ҳулқ вьзгариши қўзатилади.

Кейинчалик жараён турли шаклни олиши мумкин - қўзғалувчан, секин кечиши, катастрофик оғир ёки ритмитизланувчи авж олиши инфекция ёки жароҳат билан боғлиқ бўлади.

Сифилитик менингит ва менингоэнцефалит асосан эрта болалик даврида бошланади ва аниқ манзарада кечади. Оғир ҳолатларда ёки даволанмаганда вьзидан оғир асоратлар қолдиради, фалажлик, эпилепсиясимон тутканоклар, сифилитик гидроцефалия - булар оғир ақл заифликка олиб келади.

Болалардаги тугма захм клиникаси асосий симптомларидан бири эпилептик тутканокдир.

Тугма захм натижасида болада патологик хулк юзага келиши мумкин. Бунини 2 гуруҳга ажратиш мумкин.

1 гуруҳ аклий томондан кўпол ўзгаришларсиз, аммо майллари ошади.

2 гуруҳда эмоционал доираси кам ривожланган. Бировга раҳмдиллик кўрсата олмайди. Хатто якин одамига ҳам. Бунга хос хусусият камгаплик, бировга кўшилмаслик.

Болалардаги мия захмида галлюцинация ва васваса кам ҳолатларда кузатилади. Болалар ёшидаги нерв системасини континентал клиникасига характерли.

- Тугма захм соматик белгиларини кўплиги
- Тугма психикасини ривожланмаслиги.
- Мия захм вариантини психатсимон ҳолатга ўтиши билан.
- Психотик шакллари камлиги.
- Серологик диагностика: Сезувчан реакциялар РИТ ва РИФ. Кўпинча ликворда кучсизгина плеоцитоз ва оксил микдорини ошиши мумкин.

Мия захмини давосида қўбинирилган препаратлар қўлланилади, мышьяк, симоб, висмут, йод антибиотик, витамин, седатив, психотроп моддалар билан даволанади.

Прогрессив фалаж – бу диффуз специфик менингоэнцефалит бўлиб, мия тўқимасида яллиғланишини – деструктив ва атрофик ўзгаришлар билан, прогрессив кечиб глобал акли заифлик ўсиб жисмоний ва рухий деградация кузатилади. Қасалликни ривожланиши захмининг IY босқичига тўғри келади. Окспирохета бош миянинг хужайраларда ва хужайралараро бўшлиқларида топилади. Прогрессив фалаж қасаллигининг бошланишида умумий асабийлик симптомлари билан бошланади, бир канча ойдан, йилларгача чўзилади. Беморлар бош оғриги, ўйқусизлик, бўшашишдан азият чекадилар. Бундай белгиларга кўпинча невралгия ташхиси қўйилади. Бу даврда шахс ўзгаришлари кузатилади. Бемор ҳар бир нарсага қўлок соладиган бўлиб қолади.

Қасаллик авж олган сари қизиқишлари, қамқоғиш боради. Бемор ўйда ўтиролмай қолади, кўпроқ спиртли ичимликларга рўж қўяди, қам қаниш одамларга қимматли совғалар беради.

Бирламчи неврологик бузилиш белгилари ҳаракат бузилишлари билан кечади. Беморларнинг ҳусни ҳати ўзгаради. Гапиришида ўзгариш, тушунарсиз нутқ - дизатрия кузатилади. Характерли симптом Аргайл-Робертсона. Мия захмидан фарқли Вассерман реакцияси қонда ва ликворда деярли ҳамма беморларда мусбат бўлади.

Қасалликнинг авж олиш симптоматикасида органик тотал акли заифлик қўчяди. Бемор соғ одамга хос бўлмаган қилиқлар қиқара бошлайди, атрофдагилар рухий қасаллиги бўрлигидан шубҳа қиладилар. Беморнинг қайфияти баланд, эротичли, ўзига аҳамият бермайди. Қасаллик ҳолатини тан олмайди.

Клиник кўриниш хусусиятларига кўра прогрессив фалажнинг қуйидаги турларга ажратилади.

Кўпинча фалажнинг демент тури билан ишлашга тўғри келади.

Характерли белгилари - умумий холсизлик, хис туйгулари ва кизикишларини йвколиши билан кечади.

Энг характерлиги экспансив ва маниакал туридир. Бунинг белгиси кайфиятнинг доим юкорилиги ва баланд парвоз гојларнинг аниқ кўриниши.

Ажитирланган турида доимий тушунарсиз кўзгалиш ҳолатлари кузатилади. Прогрессив фалажнинг 3-чи маразм даврида рухий ҳолатнинг ҳамма томонларини тушиши кузатилади. Бу боскичда бемор факат овқат хақида вўлайди. Улар жуда хаддан ташкари очофат бўлиб қоладилар. Нутки тушунарсиз бўлади.

Маразмнинг соматик белгилари – кахексия, ёток яралари, суяклар синиши ва огир неврологик бузилишлар (инсулт, тутканок, фалаж) влим кўпинча инфекция кўшилганда ёки инсулт вақтида келади.

Прогрессив фалаж кам ҳолларда орттирилган захм натијасида асосан тугма захмдан кейин келиб чиқади.

12-15 ёшгача бола нормал ривожланади, сўнг в3-взидан ҳеч қандай сабабсиз бошқалардан ҳам жисмоний, ҳам рухий ҳолатда орқада қолади. Асосан бола жуда ахамиятсиз, атроф муҳитга кизикиши йвқолади, мактаб дастурини в3лаштира олмайди, ҳулки ва характери в3гаради: жахлдор, йиглоки, кулоксиз бўлиб қолади. Бундай болалар алдамчи, уйларида кочиб кетадиган одат чиқарадилар. Шундай вазиятда ота-оналар шифокорга мурожаат этадилар.

Ювенил прогрессив фалажнинг типик кўриниши бу деменциядир.

Касалликни кечиши даво олмаган болада 5 йилдан то 9-10 йилгача. Даво олмаганларни оқибати ёмон яқунланади.

Даволаш. Комбинирланган 3 кунлик безгак эмлаш билан бир қаторда специфик даво.

Бош мия жароҳатларидаги рухий бузилиш ҳолатлари

Бош мия жароҳатларидан сўнг рухий бузилишлар билан 8% беморлар психоневрологик диспансерда ҳисобда, 4% эса психоневрологик шифохоналарда даволанадилар. Бош мияга жароҳат таъсирининг характериға кўра:

- Очик жароҳатлар мия қопкоғи бутунлигини бузилиши билан.
- Ёпик жароҳатлар мия қопкоғи бутунлигини бузилмаслиғи билан.

Очик жароҳатлар в3 навбатида мия тешиб втувчи мия қаттиқ пардасини жароҳатлаб ичига втмайди.

Ёпик мия жароҳатлари қоммоция (чайсалиш) ва қонтузия (лат ейиш)ға бўлинади.

Мия жароҳати туфайли рухий бузилишлар полиморфизмлиғи билан ажралади. Мия жароҳати натијасида чуқур эс-хуш бузилишлари, яъни сопор ва кома келиб чиқади. Баъзи беморларда жароҳатлардан сўнг бир неча дақиқа ва соатларда кейин эс-хуш бузилиши мумкин. Сопор ва кома ҳолатларини давомийлиғи жароҳатни қай даража чуқурлиғи ва унинг ликвор бузилишиға таъсири билан ажралади. Қоматоз ва сопор ҳолатининг асосий белгиси ташки муҳитға жавобнинг чегараланишидир. Бу ҳолатдан чиқиш тез юзаға келмайди.

Беморга савол берилганда, кўп маротаба бир воқеани сувлаб бераверади. Бемор бош огриги, бош айланиши, бош ичидаги шовкинга, огирликка, кўнгил айланишига шикоят қилади. Рухий ҳолат томонидан кома ҳолатидан чиққандан сўнг хотирани пасайиши, фикр бир жойга жамлаш қийинлашади, сабабсиз кайфиятни ўзгариши кувнок эйфорик ҳолатдан то тушқун кайфиятга ўтиши. Секин аста бу белгилар камайиб 2-чи ҳафтага бориб йўқолиб кетади. Баъзи ҳолатларда коматоз ҳолатдан чиққандан сўнг делирий ёки делирий – онейрик ҳолатга ҳуши ўзгаради. Ориентация бузилишидан ташқари галлюцинациялар кузатилади, тўсатдан беморда ҳавотир кўрқув юзага келади. Делирийнинг давомийлиги 2-3 кун.

Мия жароҳатида рухий бузилишнинг энг огир тури бу Корсаков синдроми. Дарҳол ҳушдан кетгандан сўнг пайдо бўлиши мумкин ёки делирий – аментив синдром билан алмашинади. Бемор ташқи муҳитдаги муносабатларни қабул қилади, аммо ҳеч қанча ўтмай эсидан чиқариб юборади. Хотира баъзан конфабуляция билан тўлдирилади. Кўпинча беморда ретроград амнезия аниқланади. Корсаков синдроми 3-4 ой ичида секин аста йўқолиб боради. Мия бутунлиги бузилгандагина хотира бузилиши узос вақтга чўзилади.

Мия жароҳатида асаб-рухий бузилишлардан яна энг оғири бу сурдомутизм – қар ва соқовлик. Бу патологияни асосан ҳаво контузияси билан боғлайдилар.

Мия жароҳатларининг асоратлари – жароҳатдан кейинги церебростения, энцефалопатия, акли заифлик, психоз.

Жароҳатдан кейинги церебростения – невралгия клиникасини намоён этади. Жароҳатдан сўнг анча йиллар ўтиб пайдо бўлади. Асосий шикоятлари: тез қарқаш, ҳолсизлик, кўшимча ишларни берганда огирлик тушиши ҳоллари, бош огриги доимий тарзда, айниқса иш вақтида ҳаво ўзгарганда, транспортда юрганда қучаяди. Бундан ташқари, гиперестезия, вегетатив иннервацияни лабиллиги. Шунга қўшимча ҳолда ипохондрик ҳаёллар, ёпишқоқ ҳаёллар, қўрқув пайдо бўлиши мумкин.

Травматик энцефалопатия – ўтказилган контузия натижасида келиб чиқиб МНС томонидан чуқур ўчоқли симптомлар борлиги билан тушунтирилади.

Кенг тарқалган травматик энцефалопатиянинг бир тури бу травматик эпилепсия - эпилепсиясимон тутканоклар асосан миани пешона пуштасининг мотор ва премотор зоналарини фокал зарарланиши натижасида юзага чиқади. Эпилепсиядан фарқи жароҳатдан сўнгги эпилепсияда шахс ўзгаришлари юзага келиб чиқмайди. Травматик энцефалопатиядан сўнг шахснинг психопатик ўзгаришига олиб келувчи илдиздир. Беморда бесабаб асабнинг ўта юзалиги «оловли жаҳл», қизиқишларни чегараланиши, аниқ қўзғатилувчи эгоцентризм, агрессивлик пайдо бўлади. Буларда асосан алкоголь ичимликларига берилиши мойиллиги юқори бўлади. Энцефалопатия билан беморлар ногиронликка чиқади.

Мия жароҳатининг яна бир огир тури бу деменциядир. Клиник қўриниши – ҳолсизлик, бўшашиш, қизиқишларини чекланганлиги, апатия ёки ўта жаҳлдорлик, импульсивлик юзага чиқади. Бунда амнестик бузилишлар юзага

чикади. Жараён чуқурлашган сари в3 хатоларини ҳам бемор коррекция кила олмайди, аник фикрлар мазмунини тvлик тушуна олмайди.

Травматик церебрастения ва энцефалопатияси бор беморларда эпизодик холда травматик психозлар учраб туради, баъзан маниакал ва депрессив симптомокомплекслар учраб циркуляр психоз клиникасини эслатади.

Болаларда бош мияни жароҳати натижасида рухий ривожланишидан орқада қолиши кузатилади. Шикастланишини vткир даражасида болаларда доимий белгиси бу эс-хушни бузилиши vчиб қолиш типи бvйича. Делирий ҳолати кам учраб, асосан кечаси киска, рудиментар курқув, галлюцинациялар билан утади. Амнестик синдром ҳам рудиментар шаклда бvлади. Фиксацион хотира пасаяди, ретенция суст.

Жароҳатнинг vткир даврида болаларда тутканоклар кузатилиши мумкин. Огир ҳолларда эса менингиал симптомлар юзага чикади. Доим вегетатив функцияларни бузилишини кузатишимиз мумкин, уйқунинг бузилиши, иштахани пасайиши, профуз терлаш, сvлак ажралиши, энурез. Баъзан дудукланиш кузатилади.

Аффектив бузилишлардан (зерикиш, доимий кайфиятини vзгариши тушқунликдан то қувнокликка) болаларда аник бир vрин эгаллайди.

Баъзан болаларда ҳам катталарники сингари асоратлар кузатилади.

Травматик церебрастения астеник ҳолатдан фарк қилиб жароҳатнинг vткир даврида vзининг тургунлиги билан характерланади ва қvпинча бошқа сабабларга қvра компенсацияланади. Бирор касаллик интеркуррент бvлса, ёки хаётий қийинчиликлар кузатилса клиник белгилари в3-vзидан юзага чикади.

Травматик энцефалопатияда бир-бирига қарши клиник симптомокомплекс кузатилади.

- Апатико-адинамик синдром: апатия, тез чарчаш, бvшашиш, фаолликни пасайиши, ҳаракат қамайиши;
- Гипердинамик синдроми - ҳаракатнинг қучайиши, кайфиятнинг юқорилиги. Бола доим шvх, тvполончи, бақиради, югиради.
- Боланинг психопатсимон ҳулқининг vзгариш синдроми - қvпол, бешафкат, тиланчилик қилиб юради, кайфияти тушқун, интеллект пасайган, мактабга қизиқиш йуқолган. Бундай болалар коллектив билан чиқиша олмайди.

Баъзан мия жароҳати олган болаларда рухий бузилишлар жароҳатдан 1 йил vтгандан, баъзан 2-5 йилдан сvнг кузатилади. Эпилепсиясимон тутканоклардан ташқари истерик тутканоклар ҳам учраб туради.

Бош мияни жароҳатланишдаги динамикаси

Динамикани таҳлил қилишда икки бир-бирига қарши омилларни эсга олишимиз зарур. Гипертензияни қамайиши сvрилиш натижасида огрик белгилари пасаяди. Травматик психоз vсмир ёшларда ва болаларда орқага қайтиш хусусиятига эга. Бола характерининг vзгариши ва интеллектуал иш

кобилиятини йвкотиши тургун симптомларга тегишли, аммо бу оркага кайтиш жараёнига эга.

Окибатлар ёки асорати келиб чиқишида боланинг ёши ҳам аҳамиятга эга.

Етилмаган миани яъни онтогенетик ривожланиши тўлиқ яқунланмаганда оғир окибатларга олиб келади. Масалан: бола ривожланишдан аклий, жисмоний ва рухий оркада солади. Ёки тескарис болалик давридан ўтиш пайтида окибати яхши кечиши мумкин сабаби соғлом миё кенг компенсатор хусусиятга эга. Баъзан миёсидан шикаст олган болада енгил инфекция касаллиги билан оғриси яшин клиник белги бериб оғир окибатларга олиб келиши мумкин.

Даволаш. Уткир даврида ётоқ режими камида 3 ҳафта. Жароҳатдан 30-40 дақиқа ўтгандан сўнг бошига муз сўйиш ва тозаловчи хуқна ўтказиш. Дорилардан 40% уронеронин вена ичига килиш. Томир кенгайтирувчи, томир торайтирувчи, магнезий бериш катъиян ман этилади. Қўзгалувчанлик ҳолатларда люминал, аминазин буюриш мумкин. Орка миё пункцияси миё ички босимини туширишга буюриш тавсия этилади. «Хаотик» даври ўтгандан сўнг систематик даво олиб борилади. Сернокислород магнезий ва глюкоза эритмаси қуюлади.

Беморларни бу ҳолатдан чиққандан сўнг чекиш, алкоголь истеъмол қилиши чекланади. Ахволи ёмонлашганда эса гипотензив даво, умумий қувватловчилар, сўрилишни кучайтирувчи дори воситалари тавсия этилади.

Кон томир касалликларидаги рухий бузилишлар

Гипертония касаллигида рухий бузилишлар ўтиб кетувчи ёки тургун тус олади. Гипертония касаллигининг функционал босқичида беморлар қуйидагиларга шикоят қиладилар: бош оғриги, бош айланиши, тез чарчаш, кайфиятнинг ўзгариши, ипохондрик ёпишқоқ ҳаёллар, тўсатдан ўлим юзага келиши ёки қучли асоратлар юзага келиши ҳақида ўйлайдилар.

Гипертония касаллигининг склеротик босқичида кон томирлар сиқилиши яъни спазми характерли. Бу босқичда сумерик ҳолат юзага келиши мумкин, беморда тўсатдан қурқув, безовталиқ пайдо бўлади ва амнезия билан яқунланади. Қўпинча делириозсимон ҳолатлар юзага чиқади. Ундан ташқари баъзан депрессив-параноид ҳолатлар келиб чиқади. Иккинчи босқич жуда узок кечади. Терминал босқичда ўчиб қолиш, (ҳолати сумерик ва делириоз ҳолатлар юзага чиқади. Инсўлт натижасида окибатда беморларнинг акли заифлашади.

Профилактика ва даво: Меҳнат таътиллари олиб туриш, алкоголь ва чекишини чеклаш, гипотензив даво, транквилизаторлар ва психотерапия ўтказиш.

Атеросклероз – умумий сурункали касаллик бўлиб, артериал кон-томирларни зарарланиши билан характерланади. Атеросклеротик невротения бу атеросклероз бошланишининг энг бошланғич белгисидир. Шикояти: тез чарчаш, ортикча шовкин ва бошқалар ёқмаслиги, йиғлокилик, ўйқунинг бузилиши ёки ўйқучанлик, бош оғриши, бош айланиши, қулоқ шангиллаши. Бу ҳолатлар нафакат ишдан чарчаганда балки дам олиш пайтида ҳам қузатилади.

Кайфияти доимо тушкун, баъзан беморларда шахс өзгариш белгиларини аниклаш мумкин. Бундай беморларнинг юраги нта юмшок кўнгилчан бўлади, улар кўпинча эслаш қобилиятини пасайишига ҳам шикоят қиладилар. Улар хатто өз исмлари, фамилияси, ой кунларни ҳам эслай олмайдилар.

Ипохондрик, ёкимсиз огрикли хислар булар учун жуда хос, шилким гоялар ҳам хос. ЦАС учун бошлангич боскичида рухий бузилишлар тўлқинсимон кечишига эга. Атеросклеротик невротения атеросклеротик энцефалопатиянинг бошлангич боскичи ҳисобланади ва бош миyanинг органик зарарланиши билан характерланади.

Рухий ҳолатнинг торайиши өз-өзидан сабабсиз ўткир қон томир бузилиши инсульт қилиб чиқишига сабаб бўлади. ЦАС нинг прогрессланиб кечишининг белгиси эмоционал сферани, хотирани, диққатни бузилишидир. Беморлар қайфиятини нотургунлиги, аффектив бузилишларни қучайиши ишхонадагиларни ҳам безовта қилади, өзининг яқин қариндошлари билан ҳам чиқиша олмади. Худди ёш бола сингари бўлиб қоладилар. Арзимаган нарсага хурсанд бўлиб, арзимаган ҳафагарчиликлардан йиглашга тушади. Охирги боскичда касалликни бемор ҳар нарсага аҳамиятсиз бўлиб қолади. Ўсиб боровчи ақли заифлик натижасида эпизодлик ҳолатда делирийсимон өзгаришлар юзага чиқади, галлюцинациялар ва васвасалар қучаяди. Эс-хушни сумерик ҳолати ҳам юзага чиқиши мумкин. Кўпинча бундай беморларда паранойял васвасалар устун туради.

Терминал боскичида бемор монотон, атроф муҳитга қизиқиши чекланган, фойдасиз одамга айланади. Ўлим кўпинча инсульт ёки соматик касаллик натижасида юзага чиқади.

Давоси: диета, йод, психотроп дори воситалари, психотерапия.

Инволюцион даврдаги рухий бузилишлар. Карилик психозлари

Карилик даврида турли психозлар кузатилиши мумкин. Аммо баъзи гуруҳ касалликлар борки, уларни кечки ёшдаги психозлари деймиз, улар турли клиник кўринишга эга организмдаги модда алмашинув жараёни, эндокрин безлар фаолиятига кўра ўзгаради. Улар 40-60 ёшларга тўғри келади ва пресенил психоз деб аталади. Белгилари: доимий хавотирда, худди бир ташвиш келишни кутади бемор. Пресенил психозни тури инволюцион меланхолия ва инволюцион параноид.

Инволюцион меланхолия – депрессив ҳолатни эслатади – кайгу, хавотир, ўз-ўзини айблаш, гуноҳга ботгандек, баъзан васвасавий гоялар қатор васвасаси.

Беморлар бетокат, ҳаракатда тинимсиз баъзан ажитацияга ўтиб кетади. Кейинчалик бетокатлик ступор ҳолатини эгаллаб, негативизм симптомидаги кататоник ҳолатга ўтади. Бемор қаршилиқ кўрсатади, овқатни емайди, стереотип тарзда бир ўзил-кесил фикрларни билдиради. Инволюцион меланхолия – узок вақт кечиши билан фаркланади.

Даво: Нейролептик ва антидепрессантлар қўлланилади.

Инволюцион параноид – эс-хуши сакланган ҳолда тургун васваса гоялари чегарадан ташқарига чиқмайди. Васваса мавзуси: рашк, ортидан қузатувчи, захарловчи, уй-жойига етказувчи. Беморлар доим ҳаракатда касаллик кечиши сурункали.

Даво: Нейролептиклар билан ўтказилади.

Карилик психозлари. 70-80 ёшларда келиб чиқади. Унинг асосида бош миёда атрофик ўзгаришлар туриб, ярим шарлар пўстлогини зарарлайди.

Касаллик шахс ўзгаришлари билан бошланади. Бировга ишончсизлик, эгоизм, шубҳа пайдо бўлади. Хулкида ўзгаришлар қузатилади, уйқусиз, тинимсиз хонада юради. Ойнадан, эшикдан қўп маротаба қарайди, тўғри ва безорилар қиришидан қўркади. Қундузи уйқучанлик қузатилади. Баъзан эротизм пайдо бўлиб, турмуш қуради ёки болаларга жинсий мойиллик қузатилади. Хотираси пасаяди. Баъзан васвасалар қузатилади. Секин аста акли заифликка ҳолсизланиш, бўшашиш, уйқучанлик қўшилиб бемор маразмдан вафот этади.

Альцгеймер касаллиги – қарилик акли заифликнинг эрта шакли 45-65 ёшда қузатилади. Рухий бузилиш тез юзага чиқади. Белгиси – нутқдан қолади. Секин аста ҳолсизлик белгилари қучайиб маразмдан сўнг ўлим билан яқунланади.

Адабиётлар:

1. Алимов У.Х., Харабара Г.И., Абдулкасымов Ф.Б. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Ташкент, 2003.
2. Клиническая психиатрия. Под ред. Дмитриевой Т.Б. Москва, 1998.
3. Ковалёв.В.В. Психиатрия детского возраста М., «Медицина», 1995.
4. Психиатриядан маълумотнома. Под ред.Мурталибова Ш.А.-Ташкент, 1993.
5. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия (в схемах, таблицах и рисунках). Санкт-Петербург, 2003.
6. Современная клиническая психиатрия. Попов Ю.В., Вид В.Д. С-петербург, 2002.
7. Ходжаева Н.И., Шаюсупова А.У. Психиатрия.- Ташкент, 1995.
8. Шамсиев Э.С., Искандаров А.И., Зуфаров Р.А., Талимбекова В.К. Суд-тиббий фанлари. Ташкент, 2004.