

**Мавзу: «ТУТҚАНОҚ КАСАЛЛИГИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА,
ТЕРАПИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МАСАЛАЛАРИ.**

Касаллик тушунчаси. Тарихи. Эпидемиологияси. Этиопатогенези, замонавий таснифи. Эпилепсия клиникаси. Эпилептик талвасада биринчи ёрдам курсатиш, кутилаётган асоратлари, илк болаликдаги эпилептик реакциялар. Эквивалентлар клиникасию Ташхис ва даволашнинг асосий услублари.

РЕЖА

1. Эпилепсияни аниқлаш. Эпидемиология. Этиология ва эпилепсияни патогенези.
2. Клиникаси
3. Эпилепсия психопатологияси, давомийлик даражаси.
4. Ёшга доир хусусияти.
5. Тутқаноқ касаллигини даволашнинг асосий принциплари.

Бугунги лекция кенг тарқалган асаб-руҳий касаллик ҳисобланган – эпилепсияга бағишланади.

Эпилепсия – сурункали, кўплаб этиологик, асабий- руҳияти билан боғлиқ бўлган ягона патогенези доирасидаги, кўпинча болалик ва ўсмирлик ёшида пайдо бўладиган ҳамда пароксизмаль талвасага тушиш, чангак тортиб қолиш ва озми – кўпми кўринишда шахсда учрайдиган касалликдир.

Эпилепсия билан касалланишнинг ўртача даражаси дунёнинг турли мамлакатлари бўйича аниқланган ҳисоб – китобларга кўра аҳоли сонига нисбатдан ҳар 1000 кишига 5 ҳолат тўғри келади, умумий болаларга нисбатдан эса қачондир талвасага тушган, тутқаноқ тутган болалар тахминан 4 марта кўпдир (Крейндлер). Бу касалликнинг бошланишининг 70-80 фоизи болалик ва ўсмирлик ёшига тўғри келади. Болаликда пайдо бўлган эпилепсия катталарда учрайдиган, эпилепсия касаллигининг келиб чиқишига асос бўлади. Катталарда учрайдиган эпилепсиянинг олдини олиш болаларда учрайдиган эпилепсия касаллигининг олдини олиш ва профилактик ишларни олиб боришдан бошланади.

Болаликда учрайдиган эпилепсияни даволаш катталардаги эпилепсияни тўла йўқотолмаса ҳам, ҳар ҳолда маълум даражада частотасини камайтиради, умумий маълум бўлганидек, эпилепсияни келтириб чиқариш ҳолатлари катталарда камроқ бўлади.

Шундан экан, болалардаги эпилепсия фақат тиббиётдагина эмас, балки ижтимоий саҳадаги муҳим муомалардан ҳисобланади.

Эпилепсия клиникасини билиш, айниқса унинг бошланиш даражасини аниқлаш, нафақат невропатолог ва психиатр врачлар, балки поликлиникада ишловчи барча врачлар билишлари керак, чунки эпилепсия билан касалланган беморлар кўпинча унинг бошланиши дастлабки кўриниши пайдо бўлганида участка врачига мурожаат қиладилар.

Эпилепсиянинг ҳар ҳил кўринишлари масаласида турлича фикрлар мавжуд.

Кўплар гендан, яъни авлоддан, ёки эссенциал эпилепсия, бунга ташқи ҳолатнинг таъсири бўлмаса ҳам ривожланади, дейишади. Демак, бундай кўринишда авлоддан авлодга ўтиши мумкин, деб ҳисобланади.

Шу билан бир қаторда этиологик факторларга боғлиқ бўлмаган ҳолда мия фаолиятининг бузилиши, менингит-энцефалит асорати ва шикасланиш оқибатида ва бошқа сабабларга кўра пайдо бўлиши мўмкин. Ҳозирги пайтда авлоддан авлодга ўтиш эпилепсияси билан симптоматик фокал эпилепсияни бир-бирига қатъий қарама-қарши қуйишдаги тизим йўқолиб, маълум бир кўриниш аниқланди.

Бу кўриниш Давиденко С. Н.нинг таърифлашича: “эпилепсиянинг ҳамма кўринишларини бир қаторга қуйиш мумкин, бир томонидан фақат авлоддан авлодга ўтишдан пайдо бўлган ҳолатда, иккинчи томонда оммавий, аниқ кўринишдаги экзогеный ҳолатдагини. Эпилепсия тушунчаси алоҳида касаллик сифатида ўз кучида қолади, клиник аниқлашнинг вазифаси эса генерализован эпилепсияни фокал эпилепсиядан қатъий ажратиш эмас, балки эпилепсияни озми- кўпми миқдордаги бошқа касалликлардан, миyaning шишиши ёки қорин бўшлигидаги инфекциялар ва ҳақозалар ҳам тутқаноқ тутишига сабаб бўлиши мумкин.”

Эпилепсия номи грекчадан олинган сўз бўлиб “ epilepsus” яъни “қамраб оламан”, - дегани. Бу касалликнинг асосий белгиси тутқаноқ тутиш эски русча номланиши ”йиқилаётган касаллик”.

Тутқаноқ тутиши, талвасага тушиш эпилепсиянинг патологик кўриниши бўлса ҳам , у бирдан бир кўриниши эмас, хатто у бу касалликнинг шарт ёки албатта бўлиши лозим бўлган кўриниши эмас.

Эпилепсиянинг клиник пайдо бўлишини, давомийлигини характерига кўра икки гуруҳга ажратиш мумкин.

Биринчи гуруҳ – айна бир вақтда кескин пайдо бўлиб, қисқа вақт ичида бўладиган тутқаноқ, яъни эпилептик пароксизмлар.

Иккинчи гуруҳ – доимий, таъсирлаганда, зехн – фаросат, касалнинг шахсий ҳолатларида ўзгариш бўлганида.

Ҳар бир гуруҳни касаллик белгиларига кўра алоҳида кўриб чиқамиз. Ҳозирги пайтда эпилептик пароксизмнинг умум қабул қилинган классификацияси йўқ.

Халқаро эпилепсия бирлашмасида қабул қилинган Вена классификациясини кўпгина олимлар эътироз қилади. Биз ҳисоблаймизки, Леннокс (1960) томонидан ишлаб чиқилган классификация тажрибада кулланишда энг ўнгай ва омадлисидир.

Ҳамма турли кўринишдаги эпилепсия орасида таъсирчани йирик тутқаноқ тутиш (grandmal). Олдиндан хабар берилиш белгилари. Йирик тутқаноқ тутишдан олдин бир неча соат ёки кун олдин ҳар хил кўринишда функционал бузилиш ҳолатлари кўринишида олдиндан хабар берилади. Қон айланиш, нафас олиш, уйқў, танадаги моддалар алмашув юқори бўлиши, ошқозон бузилиши ва олигоурия.

Айниқса, руҳий ҳолатдаги ўзгаришларда кўринади: кучли безовталаниш ёки ҳеч нарсага аралашмаслик, қалтираш кайфияти, таъсирланишнинг кучайиши, ҳайратланиш, эксплозив ва шиддатлилиқ.

Аура – эпилептик йиқилишнинг бошланғич фазаси, ҳушидан кетиш, бу ҳақда касалда хотира қолиши мумкин ва таърифлай олади. Бу фаза жуда қисқа вақт ичида бўлади. Аура мажбурий эмас, лекин 60-70% ҳолатда кузатилади. Аураинг ҳамма аниқ куринишларини бирга бир кўрсатиб ўтиш имкони йўқ.. Баъзи касаллар қоринда пайдо бўлган кучланиш, бошқалари ҳеч қачон ҳис қилмаган ҳузур – халоват (Достоевскийнинг, “Идиот”идаги кўрсатилганидек). Аура мураккаб кўз, эшитиш ва бошқа галлюцианатор кечикмалар, гавданинг тузилишидаги асабийлашиш (фавқулодда енгиллик ёки ориқлаш ва ҳақозаларга кура). Аура сифатида мураккаб руҳий зўриқиш ҳолатида, яъни аввалдан кўрингандан ҳаяжонланиш ёки “ҳеч қачон кўринмаганнинг такрорланишидан ташвишланиб такрорланиш мумкин. Аура тутқаноқ тушиб йиқилиш даражасида кузатилади, унинг симптомлари тутқаноқнинг кетишга босқичларида ривожланмаслиги мумкин. Аура эпилептик ўчоқни аниқлашда ва ташҳис қуйишда аҳамиятга эга.

Аурадан кейин тутқаноқнинг тоник фазаси келади. У тўлиқ ҳушидан кетиш, бошлангич кичкирик, яъни тутқаноқ тутишдан олдин ҳаво нафас йўлини қисқатиради. Касал одатда олдинги томонга йиқилади, кўпинча жароҳатланади, бирон аъзоси синади ёки чиқади. Бош орқага қайрилади, кўз катта очилган, назари ҳаракатсиз. Гавдаси кучланишли, кул бармоклари муштка тугилган бўлади. Дастлабки оқариш цианоз билан алмашади.

Тоник фаза 10-30 секунд давом этганидан кейин 1-2 минут клоник фаза келади. У гавда қисми ва аъзоларининг кетма-кет букилиб ёки ёзилиб туриши, нафас йулида хириллаш ва бошқа кўринишларда бўлади.

Ҳаракатдаги кучланиш кўпинча чуқур ва оғир нафас олиш билан якунланади.

Тутқаноқли йиқилишдан кейин касал одамда яна бир неча минут эс-ҳуши тиник бўлмаган ҳолатда бўлади. Баъзи касаллар йиқилганидан сўнг ўзига келганидан кейин дарҳол туриб ўзининг ишини давом қилдиради, бошқалар эса 10-20 минут чуқур уйқуга кетади. Тутқаноқ тутиб йиқилгандан сўнг унинг тўлиқ амнезияси бошланади.

Болаларда генерализован йирик тутқаноқ эпилепсия формасида тез-тез учраб туради. Уч ёшгача бўлган даврида ҳуруж характерликдир, гавданинг яримини қамраб олади, тоник фазани қамраб олган ҳолатда. Алоҳида қуринишдаги яна бир ҳолати, боланинг боши бир томонга бурилади ёки бутун гавдаси ўнг ёки чап томонга қараган бўлади.

Уч ёшда ката болаларда эса йирик қалтироқ катталарда бўладиган ҳуружни эслатади. Аура катталарга қараганда болаларда камроқ бўлади. Болаларда қалтироқ кичкириш билан эмас инграниш, ва ҳушдан кетиши билан бошланади, ундан кейин тоник фаза келади. Бу фаза (одатда узок давом этади) томирларнинг интенсив тоник қисқариши билан характерланади. Болаларда тоник фазадан клоник фазага ўтиш жараёни аниқ ифодалонмайди. Клоник фазада тутқаноқ тутиши генерализован ҳолатида ва ритмик характерда, кўпинча локализация бошланиши кўринишига эга. Эпилептик ҳуруж бир неча секундга чўзилади, камдан-кам бир неча минут бўлади.

Кичик тутқаноқ (petit mal) ката тутқаноққа ўхшаган типик ҳолатлардан ажратиб туради, лекин бунда симптоматлик полиморфизм кўпдир.

Абсанс тутқаноқ ҳуружининг оддийроқ кўринишдир. У бирданига қисқа вақтда кўринади (бир неча секундгача) ва тўлиқ ҳушдан кетишига олиб келади. Касал совийди, лекин йиқилмайди, гавдани тутқаноқ ҳуружи бошланишидан олдинги ҳолатда тутиб туради. Ҳуруж баъзида автоматик хусусиятда ожиз кўринишда (масалан, касал бармоқларини ҳаракатга келтиради ва лабини кимирлатади).

Абсанс ҳуружи қандай тез бошланган бўлса, шундай тез тухтайди. Касал эса ўз фаолиятини ҳеч нарса бўлмагандек давом этиради, у нима юз берганини билмайди.

Абсансларнинг бундай кўриниши болалар ёшида кичик ҳуружнинг тез такрорланадиган кўриниши эмас. Кўпинча болаларда кичик ҳуружлар гуруҳига кирувчи триада, деб номланган ҳуружлар учрайди.

Бунга қўйидагилар киради:

а) Пропульсив кичик ҳуружлар. Абсансларга ўхшаган қисқа муддатли, хотирани бутунлай йўқотади, улар турли ҳаракатланиш кўринишида, гавданинг бутунлигича ёки қисман олга интилишга олиб келади. Пропульсив ҳуружлар гуруҳини “салаамов”, “яшин тезлигида”, “киватель”, ва “астатик”га ажратилади. Салаамов ҳуружи олдидан боланинг боши ва гавданинг юқори қисми секин тоник ҳуруждек олдинга эгилади, томирлар атрофга ва юқорига ҳаракатланади, яшин тезлигидаги ҳуруждан интенсивлиги билан фарқланади. Шундай вақтда ҳаракатланиш тез ва бирданига юз беради. Ётганда бош кўтарилади, ўтирганда эса кутилмаган пайтида олдинга эгилади.

Астатик ёки акинетик ҳуруж олдидан касал бир неча дақиқага ҳушидан кетар экан, томирлари бўшашади, лекин тезликда яна кўтарилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган ҳуружлар болалик ёшининг илк даврига тўғри келади, кўпинча 1 ёшларда юз беради. У юқори частотада характерланади.

б) Ретропульсив кичик ҳуружлар кўпинча 6-7 ёшларда бўлади, 16-17 ёшдан кейин ҳам учрайди. Умумий кўринишлари: юқори частотали (20 дан 100

гача ва ундан ҳам юқори, давомийлиги (2-4 дақиқа), асосий белгилари (кўз олмаси юқорига қарайди, шу ҳолатда баъзан ритмик ҳаракати вертикал йўналишида бўлади)). Бош тез-тез орқага ташланади, гавда орқа томонидан, ёки бутун гавда орқадан ҳаракатланиб, эгилади.

Ҳозирги пайтда кўпгина авторлар бунга пикнолепсияни қушадилар, абсанс ҳуружлар типини, эпилептик касалликка қарши даволашда ўзгариш йуклиги, самара бермаганлиги учун баъзан бемор тузалишига олиб келади.

в) Импульсив (ёки миоклоник) кичик ҳуружлар асосан болалик ва ўсмирлик ривожланиш даврида бўлади. Импульсив ҳуруж ташқи томондан караганда кучли кўрқувдан бирданига қалтирашни эслатади. Бундай ҳолатда кўллар тез ҳаракат билан очилиб ёпилади, унда мавжуд бўлган нарсалар отилиб кетади. Агар касал йиқилса, яшин тезлигида йиқилганидек, кўпинча шу захоти ўрнидан туради. Одатда қатор итаришлар кетма- кет келади, баъзан янги ҳолатда бўлади.

Майда ҳуружларнинг ҳамма кўринишлари оғриқ қушилиши билан мураккаблашади ёки кичикроқ ҳолатда (чайналиш, ютиниш, овоз чиқариш ва бошқа оддий ҳаракатларда).

Кичик ҳуружлар триадасининг ҳар бир шакли клиник кўринишда ва оқимда ўз хусусиятига эга. Пропульсив шаклда кўпроқ кўпол неврологик бузилиш ва қисман психиканинг тўлиқ ривожланмаганидан бўлади.

Миоклоник ҳуружда кўпол асабийлик учрамайди, лекин эпилепсия учун хос бўлган хотирани йўқотиш ва бошқалар юзага келади.

Ретропульсив шаклдаги кичик ҳуруж руҳиятдаги ноҳушлик таъсири билан ажралиб туради, бунда узок давом этган касаллик натижасида шахснинг ҳолатида ўзгариш бўлиши мумкин. Қатирок частота разрядлари, юқорида кўрсатиб ўтилганидек, кенг миқёсда бўлиши мумкин.

Қатирок ҳуружи кетма-кет келган пайтда, ҳатто кичик тухташи бўлганида ҳам хотирани йўқотиш тўхтамайди. Эпилептик статус кўп соатта, баъзан эса бир неча куп давом этиши мумкин. Оғир коматоз ҳолати ривожланади гавда

харорати кўтарилиб 40 даражагача етади, сийдикда белок пайдо бўлади, юрак фаолияти бузилади.

Статус давомида миянинг ўткир ишишини бўлади. Бўларнинг барчаси бемор ўз вақтида даволанмаса, ҳаёти учун хавфлидир. Статусдан сўнг даволаниш жараёни оғир кечади, терапия унга самара бермайди, баъзан асабларнинг бузилишига олиб келади.

Кичик ҳуружлар ҳам статус шаклида бўлиши мумкин.

Пароксизмал калтироққа психомотор ва психосенсор ҳуружлар ҳам киради. Улар ососан локализация эпилептияген ўчоқда аниқланади. Одатда психомотор ҳуружи хотиранинг қоронғилашиши ва кейнчалик амнезияга олиб келиш хусусиятига эга. Ҳулқнинг бузилиш ҳеч бир мақсадсиз ҳаракатланиш стереотип хатт-ҳаракат, масалан, кийимлари тахлаб қўйиш, қўлни артиш, атрофдаги жиҳозларини мақсадсиз тартибга келтириш. Бошқа ҳолларда болалар чапак чалади, турли сўзлар айтади, мақсадсиз кулади, қаергадир боришни, югуришни истайди. Ҳуружнинг давомлиги 1-3 минут.

Психомоторли ҳуружда бемор гавдасини вертикал ҳолатда айлангтиради. Вақтинча чайнаяли, сулак чиқиши, тағшаниш ютиниш юз беради. Ташқаридан қараганда бемор овкатнинг таъмини табиб кургендек кўринади. Ҳуруж хотиранинг қоронғилашиши кўринишида бўлади. Психомотор ҳуружи болаларда тез-тез учраб туради.

Психосенсор ҳуруж эса болаларда каталарга қараганда кам учрайди. Психосенсор пароксизм клиник кўринишига аура, эпигастрал, кардинал ва висцерал хусусиятларда руҳий кечинмалар киради.

Шунингдек, баъзан болаларда учрайдиган диэнцефал эпилепсияни эслатиб ўтмоқ лозим. Диэнцефал эпилептик ҳуруж воситалари аввало турли ҳаяжонланиш, юрак ва нафас йўллариининг ритми бузилиши, терморегуляция, гипергидрозом, полиурия ва бошқаларнинг бузилишидан пайдо бўлади. Ҳуруж ҳаракатдаги ҳаяжонланинг мажбурий қилиш, йиғлаш ҳамроҳлигида булиш мумкин. Бундай пайтида хотира чуқур бузилмайди ёки умуман бузилмайди. Эпилепсия билан оғриган беморларда айтиб ўтилган пароксизмал ҳаяжонланиш

билан бир қаторда руҳий эквивалентлар ҳам кўзатилиш мумкин. Бу турли жиҳайдан руҳиятнинг ҳаяжонга туриши натижасида ҳуружлар ўрталигида юз беради. Ҳуруж эквиваленти, деб шунинг учун айтадиларки, у ўзининг кутилмаганда тезлиги, эпизодиклиги жиҳашидан каттироқ ҳуружни эслайди, баъзан уни алмаштирилгандек бўлади. Ёш болаларда улар каталарга қараганда кам учрайди. Психик эквивалентларга дисфория, хотиранингҳолатни керади.

Дисфория-хотиранинг эпилептик ҳаяжонланиши, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Бемор кўпол, жирканчли, ҳаяжонли, ҳавотирли, камдан кам ҳафахон, ипохондрик шикоятли ва ўз жойига қасд киришга уриниш ҳолатлари кам бўлса ҳам учрайди. Гоҳида кайфияти юқори бўлган ҳолда учрайди. Баъзида эпилепсия кўрқиш ҳолатида хуш ўзгарган тусда бўлади (ўжарлик қилиш, сурбетлик, қаҳрлилик, одатдан ташқари ҳаракатланиш, уятсизлик). Эпилепсия билан касалланган беморларда хотиранинг хираланиши ҳолати турлича бўлади. Болаларга ва ўсмирларда хотиранинг хираланиши уйқуда юриш ва фуг ҳолатида тез-тез учрайди.

Сомнамбулизмда (уйқуда юриш) бемор тунда туради ва уйгонмасдан хонада юради, баъзан хонадан чиқади. Бир неча минутдан кейин бемор қайтиб ўз ўринга ётади. Бемор ўзининг ҳолати ҳаракатларини бошқалардан эшитиб билиб олади.

Эпилептик фуг жараёнида болалар бирданига уйдан чиқиб кетадилар ва тенгшираб юрадилар.

Тартибга солинган хираланиш ҳолатида-трансда беморлар мураккаб ҳаракитларини бажарадилар, ташқаридан қараганда тартибли кўринади, зарур бўлмаган томонга кетиш, бирон ерга, баъзан узоқ саёхатга жунаб кайтиш. Беморлар баъзи даражада атрофга қараб, қаёрданлигини белгилаб олади, шунинг учун улар атрофдагиларнинг диққатини тортмайдилар. Хотира хираланиши ҳолатининг бошқа ва риангғларида клиник кўринишда руҳий ҳаяжонланиш эгаллайди. Галлюцинация хусусиятлари: ўт, кўрқиниш, бировга ташланиш, кўрқиничли кўринишда бўлади. Беморлар баъзида фавқулодда

хавфли кўринишда бўлиши мумкин, гоҳида эпилепсия билан касалланган беморлар худди шундай ҳолатида энг оғир жиноятларни содир қиладилар. Ўлдириш, йиритиш ва бошқа ҳаракатларга ингтиладилар. Беморлар дуч келган нарсалар билан ҳимояланадилар, эшикларни тусадилар, стул билан ситанадилар, деразага чиқиб оладилар. Ўз жойига қасд қиришга ҳаракат қилиш ҳоллари учрайди. Рухий кечинмаларда вақтида хусусиятлидир.

Пароксизмал, шунингдек, қисқа ва ўтиб кетадиган рухий ҳолатда эпилепсия барча рухий кечикмаларни чиқариб ташламайди. Бу касаллик кўпинча ҳолларда рухий бузилишни ривожланитиради.

Бу эпилепсия прогредиент касалланиш сифатида ўрганишга асос бўлади.

Эпилептик жараён дастлаб характер ядросига тегмаслиги мумкин, рухий ҳолатларини ўзгартиради, қайғуриш ва интилиш реакция ва хулқ-атворнинг ўзгаришида секинлик ва бошқалар. Беморлар аста-секин ҳаракатланиш қобилиятини йўқотади, юқорига кўтарилишда қийналади, ошириб гапиришга мостиллик пайдо бўлади, майдачи, педантлик хусусиятга эга бўлади. Ҳаяжонланиш оқибатида мулоқатда эгоизм ўзининг, ҳақ эканлигига ишонч ҳосил қилиш, юқори таассурат ва ҳаяжонланиш, ўч олиш ҳамда шижоатланиш ўзининг соғлиги ўчун кўпроқ қайғуриш ва умуман шахсий фаровонликни ўйлаши. Кўпгина беморлар касалликнинг кейинги боскичларида ўзларининг якин қариндош уруғларининг вафоитига ажабланарли даражада унга қайғурмайдилар. Беморлар бундай пайтда ўзларининг соғлигига диққат билан қарасалар ҳам.

Беморлик жараёнида пайда бўлган аломатлар аста-секинлик билан аввалги рухий кечинмаларни қисиб чиқара бошлайди. Беморлар характерига қарама қаршилик хос, шу заҳоти ҳисоблашиш ва ғазабга келиб, кўполлик қилиш ҳамда фойдаланиш. Эпилепсия билан касалланган беморлар майда-чуйдага ката эътибор беради. Беморлар кўпинча ёвуз хотирали, шу билан бирга озодаликни яхши кўрадилар, ўз жихозларига ўрганиб қолишган бўладилар. Кўпинча улар меҳнатсевар бўлишади, кўп вақларини биронита мураккаб бўлмаган ишга сарфлайдилар, ҳамма нарсанинг майда-чуйдасигача эътибор

беришади. Айниқса, эпилепсия вақтида ўй-фикрлашдаги бузилмилар хусусиятлидир. Беморнинг ўй-фикрлашдаги секинлашади, тор доирада бўлади. Эпилепсия билан оғриган бемор кўп сўзлайди, керакмаган сўзларни гапирди, майда-чуйдага архталади. Фикрлаш тор доирада бўлиб, янги фикрга ўтиши ... кечади. Эпилептикларининг нутқи даражаси секин, бир хил баъзида тирик, эркаловчи тусда бўлади. Бемор врач билан узоқ вақт ахамиятсиз ҳодисалар туғрисида суҳбатлашади, ўз фикр муғғҳазасини кейинчалик ифодалағғи олмайди. Уй-фикри бўйича суҳбат бошласа, бошқа томонга ўй-фикрини ўзгартириш қийинрок бўлади. Аффект кумуляциясига мойилик сезилади.

Беморлик даврида кўриб ўтилган хусусиятлар кучаяди, унга хотиранинг ожизланиш кушилади. У хотира ёмонлашганиги, интеллектуал қобилиятлилиқ камайишда ифодаланади.

Логик фикрлаш қобилияти камаяди, фикрлаш конкретланади. Профессионал тажриба ва қизиқиш камаяди.

Эпилепсия билан оғриган болаларда ҳамиша ҳам айтиб ўтилган хусусияти, индивидуал ўзгаришлар бўлавермайди. Бундай болаларга 3-4 ёшда кўпроқ юкори моторик хусусиятлидир. Болаларнинг ота-онаси сўзига қараганда “бир минут ҳам бир пайтда ўтираолмайди”, интилиш, қўлига илган ҳамма нарсани олишга уриниш, ўларга қизиқмаслик ва фаолиятнинг натижасига эътиборсизлик уларнинг хусусиятига хосдир.

Эпилептик боладаги ҳаяжонланиш тез хафа бўлишида кўринади, агрессив, ўч олувганлик оддий сабаблардан келиб чиқади. Сабр-... қилмаслик, озгина кечикиш юзасидан унинг талабини қаноатлангтирмаслик, агарда у кейинчалик амалга ошса ҳам эпилептик болаларда кўп учрайди, натижада фазабланишига, асосанз равишда атрофдагилар билан жанжал чикаришига сабаб бўлади.

Унинг диккатини бошқа томонга йўналтириш қийин кечади, бола узоқ вақт бир нуқтага тикилиб қолади, бир хил машгулот билан шугулланади, мунтазам гавдасини силкитиб туради.

Алоҳида таъкидлаш керакки, эпилепсия билан касалланган болаларнинг баъзиларида асабийлашиш ошган, эгоизм кучайган, атрофдагиларни таъсирига берилувчан, эрканалувчан ёки ортикча хотамтойлик хусусиятлари бўлади. Баъзи болаларда хулқ-атвор белгилади касаллик давомида бир хил, айримларида эса қарама-қарши, биридан иккинчисига тез ўтиши кузатилади. Хулқ-атвордаги бузилиш бир хилда бўлмаслиги характернинг эпилептик тизимидаги ранг-барангликни ўз ичига олади.

Эпилепсия олдидан бўладиган симптомларнинг хусусиятни кўриб чиқамиз. Одатда, эпилепсиянинг дастлабки симптоми қалтираш ҳуружи. Бу факат болаларнинг дастлабки ёшига нисбатдан туғридир, чунки бу ёшда эпилепсияни аниқлаш қийин, субъектив шикоят бўлмайди.

Мактаб ёшидаги ва мактаб ёшигача бўлган болаларда эпилепсиянинг бошланиш аломатлари ўрганилганида, эпилепсия қалтироқ ҳуружи бошланмасидан олдинроқ пайдо бўлади. Эпилепсиянинг тутқаноқсиз бошлангич даври бир неча ойдан бир неча йилгача чузилади.

Касалликни ривожланиши жараёнидаги дастлабки билинади. Эпилепсиядан олдин уйқу бузилиши жиҳатлари шундан иборатки:

- а) одатдан ташқари ёруғлик
- б) кўрқиш аффекти намаён бўлиши
- в) уйқу давомийлатининг бўзилиши, безовталаниш
- г) туш кўринишининг чўзилиб кетиши
- д) баъзида уйқуни муддағғдан ўтказиб юборишга утиш, хираланиш ҳолати
- е) кўрган тушлари мазмуни хотирасида сақланиб қолиши
- ж) шу ва бошқа тушлари мунтазам такрорланавериши.

Кўрилган тушлари бошқа ҳаёжонли тушлар симптоми билан уйғунлашиши характерли белгилари (тушда гапириш, тушда юриш, йиғлаш, кулиш, тушда қичқириш) умумий қалтираниш бош айланиш, айниқса хотиранинг ўзгариши. Бўларнинг ҳар бири алоҳида ҳолатда эпилепсия учун ўзига хос хусусияти эмас, аммо ўларнинг уйғунлиги эпилепсиянинг дастлабки

аломатларини аниқлашга имкон беради. Эпилепсиянинг даслабки даврида бош оғриги кўпгина касалларда пайдо бўлади. Бироқ кўпчилик касалларда у интенсив эмас ва клиник кўринишда етакчи ўрин эгалламайди. Эпилепсия олдидан бош оғришнинг асосий фарқланиши шундаки, прогрессивлик кўринишдаги белгилар аниқланмайди, умумий жараёнда ўрин топгандек. Шунингдек, тунги бош оғриги бўлмайди. Баъзи беморларда бош оғриги кейинчалик эпилептик хуруждан хабар берувчига айланади.

Болаларда эпилепсиянинг бошлангич даражаси катталарга қараганда икки мартда кўпроқ бўлади, висцеро-вегетатив пароксизм кузатилади, қисқа муддатли ва ожиз клиник ҳолатда ажралиб туради. Гоҳида эса улар факат висцерал симптом билан чегараланади. Масалан, хотирада сақланиб қолган умумий муҳлитда бирданига қайд қилиш эҳтиёжи пайдо бўлади ва шу заҳоти йўқолади. Бошқа ҳолатларда пароксизм хотиранинг ўзгариши билан, қатор вегетатив симптомлардан иборат бўлиб, гоҳида турли ҳаяжонланишдан: тоник қалтироқ ёки томирларнинг бўшашиб қолиши, билмаган ҳолда сийиб қўйиш ва бошқа ҳолатлар. Болаларда висцеро-вегетатив пароксизмнинг турли кўринишлари шундаки, абдоминал хўруж-қоринда оғриқ пайдо бўлиши баъзида опекуляр феномен билан боғлиқ бўлади. Бу гоҳида невропатия, глистной инвазия, овқат токсикоинфекцияси, деб янглишилади. Ажралиб турган белгилари:

- а) улар пайдо бўлишида пароксизмал характер
- б) овқатланиши ва психоген пайти билан боғлиқ эмаслиги, йўқлиги
- в) қисқа муддатлик (бир неча дақиқа 1-2 минут)

Катталарга кўрганда болаларда генерализован қалтироқ хуружи, тутқанок икки мартда кам учрайди ва аввал айтиб утилган ҳолатларда кечади (тоник характерда, қисқа муддатли).

Касалликнинг ривожланитиришини кузатиб, оғирлашиш, частотаси ва хуружларнинг полиморфизмини аниқлаш мумкин. Касаллик ҳамиша ҳам прогрессив ҳолатда бўлавермайди. Баъзи ҳолларда даволаниш оқибатида тузалиб кетиш мумкин.

Клиник харитада олдинги ўринда полиморфизм туради. Бошлангич даражасида хуружнинг енгил шакллари таққосланади: уйқуда пароксизмал хаяжонланиш, бош оғриғи ва бошқалар эпилепсия хуружи учун қатта тутқаноқлар олдида характерлик эмас.

Катталарда учрамайдиган тоник қалтираш ва висцеро-вегетатив пароксизм, болалардаги пропульсив ретропульсив хуружлар бош миясининг тула шаклланмаганлиги сабаблидир.

Эпилепсия-жиддий касаллик ва ташхос ҳамиша гуманитардир. Эпилепсия вақтида ўлим кўпинча эпилептик статус жараёнида содир бўлади, айриш ҳолларда беморлар хуружнинг ўзида буғилиш ва бошқа бахитсиз ҳодисаларда ҳалок бўлишади. Кайфиятнинг оғир бузилиши, суицидал уринишларга олиб келиши аҳамият касб этади. Касаллик оқибати ва эпилептик ақлий зоифлик кўпгина авторлар фикрига кўра 50% ҳолатда кузатилади. Болаликда бошланган касаллик кўпинча оғир ақлит заифликка олиб келади.

Эпилепсиянинг ривожланишида алоҳида ҳолатда қандай факторлар аҳамиятли? Ҳозирча бу саволга тўлиқ жавоб бериш қийинроқ.

Болаларда турли пароксизмал ҳилатлар кузатилади, қайсики, улар эпилептик хуруж сифатида хато тушуниш мумкин. Иккинчи томондан эпилептик хуруж табиотан эпилептик бўлмаган пароксизм билан англашмаслиги мумкин. Эпилептик хуружни шундай қилиб кўтидаги пароксизмал турларга ажрашига тўғри келади.

Спазмофилия хуружи. Спазмофилия минерал алмашилиши бузилиши билан боғлиқ ҳолда юз беради. Болаларда 1,5 ёшдан 3 ёшгача кузатилади. Асаб томирлари ўйнаши кучайиши билан характерлидир. Хуруж пайтида қўл панжалари “акушер қўли” ҳолатида, бош эгилган, юз томирлари қимирлаб туради, оғиздан купик келади. Тажриба кўрсатадики, биринчи қалтроқ хуружи мактаболди ёшида юз беради, кейинчалик эпилепсия хусусияти борлиги билинади. Шу сабабли кўпинча уни спазмофиль янглишадилар. Спазмофиль билан эпилептик хуружни ажрайтиб олишда эсдан чиқармаслик керакки,

биринчи марта хотирани йўқотиш унга чуқур бўлмайди, йирик хуружга нисбатдан.

Спазмoфиль хуруж айникса кўпинча қишнинг охирида ва баҳорда учрайди. Эпилептик хуруж эса йил давомида юз беради.

Лихорадик қалтираш тана ҳароратиянинг инфекцион касаллик оқибатида тез кўтаришидан пайдо бўлади. Бу баъзи қалтирашга мойилик бўлган бемор болаларда учрайди. Лихорадик хуруж кўпинча ҳаётнинг биринчи йилида булади, аммо мактаболди, гоҳида мактаб ёшида ҳам юз беради. Бундай пайтларда эпилепсия ташлисини қўтишга шошилмаслик керак.

Шунингдек, алиментар хуружни ҳам баҳолаш лозим, у эмизикли ёшдан кейинги босқичгача (4-5 ёшгача) ичак инфекцияси касаллиги буйича давом этади. Мия минингити, менинго энцефалит, энцефалитлар кўпинча симптоматлик қалтираш хуружини келтириб чикаради, албатида буни эпилепсия, деб тушунмаслик керак.

Бошини сарак-сарак килиш эпилептик хуруж сифатида хато тушуниши мумкин. Ушбу спазм бола бошини кўтара бошлаганда содир бўлади, шунингдек, бошини қимирлашиш ҳаракати, кўз олмаси нистагмоид ҳаракатланишда бўлади. Бундай бузилиш боши вертикал ҳолатда тутиш жараёнида ушланиб қолишда, деб эътироф этилади. Ҳаракатланишдан хотира бузилиши содир бўлмайди, 2-3 йилгача изсиз йўқолади.

Аффе́ктив респиратор қалтираниш болаларда мактабгача бўлган ёшда учрайди. Аффе́ктив распиратор қалтираш ҳаяжонга тушиш таъсирида пайдо бўлади, қандайдир қаноат ҳосил қилмасдан ғазабланиш, қичқириш, йиғлашдан бўлади. Боланинг нафаси тухтайди, юзи оқаради, мускуллари тоник кучланади, ундан кейин ҳаракатсизланиш, мускуллар бўшашиши юз беради, бу ҳолат 1 минутгача, баъзида кўпроқ давом этади. Шундан кейин бемор боланинг хотираси тулиқ ўз ҳолатига қайтади.

Эпилепсияга қараганда обморoк (беҳуш булиш) унга тез бўлмайди. Унинг характерли томони юз оқаради, тер босади, томирлар бўшашади.

Истерик беҳушликда қуйидаги белгилар аҳамиятга эга, атрофдагиларнинг диққатини ўзига тортади. Кўз ёши, инграниш, театрал кўриниш, кулиш истерик жазава характерли, аммо эпилептик кўриниш эмас. Тилни тишлаш, истерик хуружда сийдикни ушлаб қола олмаслик ҳолатлари бўлади. Хотирани тўлиқ йўқотиш бўлмайди. Истерик хуруж эпилептик хуружга қараганда давоимитдир.

Симптоматик эпилепсия. Қалтираш ва қалтирашсиз эпилептиформдаги хуруж кўпгина органик мия бузилиши касаллигидан бўлади. Улар кўпгина бош миянинг шишиши, туғма ва наслидан наслига ўтиш, асаб тизимининг бузилиши конгенитал сифилис оқибатида, гипогликемик кризис, уремиядан бўлади.

Миянинг чегараланган органик бузилишида хуружни аниқлаш одий вазифа эмас, ҳамма ҳолатда ҳам врач тўғри ташхил қўтиши, уларнинг уйғунлигини аниқлаш, анамнези чуқур тахлис қилиш, психопатологик, неврологик ва соматик изланишлар қилиш ҳамда касаллик йўналишини ҳисобга олиб бориши лозим. Шунинг ҳам айтиш лозимки, ҳозирги пайтда параклиник усуларни изланиш эпилепсиянинг махсус томонлари тўғрисида бир мунча маълумот беради. Шу билан бирга баъзи касалликларни баҳолашда, эпилепсия билан клиник ўхшашликни аниқлашда қийинчилик туғилади.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

Эпилепсия асосида ҳамини бош мия фаолиятидаги ўзгаришлар ётади. Эпилепсия билан касалланган беморларни неврологик ўрганиш, барча клиник касалланишни ўрганиш, рентгенологик, электроэнцефалографик изланишлар, ниҳоят патологик маълумотлар миянинг эпилепсия вақтида шикастланиш ҳолатларини аниқлашга ёрдам беради.

Кўпгина болаларда бош суяги жарохатланган бўлади, инфекция олади, миянинг шикастланишига олиб келадиган бошқа ҳолатлар юз беради, аммо ҳамини эпилепсияга олиб келавермайди.

Кўпинча болалардаги асаб системаси зарарли ҳодисаларни яхши кечиради, у тўлиқ соғлом ҳолатда қолади.

Этиология касаллиги – актуал, аммо тўлиқ ўрганилмаган муоммалардан бири. Афсуски, ҳозирги пайтда болалардаги тутқаноқ ва эпилепсия сабаблари кўпгина, эпилепсия категориясига кирмайдиган, маълум бўлмаган этиологик кассаликлар мавжудлиги учун аниқланиб етмади. Илмий ВОЗ ғуруҳи ўзининг докладада Леннокс таъкидлайдики, авлоддан авлодга ўтиши эпилепсия учун кўпроқ тегишлидир. Леннокс таърифига касаллнинг қариндош уруғлар ўртасида эпилепсия частотаси 1,8 %, гендан ўтиш эса 3,6 %. Леннокснинг фикрича, кўпгина касалларда мавжуд бўлган фактор генетик, авлоддан авлодга ўтганлик оқибитидир. Пенфилд ва Эриксон ҳам шундай фикрда қолган. Конрад аниқлашига эпилепсия билан 6-8 % бола, 4 % ака укалар ва сингилар ва 1-2 % жияцлар ўртасида бўлади.

Алкоголи авлоддан авлодга ўтиш ҳоллари етарли ўрганилмаган. Баъзи олимлар оисавий анамнезда биринчи ўринга алкоголизм қўяди. Айниқса, байрам ва дам олиш кунлари спиртли ичимликлари истеъмол қилиш кўп бўлади. Шунинг учун “якшанба болалари “ термин мавжуд. Эпилепсия асосида миёга зарарли таъсир кўрсатилиши касаллик ўзгаришига олиб келади. Бунинг зарари организмда принатал ривожланиш даврида, туғилиш ва кейинги боскичларда давом қилади.

Эпилепсия патогенезида конгенитал касалланиш аввалари сифилисдан эканлигини катита аҳамият касб этди. Ҳозирги пайтда бунда конгенитал токсоплазманинг роли аниқланди.

Миёнинг тузилиш пайтидаги жароҳатланиши эпилепсиянинг пайдо бўлишининг бир сабабидир.

Постнатал даврда эпилепсия кўплаб ва ранг-баранг факторларини келтириб чиқаради: миё инфекцияси, бош чаноғи жароҳатланиш.

Зарарланиш қаторига ҳозирги пайтда ревматизмни ҳам қўтмоқдалар.

Кўпгина ҳолларда касаллик пайдо бўлишини икки ва ундан ортиқ патоген факторларнинг уйғунлашуви ва болага таъсир қилиши билан боғлиқдир.

Патогенез эпилепсиянинг ўрганишда кўпгина авторлар анатомик маълумотларга етакчи ўрин бердилар.

Эпилептик хуруж миёда томиларнинг бузилиши, томирлардаги спазм туфайли ҳосил бўлишидан, деб тушунилади. Эпилепсия билан касалланган беморларда мода алмашинуви бузилиши аниқланган. Эпилептик хуруж алколоз ҳолатда бўлганидан ҳам кўринади. Мураккаб эпилепсия патогенези тушунарлироқ бўлмоқда, агарда масала И. П. Павловнинг рефлекс теорияси бўйича олиб кўриладиган бўлса. И. П. Павловнинг фикрича, эпилептоген ўчоғи ҳаяжонланиш фавқулодда уцчланиш, бирдан кўтарилиб кетиш, давомийлик билан характерланади.

Крейнделернинг фикрига кўра эпилептик касаллик уч фактордан иборат. Албатта, кўпгина ҳолатларда бундай факторларни аниқ ажрата олмаймиз.

Кўшимча факторларга лихорадик аҳвол, чарчаш, қайғуриш, менструал давр, уйқу, баъзи медикаментлар, масалан, камфора, кардиол, алкоголь, пирамидон стрихнининг ва ҳаказол.

Шундай қилиб, эпилепсия бутун организмнинг фаолиятида ранг-баранг бузилиш содир бўлишидан пайдо бўлади.

Таъкидлаш керакки, бундай касалликни даволашда терапевтик даволаш самара беради, у организмнинг барча яъзолари фаолиятига таъсир қилади.

Касални даволашда ҳамиша қўтидаги принципларга амал қилиш лозим:

1. Даволаш узоқ вақт узлуксиз бўлиши. Хуруж тухташи билан даволашни тухтамаслик керак. Охиргиси уч йилдан кам бўмаслиги, эҳтиёт билан дори-дармонларни камайтириш, терапия бекор қилингунча.
2. Кўпчилик ҳолларда эпилептикага қарши ҳар хил препаратларни қўллаш.
3. Ҳар қайси беморга оптимал дозировкани, препаратларни топиш.
4. Эпилепсияга қарши дорилар ҳамма ҳолатларда модда алмашуви жараёни яхшилайдиган бўлиши лозим (глутаминлар, кислота, витаминлар).
5. Эпилепсияни даволаш билан бирга албатта, организмдаги бошқа касалликларга эътибор бериш.

6. Ҳар бир ҳолатда ҳам юқори натижаларга эришишнинг муҳим шарти: бола ҳаёти режими, тарбия, ўқитиш ва меҳнат фаолиятини тўғри ташкил қилиш.

Эпилепсияга қарши даволаш усуларини тўғри қўллай билиш керак.

Ҳозирги пайтда антиэпилептик дори-дармонлар кўп, аммо шундан энг муҳим люминал ҳисобланади. Гексамедиғғ турли қалтироқ хуружларида куллайдилар. Унинг таъсирида рухий ҳолат ҳам яхшиланади, беморлар юмшаради, хотиржам бўладилар.

Бензонал тутли хуружларда қалтрашга қарши ишлатилади. Психомоторли хуружда эса кам самара беради.

Дифенин йирик қалтироқ хуружларда ишлатилади.

Бура тоник қалтирашда қўлланилади.

Хлоракан ҳомиладорларга ва болаларга тавсия қилинади.

Кичик хуружларда триметин, пикнолепсин, суксилеп самаралидир.

Эпилактин хираланиш ҳолатида, кичик ва аралаш хуружларда қўлланилади.

Тегретол (Швейцария) психомотор хуружида айниқса самаралидир.

Финлепсин тегретолга ўхшаш, лекин кўп таъсири эмас.

Эпилепсия даволашда турли доривор гиёҳлар қўлланилади (Серейск, Воробьёв, Бехтерев, Бродский ва бошқалар).

Таҷриба кўрсатадики, Бродский микстураси ва аминазин яхши таъсир кўрсатади (айниқса ката қалтираш хуружида). Эпилептик статус шошилч ҳолат, тез тиббий ёрдам кўрсатиш лозим.

Ҳарорат даражаси юқори кўтарилган-антибиотиклар, юрак фаолияти бузилганида кордиамин, кофеин, нафас йўли бузулганида-лобелин.

Дори-дармонларнинг фақат ўзи эпилепсини даволашда тўлиқ самара бера олмайди. Касалликка қарши курашда боланинг тўғри ҳаёт кечириш аҳамиятли. Бола кўп вақтини тоза ҳавода ўтказиши лозим. Ўз вақтида доимий ва етарли уйку бўлиши керак. Тўғри овқатлантириш, овқат тўйимли ва таминларга бой бўлмоғи лозим. Ўткир, тузли овқатлар тўғри келмайди. Спиртли ичимликлар ичмаслиги керак. Ўйку олдидан ювинтириш зарур. Қуёш нуридан сақланиш

керак. Жисмоний тарбия билан шуғуланиш, кўп чўзилмаган ҳолатда. Тажриба кўрсатадики, ҳеч қандай малумот билан шуғуланмаган кишиларда эпилепсия кўпроқ бўлади. Бола касалликка қарамасдан мактаб программасини ўзлаштира олса, мактабга боради, синфда оғир кечикмалар, хуруж бўлса , вақтинча тўхтатилади, бу болалар боғчасига ҳам тегишлидир. Катта эпилепсия билан касалланган ўсмирларни меҳнатга жалб қилиш врач назорати орқали бўлади. Ҳар қандай фойдали меҳнат мия фаолиятини яхшилайдир, касалга қарши курашда ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР

1. Алимов У.Х., Харабара Г.И., Абдулкасымов Ф.Б. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Ташкент, 2003.
2. Гулямов М.Г. Психиатрия. Учебник для студентов. Издательство «Маориф», Душанбе, 1993.
3. Гехт А.Б. Международный конгресс по эпилепсии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т.100. 3, 2000, стр.6
4. Карлов В.А. Эпилепсия. Москва, «Медицина», 1990
5. Ковалев В.В.. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. Москва, «Медицина», 1995.
6. Современная клиническая психиатрия. Попов Ю.В., Вид В.Д. С-Петербург, 2002.