

МАЪРУЗА№11

**Мавзу: БОЛАЛАРДА
УЧРАЙДИГАН ТУТҚАНОҚ
ҲУРУҖЛАРИ
(шайтонлаш)**

Режа:

- Этиологик классификацияси.
- Патогенези ва патоморфологияси.

- Клиник классификацияси ва белгилари.
- Ташҳис қўйиш ва даволаш.

Мақсад:

Талабаларни тутқаноқ ҳуружларига
ташҳис қўйиш, тез ёрдам кўрсатиш
ва даволашга ўргатиш.

Вазифалар:

- 1.Этиологик ва клиник классификацияси билан таништириш.
- 2.Ташҳис қўйиш ва солиштирама ташҳис ўташиш.
- 3.Беморни шайтонлашдан чиқришга ўгатиш.
- 4.Даволаш ва тутқаноқ хуружини олдини олиш.

Болаларда рўй беривчи бу касалликни (4-6 ойликдан то 2-3 ёшгача бўлган болалар) тутқаноқ касалидан ажратиб олиш болалар невропатологи ва педиатрнинг муҳим вазифаларидан биридир. Шу сабабдан маърузанинг асосий мавзусига тегишли маълумотларни бошлашдан аввал тутқаноқ касаллиги тўғрисида қисқача тушунча бериш лозим.

Статистика бўйича тутқаноқ касаллиги ер шарининг ҳар хил ёшда бўлган 0.5% аҳолисида учрайди. Унга хос белгилар қаторига ҳуруж ҳолида кузатилувчи ҳушдан кетиш ва тана мушакларининг айрим гуруҳларида тутқаноқ рўй бериши хосдир, айрим ҳолларда тутқаноқ бемор танасининг ҳамма мушакларида ёки диффуз ҳолда рўй бериши мумкин. Баъзан бу касалликнинг келиб чиқиши ирсият билан боғлиқдир. Илгари бу гуруҳга кирувчи тутқаноқ касаллигини генуин эпилепсия деб аташган.

Тутқанок касали билан касалланган беморларнинг анамнезида (ҳаёт ва касаллик анамнезида) шу касаллик бемор оиласининг бир неча аъзоларида ва авлодларида борлиги тўғрисида маълумотлар бўлади.

Бундай беморлар махсус диспансерлар ҳисобида туради (психиатрик шифохоналар, диспансерлар), ишга яроқсизлиги тўғрисида инвалидликка чиққан ва эркаклар ҳарбий хизматдан озод қилинган бўлади. Юқорида кўрсатилган сабабларга кўра тутқанок хуружи рўй берган болаларнинг ота-оналарида тутқанок касаллиги бор ёки йўклигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Тутқанок касаллигининг кечишига қуйидаги
фазалар хосдир:

- А) Касаллик хуружининг бошланғич
белгилари аура 60-70% беморларда
кузатилади.
- Б) Тутқанок хуружи фазаси;
- В) Тутқанок хуружидан чиқиш фазаси;

Тутқаноқ хуружининг қолдиқ белгилари
фазаси – чуқур уйқуда бўлиш ва амнезия.
Болаларда кузатиладиган тутқаноқ
хуружининг эпилепсия касаллигидан фарқи
шундаки, у 4-6 ойлик, 2-3 ёшдан то мактаб
ёшигача бўлган болаларда учрайди ва унинг
келиб чиқиш сабаблари турлича бўлади.

Мактаб ёшигача бўлган болаларда учрайдиган тутқаноқ хуружининг келиб чиқиши асосида қуйидаги физиологик ҳолатлар ётади:

- Болалар бош мия пўстлоғининг функционал норасталиги.
- Мия пўстлоғининг юқори даражада қўзғалувчанлиги ва тормозланиш процессларининг сустлиги.
- Болалар марказий нерв системасида компенсатор ва мосланиш процессларининг мукамал тораққий этмаганлиги.
- Гемато – энцефалитик барьернинг ҳимоя қилиш фаолиятининг сустлиги.

Юқорида кўрсатилган сабабларга кўра болаларнинг нерв системаси, катталарникига нисбатан, ташқи муҳитнинг ҳар хил зарарли таъсиротларига бошқача, тутқаноқ хуружи тарзида жавоб беради.

Болаларда кузатиладиган тутқаноқ хуружининг этиологияси жуда кўп ва ҳар турлидир. Улардан энг муҳимлари қаторига қуйидагилар киради:

1. Ўпка, юрак, нафас йўлларининг туғма патологияси ёки касалликлари натижасида руй берувчи асфиксия. Бундай ҳолатда руй берувчи тутқаноқ хуружи ўпка ва юрак фаолиятининг бузилиши билан бирга кузатилиб, бемор терисининг оқариб, кўкариб кетиши билан кузатилади. Асфиксияни узоқ давом этиши мия устунида қўпол патоморфологик ўзгаришлар чақириши натижасида ўлимга олиб келиши ҳам мумкин.

2. Инфекцион факторлар ва заҳарланиш натижасида рўй берадиган тутқаноқ хуружлари асосан бир ёшгача бўлган болаларда учраб, у асосий касаллик билан бир вақтда кузатилади ва тутқаноқ тоник ҳолда ўтади. Масалан: грипп, пневмония, қизамиқ, эпидемик паротит, заҳарли диспепсия, касалликни келиб чиқишига сабаб бўлиб, улар четлатилгандан сўнг тутқаноқ хуружи тўхтайди, унинг асосий касаллик йўқолишидан кейин давом этиши марказий нерв системада қўпол патоморфологик ўзгаришлар рўй берганлигидан далолат беради.

3. Ўткир нейро-инфекцион касалликлар
натижасида келиб чиқадиган тутқаноқ
хуружи, кукрак ёшидаги 1-2 ёшгача бўлган
болаларда кузатилиб, хуруж бола танаси
ҳароратининг баландлиги асосий
касалликнинг белгилари (менингит,
энцефалит ва бошқалар) билан бир вақтда
пайдо бўлиб, аксарият ҳолларда клоник,
камдан-кам клоник ва тоник ҳолда ўтади.

4. Бош мианинг органик зарарланиши натижасида кузатиладиган тутқаноқ хуружларининг сабабларига бош мия тараққиётининг туғма аномалияси (янги туғилган болаларда учрайди), туғилиш пайтида бош ва мия қутисининг зарарланиши (онанинг чаноқ суякларини торлиги, туғиш жараёнининг патологик кечиши (спонтан туғилиш, туғилиш даврининг чузилиб кетиши, қуруқ туғилиш, туғилиш пайтида қўл билан, акушер омбури билан ёрдам бериш ва бошқалар).

Бош мия ўсмаси, сили (туберкулома), паразитар касалликлари, абсцесси натижасида ҳам тутқаноқ хуружи рўй бериб, касалликларнинг бошланғич даврида у маҳаллий (локал), кейинчалик диффуз характерига эга бўлиши мумкин.

5. Эпизодик тутқаноқ хуружлари бемор боланинг буйрак касалликлари (азотемия, уремия, қанд касаллиги (диабетик кома) сабабли организмда модда алмашувининг бузилиши ва эндоген заҳарланишдан келиб чиқади.

6. Эндокрин безлар фаолиятининг патологияси модда алмашувининг бузилиши (адипозогенитал семириш, базедов касаллиги, базедовизм- қизларда учрайди) натижасида келиб чиқадиган тутқаноқ хуружлари беморнинг балоғатга етиши ва эндокрин безлар фаолиятининг нормал ҳолга келиши билан йўқолиб кетиши мумкин.

7. Рахит ва спазмофилия 4-6 ойдан то 2-3 ёшгача бўлган болалар касаллиги бўлиб, у қон таркибида фосфор ва Са ни то 6-7мг% гача камайиб кетишига (№-10-12 мг%) ва Д-гиповитаминозига олиб келади. Бундай болаларда ҳаво ҳароратининг пасайиши (совуқ фаслда) тутқаноқ хуружини бошланишига сабаб бўлади. Бунинг асосида минерал модда алмашинувининг бузилиши ва алкалоз, ларингоспазм, тетания, эклампсия чақириши натижасида қўл мушакларида тоник ҳолда кузатиловчи тутқаноқ хуружи рўй беради,

беморнинг қўл кафтлари “акушер қўли” тусини олади, юз мушаклари тетаник ҳолда тортишиб, сохта кулиш, юзнинг, буруннинг, кўзнинг қийшайишига олиб келади. Нервнинг гольваник токка нисбатан қўзғалувчанлиги ошиб кетади (№-5 ма) беморда 5ма/дан кам ток қисқариш чақиради.

8. Истерик тутқанок хуружлари тоник ҳолда бўлиб, асосан тана мушакларида ва сустроқ даражада оёқ ва қўл мушакларида кузатилади. Унинг келиб чиқишига бирорта аффектив ҳолат сабаб бўлади. Хуруж тугагач, бемор уйқуга кетмайди, парестезия, тилни тишлаб олиш, оғиздан кўпик ажралиши, чанок аъзоларининг фаолиятини бузилиши кузатилмайди. Тутқанок хуружи вақтида беморнинг ташқи кўриниши децеребрацион тарангликни эслатади.

Болаларда кузатиладиган тутқаноқ хуружларининг патофизиологияси остида нерв системасининг ҳамма соҳаларида қўзғалувчанликнинг ошиб кетиши ва шу ҳолатни бош мия пўстлоғининг айрим ерларида концентрациялиниши (мотор зонада), бошқа соҳаларида тормозланиш ва қўзғалувчанликнинг пўстлоқ ости тугунларига тарқалиши ётади.

(А.Д.Спиранский, В.К.Хорошков, Колье, Гартенберг ва бошқалар).

Узоқ давр давомида тутқаноқ хуружининг механизми бош мия қон-томирларида рўй берувчи спазм ва мия тўқимасининг ишемияси билан тушунтирилар эди.

Лекин аксарият илмий текшуривлар натижасида (Е.К.Сепп) тутқаноқ хуружи асосида мия пўстлоғининг ҳужайраларида электрик потенциалнинг тебраниши ётади, тутқаноқ хуружи эса бош мия қон томирларининг спазми билан кузатилади деган ҳулоса бор.

Охирги замонавий маълумотларга кўра тутқаноқ хуружининг рўй бериши асосида бош мия пўстлоғининг айрим қисмлари ҳужайраларининг қўзғалувчанлигини ўзгариши ва ҳужайра мембранаси ўтказувчанлигининг ўзгариши ётади.

А.М.Гринштейннинг фикрича ҳар қандай ҳужайра мембранасини ҳолатини ўзгартирувчи моддалар, унинг ўтказувчанлигини ошириб, тутқаноқ хуружинининг келиб чиқишига мойиллик туғдиради ва аксинча (М.Б.Кроль, Е.К.Сепп ва бошқалар).

Ҳужайра мембранаси ўтказувчанлигининг ўзгаришида муайян ўринни вегетатив нерв системасининг симпатик қисми ва эндокрин системасининг ҳолати эгаллайди.

(Н.И.Граценков, Г.В.Мансуров, Криш ва бошқалар). С.А.Чугунов, И.С.Беретов, С.Н.Давиденков, А.А.Лев, К.З.Долгин ва бошқаларнинг ЭЭГ текширишлари тутқаноқ хуружи вақтида бош мия пўстлоғининг электрик активлигини пароксизмал ўзгариши аниқланган.

Бу ўзгаришларга ЭЭГ да вақти-вақти билан патологик дельта тўлқинларни пайдо бўлиши ва альфа тўлқин амплитудасининг пасайиши ёки бутунлай йўқолиши киради. Болаларда кузатиладиган тутқанок хуружинининг этиологиясидан қатъий назар, бош мия қон томирларида спазм чақиради ва вена қонининг турғунлигига олиб келади.

Натижада мия тўқимасида гипоксия, заҳарланиш, бўкиш, майда ва йирик қон томир ҳавзаларида қон қуйилиш, мия тўқимасинининг ҳалок бўлиши ва ҳужайрасиз бўшлиқлар пайдо бўлишига олиб келади.

Болаларда кузатиладиган тутқаноқ хуружининг клиникаси, асосан касалликни келтириб чиқарган фактор (сабаб) билан боғлиқ, шунга кўра тутқаноқ хуружи айрим гуруҳ мушакларда (локал) ёки тананинг ҳамма мушакларида (диффуз ҳолда) кузатилиши мумкин.

Касалликнинг энг биринчи белгиларидан бири бемор ҳушининг ўзгариши бўлиб, у карахтлик, прекоматоз ёки коматоз ҳолида кечиши мумкин.

Тутқанок хуружи юрак, нафас олиш
аъзоларининг фаолиятини бузилиши билан
бошланиши, беморда юрак-қон томир ва
ўпка касалликлари борлигидан далолат
беради.

Қон, сийдик, орқа мия суюқлигини
лаборатор текшириш натижалари беморда
инфекцион, буйрак, марказий нерв
системасининг ва бошқа касалликлар
борлигини исботлайди ёки тасдиқлайди.

Марказий нерв системасининг заҳарланишига хос бўлган локал, диффуз белгилар, кўз тубида, бош мия қутисининг рентгенограммасида аниқланган ўзгаришлар тутқаноқ хуружининг характери, унинг маҳаллий ёки – диффузлигини, ҳамда касалликнинг сабабини тўғри аниқлашда муҳим аҳамиятга эгадир, децеребрацион тарангланишни эслатувчи, тоник ҳолда кечувчи тутқаноқ хуружи спазмофилияга, тоник ва клоник кечувчи локал тутқаноқ хуружлари бош мияни айрим бўлагининг зарарланишига хос бўлади.

Болаларда кузатиладиган тутқаноқ
пропульсив, ретропульсив ва импульсив
гуруҳларга бўлинади.

Пропульсив гуруҳлар – асосан уч ёшда
кузатилади ва қисқа муддатли тоник мушак
спазми билан кечади. Бунда бўйин, танани
букувчи мушаклар қисқариши натижасида
бемор салом бергани каби букилади. Бу
хуружга «салом» тутқаноғи деб юритилади.
Бу хуруж бош мияни оғир туғилиш травмаси,
гидроцефалия, микроцефалияда кузатилади.

Ретропульсив хуружлар – кўпинча уч ёшдан сўнг кузатилиб, бош ва танани ҳаракати билан аҳамият касб этади. Бу турига пикнолепсия деб аталади ва бунда кўз олмалари, бош ва тана орқага бурилиб, бемор турган ерида тепиниши, танасини айлантириши ва ёнига бурилиши билан характерланади.

Импульсив хуруж – 11 ёшдан сўнг кузатилиб, бунда сесканиш, миоклоник ва акинетик хуружлар кузатилади.

Маҳаллий хуружларга қуйидагилар киради:
Джексон хуружи-олдинги ва орқа марказий
эгат қўзғалганда рўй беради. Бунда
маҳаллий клоник тортишув ёки маҳаллий
парестезия кузатилади. Адверсив хуруж –
прематор соҳа қўзғатилганда кузатилади ва
бош ҳамда кўз мажбурий бир томонга
бурилиши билан кечади.

Оперкуляр хуружда – шу соҳа қўзғатилгани
учун чайнаш, эмиш каби ҳаракатлар кузатилади.
Диэнцефал хуружлар – турли хил кечади: хуруж
билан нафас, юрак-қон томир, тана ҳароратини
ўзгариши, ошқозон-ичак йўллари дискенезияси,
руҳий хуружлар (айланиш) юзни буриштириш, ўз-
ўзидан чапак чалиш ва бошқалар) билан кечади.

Болаларда учрайдиган тутқанок
хуружларининг клиникасида уч хил белгилар
кузатилиши мумкин. Биринчиси юқорида
келтирилган турли хил тутқанок хуружлари,
иккинчиси соматик статусда ўзгариш ва
нихоят учинчиси неврологик статусдаги
ўзгаришлардир.

Келиб чиқиш сабабига кўра – соматоген ва церебрал хуружлар тафовут этилади. Агар хуруж соматик касалликлар натижасида рўй берса, беморда асосий касаллик белгиларидан ташқари неврологик статусда органик белгилар бўлмай, фақат бош миянинг умумий зарарланиш белгилари кузатилади.

Агар тутқаноқ хуружи асаб касалликлари
натijasида рўй берса, унда касалликларга
хос бўлган неврологик белгилар (маҳаллий
ва умумий) кузатилади.

Масалан: менингитда менингеал
белгилар, энцефалитда ҳаракат, сезги
ўзгаришлари, бош мия ўсмасида ўсма
ўсаётган ерни зарарланиш белгилари ва
ҳоказо.

Диагностика

Ташҳис қўйишда тутқаноқ хуружини
эпилепсия касаллигидан фарқ қилиш лозим:

Эпилепсия касаллиги учун қуйидагилар
хосдир:

1. Тутқаноқ хуружи оила аъзоси ёки яқин қариндошларида мавжудлиги.
2. Касалликнинг секин аста кучайиб бориши, хуружлар кўпайиб, тезлашиб боради.

Касаллик клиникасига босқичлар хосдир:
аура, тоник, клоник босқич ва уйку.

Болаларда учрайдиган тутқаноқ хуружига қуйдагилар хос:

1. Тутқаноқ хуружи маълум бир касаллик натижасида рўй беради ва бошқа оила аъзоларида кузатилмайди.
2. Тутқаноқ хуружининг кечишида босқичлар кузатилмайди, аура бўлмайди.
3. Руҳий ва шахсий ўзгаришлар кузатилмайди.
4. ЭЭГда хуруж бўладиган даврда ўзгаришлар кузатилмайди.

Ташҳис қўйиш

Болаларда учрайдиган тутқаноқ хуружига ташҳис қўйишда, аввал асосий ташҳис кўрсатилади ва унинг асорати сифатида тутқаноқ хуружи характери ифода этилади. Масалан: ОРВИ, нейротоксикоз, тоник тутқаноқ хуружи ёки сальмонеллёз ўткир кечувчи, клоник тутқаноқ хуружи билан ва ҳоказо.

ДАВОЛАШ

Тутқаноқ хуружи вақтида тезда бу ҳолатдан чиқариш лозим. Бунинг учун тинчлантирувчи дорилар берилади: седуксен, диазепам, реланиум, ГАМК, хлоралгидрат, литик аралашмалар. Бош миядаги бўкишни камайтириш мақсадида сийдик ҳайдовчи дорилар: лазикс, фуросемид, маннит ва бошқалар, гипертоник эритмалар тавсия этилади.

Хуруж тўхтагандан сўнг касаллик сабаби аниқланиб, асосий касаллик даволанади.

Буларга қуйдагилар мақсадга мувофиқ:

1. Дегидротация.
2. Нейрометаболитлар.
3. Сийдирувчи дорилар.

Агар хуружлар қайтарилаверса, унда беморга антиконвульсив дорилар берилади.

Катта хуружларда: фенобарбитал, бензонал, депакин, натрий вальпроат.

Кичик хуружларда: карбомазепин препаратлар: финлепсин, стозагин, тегретол, антилепсин, седуксен, конвулекс ва бошқалар.