

## МАЪРУЗА № 8.

**Мавзу:** Асаб касалликларининг  
локал, анатомик келиб  
чиқиш сабабларига кўра  
классификацияси.

Полиомиелит касаллиги.

Ўтган маърузаларда фанимизнинг биринчи қисми, умумий невропатология ҳақида маълумот берилган. Невропатологиянинг иккинчи қисми асаб касалликларини ўрганишга бағишланади. Бу қисмининг мақсади ва вазифаларига – асаб касалликларини келиб чиқиш сабабларини, уларнинг патогенезини, касалликларни клиникасини, диагностикасини, профилактикаси ва даволаш усулларини ўзлаштириш киради.

Асаб касалликларининг турлари жуда кўп. Уларни келиб чиқиш сабабларига кўра нерв системасининг маълум бир маҳаллий қисми ёки унинг умумий зарарланиши кузатилиши мумкин. Шу сабабларга кўра асаб касалликларининг қуйидаги классификацияси мавжуддир:

- Нерв системаси касалликларининг локал анатомик классификацияси.
- Нерв система касаликларининг келиб чиқиши сабабларига кўра ёки нозологик классификацияси.

Биринчи локал анатомик классификация  
қуйидагилардан иборат:

1. Марказий невр системасининг  
шикастланиши (бош ва орқа мия  
касалликлари).
2. Периферик нерв системасининг  
зарарланиши (орқа мия илдизлари,  
чигаллари, айрим бош мия нервларининг  
зарарланиши, полиневрит ва  
полирадикулоневритлар).

Вегетатив нерв системасининг зарарланиши (мигрень, чакка артериити, энса оғриғи, бўйин мигрени, орқа симпатик синдром, ганглионитлар, горнер синдроми, вегетоневроз, ангионевроз ва бошқалар). Бу классификациянинг тузилиши ташқи кўриниши томондан нотўғри туюлади, чунки унда вегетатив нерв системаси касалликларининг номи келтирилади. Аммо неврологларга маълумки вегетатив нерв системаси касалликлари орқали унинг қайси қисми зарарланганлиги тўғрисида билиш мумкин. Масалан, мигрень хуруж ҳолда кузатиловчи бош оғриғи. Бу касалликда вегетатив нерв системасининг бош мияни нервловчи қисми шикастланади ва шунга ўхшашлар.

Асаб касалликларининг этиологик (нозологик) классификацияси. Бу классификация бўйича асаб касалликлари 10 та гуруҳга бўлинган:

1. Нерв системасининг қон томир касалликлари (марказий, периферик ва вегетатив қисмларининг касалликлари).
2. Нерв системасининг инфекцион касалликлари (марказий, периферик ва вегетатив қисмининг зарарланиши).
3. Нерв системасининг ўсмалари (марказий, периферик ва вегетатив қисмининг зарарланиши).
4. Нерв системасининг заҳарланиши билан боғлиқ бўлган (токсик) касалликлар.

5. Бош ва орқа мианинг паразитар касалликлари.
6. Бош ва орқа мианинг хўппослари (абсцесслар).
7. Нерв системасининг оилавий, ирсий ва бошқа касалликлари.
8. Ён амиотрофик склероз( БАС). Шу давргача бу оғир (1-2 йил давомида ўлимга олиб келувчи) касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, патогенези аниқланган эмас. Шу сабабли бу касаллик эътибордан четда қолиб кетмаслигини кўзда тутиб, классификациясига алохида гуруҳда Ханкорян томонидан киритилган.

9. Нерв системасининг жароҳатланиш (травматик) касалликлари.

10. Неврозлар. Бу гуруҳга чегарадош ёки нерв касалликларининг функционал турлари киради.



Бу классификация медицина фанлари академиясининг неврология институти томонидан жуда кўп давр илгари тавсия қилинган бўлиб, ҳозирги кунгача унинг янги тури ишлаб чиқилмаган.

# Нерв системаси инфекциян касалликларининг классификацияси

Нерв системасининг инфекциян касалликлари ҳар турли бўлиб, уларни чақирувчи факторларга қараб системага солиш мақсадида икки (А ва Б) гуруҳ касалликларига ажратилган.

**А).** Нерв системасининг бирламчи инфекциян касалликлари. Бу гуруҳга кирувчи инфекциялар нерв системасини тўғридан-тўғри зарарлантиришига кўра улар нейротроп инфекциялар ҳам деб аталади.

Бу гуруҳ ўз навбатида яна 4 гуруҳга бўлинади:

1. Вирус касалликлари: полиомиелит, вирус таъсирида ривожланувчи ҳар турли энцефалитлар сероз менингит, радикулоганглионит (херпес) қутуриш.
2. Нерв системасининг тахминий вирус касалликлари. Тахминий дейилишига сабаб шундаки, бу касалликлар шубҳасиз инфекцияцион касалликлар таркибига кириб, қидиришлар натижасида уларни чақирувчи махсус микроблар аниқланмаган, шу сабабдан улар алоҳида гуруҳга ажратилган. Тарқоқ склероз, диссемирлашган энцефалит, оптикомиелит, оптикоэнцефалит, ўткир бирламчи арахноидит.

3. Микроблар орқали чақирилувчи нерв касалликлари: Менингококк таъсирида чақирилувчи эпидемик менингит, сил менингити, столбняк, ботулизм.

4. Нерв системанинг мезо ва эктодермал захм (сифилис) касаллиги. 

**Б).** Нерв системасининг иккиламчи инфекцион касалликлари. Бу гуруҳ ҳам 4 гуруҳга бўлинади:

1. Нерв системасини баъзи инфекцион касалликлар натижасида зарарланиши: дифтерия, грипп, малярия, тошмали терлама (тиф), бруцеллез ва бошқалар.

2. Нерв системасининг инфекцион-аллергик касалликлари: аллергия, зардоб ва вакциналар таъсирида ривожланувчи менингитлар, энцефалитлар, менингоэнцефалитлар.

3. Нерв системасининг  ревматизм таъсирида зарарланиши: Ревматик энцефалитлар, менингоэнцефалитлар, инсультлар, периферик ва вегетатив нерв системасининг шикастланишлари.

4. Ҳар турли органларнинг йирингли касалликлари натижасида нерв системасининг яллиғланиши .Ҳар қандай инфекцион фактор мия тўқимасини диффуз зарарлантириши мумкин, лекин уларнинг баъзилари оқ ёки кулранг моддани танлаб зарарлантириш хусусиятига эга бўлиши ҳам мумкин. Инфекцион факторлар таъсирида бош мия тўқимасининг яллиғланиши энцефалит деб аталади.

Энцефалитлар патоморфологик жиҳатдан кулранг ёки оқ модданинг яллиғланишига қараб лейкоэнцефалит (оқ модда), полиоэнцефалит (кулранг модда) деб аталади. Орқа миёна инфекция факторлар таъсирида яллиғланиши миелит деб аталади. Ўз навбатида миелитларни ҳам икки тури мавжуд, яъни лейкомиелит ва полиомиелит.

# Полиомиелит.

Бу ўткир инфекцион касаллик бўлиб, нейротроп вирус таъсирида ривожланади. Бу касаллик тўғрисидаги маълумотлар катта қизиқиш чақиришининг сабаби шундаки, полиомиелит бошқа вирус касалликларига нисбатан кўпроқ учрайди, иккинчидан у жуда ҳам жиддий, оғир асоратлар қолдиради, учинчидан полиомиелит тез ва жиддийлик билан ташҳис қўйилишини, профилактик ҳамда махсус даволаш усулини қўлланилиши талаб қилувчи эпидемик касалликдир.

Бу касалликнинг тарихига биноан АҚШ археологи Митчелнинг Мисрда ўтказган текширишлари натижасига кўра бизнинг эрамиздан 370 йил олдин кўмилган одамлар скелетида полиомиелитга хос бўлган ўзгаришлар борлиги аниқланган. Греция олими Гиппократ IV асрда бу касаллик тўғрисида маълумот қолдирган.

Энг биринчи асосланган полиомиелитларга хос маълумотлар илмий 1840 йилда олмон артопеди Гейне томонидан келтирилган.

Стокгольмда кузатилган полиомиелит эпидемиясидан сўнг 1890 йилда швед олими Медин биринчи бўлиб полиомиелит инфекцион касаллик эканлигини, унинг эпидемик ҳолда кечишини исботлаган.

Охирги илмий текшириш натижаларига кўра полиомиелит интеровирус гуруҳига кирувчи диаметри 25 нм гача бўлган филтрланувчи энг майда вирус томонидан чақирилиши аниқланган. Бу ихтиролар натижасида касалликнинг специфик профилактикасини яратиш имконияти туғилади.

# Эпидемиологияси

Вирус бемордан ҳамда вирус ташиб юрувчилардан, соғлом одамга ҳаво, ифлосланган озиқ- овқат, болалар ўйинчоқлари, қўл орқали юқиши мумкин. Пашшалар вирусни механик ташиб юрувчилар саналади.  Полиомиелит асосан 4 ойдан 5 ёшгача, кўпинча 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди. 5 ёшдан катта болаларда бу касаллик кам учрайди. Эпидемия даврида мактаб ёшидаги, баъзан катта ёшдагилар ҳам зарарланиши мумкин.

## **Полиомиелитнинг патоморфологияси.**

**Касалликнинг узига хослиги уни чакирувчи вируснинг танлаган ҳолда марказий нерв системасининг мотор ҳужайраларини, кейинги ўринда ҳаракатлантирувчи бош мия нервлари ядроларининг ҳужайларини, олдинги марказий пуштанинг Бец ҳужайраларини зарарлантиради.**



**Касалликнинг ўткир даврида нерв тўқимасида экссудатив, пролифератив яллиғланиш рўй бериши натижасида мия тўқимасининг қон томирларининг кенгайиши, томир атрофида лейкоцит, лимфоцит ва полибластлардан ташкил топган инфильтрация, майда қон томирлар ҳавзасида қон қуйилишлар рўй беради.**

- Орқа мия олдинги шоҳи нейронларида оғир дегенератив ўзгаришлар: тигролиз, кариолиз, плазмолиз ва диффуз бўлмаган ҳолда нерв ҳужайраларининг ҳалокати рўй беради, аммо бу ўзгаришлар мазаик, ассиметрик ҳолда бўлади.

Орқа миянинг ҳар икки томони яллиғланган бўлиб, одатда дегенератив ўзгаришлар унинг бир томонида оғирроқ кечади. Касалликнинг қолдиқ белгилари даврида мия мотонейронларининг сони камайгани, уларнинг ўрнини нейроглиал тўқима эгаллаганлигини, олдинги сатх ҳажми камайганлиги кўрсатади.

## Полиомиелит патогенези.

Полиомиелит вируси бурун, ютқин, ошқозон-ичак тракти орқали ўтиб, ошқозон-ичак йўлларининг шиллиқ қаватида кўпайиб йиғила бошлайди. Бу ҳолатни касалликни интестинал фазаси дейилади. Ошқозон-ичак йўлидан вирус қонга ўтиб, касалликни виремик фазасини ташкил қилади. Келгусида у гемато-энцефалитик барьердан нерв системасига ўтиб, мотонейронларни шикастлайди, бунини нерв фазаси дейилади.

Мотонейронларни зарарланиш сабабларига уларнинг нуклеопротейдлари полиомиелит вирусиникига ўхшашлиги, вируснинг углеводли муҳитда кўпайиши билан боғлиқ. Мотонейронларда учрайдиган шакарли ва оксил моддалар (тигроид моддаси) полиомиелит вирусининг кўпайиши учун яхши шароит туғдиради, бундан ташқари орқа миyaning олдинги шоҳларида микроглия ҳужайраларининг камлиги ва уларнинг суст ҳолатдалиги ҳам муҳим аҳамиятга эга.

# Полиомиелитнинг клиник классификацияси

Замонавий классификацияга биноан полиомиелитни иккита клиник шакли мавжуд:

1. Апаралитик шакли: бу шаклга фалаж хос эмас ва уни ўзи икки хил кўринишда учрайди: абортив ва менингоградикуляр шаклда.
2. Паралитик ёки фалаж рўй берувчи шаклига қуйидагилар киради: орқа мия шакли, спинобульбар, понтобульбар, энцефалитик, юқорига кўтарилувчи Ландри ,полиневритик шакллар.

Полиомиелит касаллиги клиник томодан типик ва атипик шаклда келиши мумкин.

Полиомиелит касаллигининг клиник типик-  
паралитик шаклида 5 босқич борлиги  
аниқланган:

- Инкубацион ёки умумий инфекцион;
- Препаралитик;
- Паралитик;
- Тикланиш;
- Резидуал ёки қолдиқ белгилари  
аниқланган.



Бу босқичларни ўзига тегишли белгилар хос бўлиб, улар ташҳисни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Касалликни **инкубацион босқичи** 5-14 кунгача давом этиб, унинг белгилари умумий инфекцион симптомлар тана ҳароратини 39-40° даражагача кўтарилиши, умумий лоҳаслик, бўшашишлик, иштаҳанинг, уйқунинг бузилиши, тажанглик, ошқозон-ичак фаолиятини бузилиши, қоринда, белда оғриқ, ич кетиши билан кузатилади.

**Препаралитик босқичда** юқорида кўрсатилган белгилар кучайиб боради, уларга юқори нафас йўлларини яллиғланиш белгилари, мушакларда оғриқ ва фибрилляр-фасцикуляр тортишишлар пайдо бўлиши, танани юқори қисмида  гипергидроз, ҳамда менингиал белгилар пай рефлексларни ва мушак тонусини камайиши қўшилади. Тананинг ҳарорати қайтадан 39-40° даражага кўтарилиб бир неча кундан сўнг нормаллашади.

Ҳарорат чизиғининг икки маротаба кўтарилиб 3-4 кун давом этиши ва келгусида нормал тус олиши бу касалликни препаралитик босқичига хос белгиларидан бири ҳисобланади.

Бу босқичда қон таркибида лейкоцитоз, орқа мия суюқлигини лойқаланиши, унда 10 тагача бўлган полинуклеар лейкоцитоз кузатилади. Баъзи олимлар инкубацион ва препаралитик босқичларни бирлаштириб, бу иккала босқич бир неча соатдан 3-4 кунгача бўлиши мумкинлиги ҳақида маълумот берганлар. Бу икки босқични белгиларига қараб полиомиелит касаллигига ташҳис қўйиш мумкинми деган савол туғилади?

Тажрибали болалар невропатологи, агар бемор яшаётган ноҳияда полиомиелит билан касалланган болалар бўлса, кузатилаётган бемор болада мушаклардаги оғриқни, фибрилляр-фасцикуляр тортишувларни, мушак тонусини ва пай рефлексларини ҳисобига олиб, беморда полиомиелитнинг бошланғич белгилари борлиги тўғрисида тахминий ташҳис қўйишда тегишли чоралар кўрилиши лозим.

Касалликни **паралитик босқичи** бемор соғлигини нисбий соҳта соғайиши даврида, кечаси уйқуда тўсатдан фалаж рўй бериши билан бошланади. Бу босқичда тана ҳарорати нормаллашади, юқорида кўрсатилган умумий  инфекцион белгилар йўқолади. Кўпинча рўй берган фалаж ассиметрик ҳолда бўлиб, аксарият ҳолларда оёқ, камдан-кам қўл мушакларининг проксимал гуруҳларида рўй беради.

Мушаклар тонусини ва пай рефлексларини камайиши ёки йўқолиши фалажланган мушакларда фибрилляр ва фасцикуляр тортишувлар кўриниб туриши билан характерланади. 10-14 кундан сўнг мушакларда атрофия бошланади, қўл ва оёқдан ташқари фалаж орқа ва бел мушакларида ҳам рўй бериши мумкин. Бундай ҳолларда умуртқанинг сколиоз ва лордози кучаяди. Фалажланган мушакларда электр қўзғалувчанлик сифати бузилиб,  $AZC=KZC$  ёки  $AZC>KZC$  каби реакцияси кузатилади, буни мускулни дегенерацияга хос электр ўтказувчанлиги дейилади.

Сезгининг ўзгариши кузатилмайди,  
полиомиелитик жараён орқа мианинг бел  
қисмида жойлашган бўлса, чанок аъзолари  
сфинктерларининг фаолияти бузилади. Бу  
босқичда препаратитик босқичда вужудга  
келган патологик рефлекслар йўқолади.  
Паралитик босқичдан бир неча кундан сўнг  
**касалликни қайта тикланиши босқичи**  
бошланади.

Бу босқичда фалажланиш ҳолатининг тарқалиши тўхтаб, касалликни охириги даврида фалажланган мускулларда қисман тикланиш рўй бера бошлайди. Бу ҳолат икки ҳафта давом этади. Сўнгра касаллик белгиларининг қолдиқ босқичи бошланади. Бунда касаллик белгилари доимий тус олиб, суяк бўғинларда, контрактуралар пайдо бўлиши, суякларнинг ўсишдан тўхташи, бемор ёшини катталашиши билан оқсоқликка олиб келади. Бу ҳолат беморни ота-оналарида касаллик белгилари кучайиб кетаётганлиги ҳақида соҳта фикр туғилишига олиб келади.

## Даволаш усуллари:

Касалликни босқичига қараб ҳар хил бўлади. Ўткир босқичида бемор атрофидагилардан изоляция қилиниб, инфекцион бўлимга ётқизилади ва антибиотиклар, амицил кислота препаратлари, уротропин, аскорбин кислотаси, ү-глобулин, гистоглобулин, десенсибилилантирувчи дорилар беморни ёшига қараб, етарли миқдорда берилади.

Зардоб дорилар, кунига 5-7 мл миқдорида 8-10 кун ёки бемор ота-оналаридан олинган 40-100 мл қон ёки қизамиққа ишлатиладиган зардоб тегишли миқдорда бемор мушак орасига юборилади.

Касални оёқ қўлларида контрактура рўй бермаслиги учун уларга тўғри ҳолат бериб, фиксацияловчи ёки ечилувчи гипс шиналари, лонгеталар қўйилади.

Фалаж рўй берганда 2-3 ҳафтадан кейин, уларга енгил массаж ва даволаш гимнастикаси буюрилади.

6 ҳафтадан кейин электр усуллари ва ванналар билан даволашга ўтиш мумкин. Шулар билан бир қаторда беморга нейростимуляторлар, В гуруҳ витаминлари, айниқса,  $B_{12}$  метаболитик препаратлар тайинланади.



Аксарият неврологик ўқув қўлланмаларида полиомиелит қолдиқларини даволаш 1-2 йил давом этиши мумкин, бу даврдан сўнг консерватив ва физиотерапевтик усулларни қўллаш фойда бермайди дейилган.

Лекин бизнинг кафедра ходимларининг кўп йиллик кузатувига кўра, юқорида айтилган фикрлар асосли эмаслиги аниқланмоқда, чунки айрим беморларда коллективимиз томонидан ихтиро қилинган комплекс даволаш усули билан касаллик қолдиқларини 3-4 йилдан кейин ҳам ижобий натижалар бериши кузатилмоқда.

Бу усул қўлланмаларда тавсия қилинган даволаш усулларига қўшимча, глиал чандиқларни сўриб юборишга қаратилган препаратларни ишлатишга асосланган.

# Полиомиелитнинг профилактикаси

Аввало беморни изоляция қилинишидан, бемор билан контактда бўлган болаларга 3 ҳафта мобайнида карантин белгиланишидан ва уларга полиомиелитга қарши вакциналар,  $\gamma$ -глобулин юборилишидан иборат. Беморни ўйинчоқлари, кийимлари, турар ери 1% хлоромин эритмаси билан, ахлати 3% карбол кислотаси эритмаси билан контактда бўлган шахсларни қўллари 1:100 симат хлорид эритмаси билан дезинфекция қилинади.

Касалликни олдини олиш учун барча болаларга эпидемиологик қоидаларга кўра Солк ва Сэбин усули бўйича вакцинация ўтказилиши тўғрисида қонунлар мавжуд.

# Адабиётлар:

- Лебедев Б.В. и соавт. Неврология раннего детства. – М., 1981.
- Фельдман Э.Д. Полиомиелит в условиях регулярной иммунизации населения живой вакциной. – М., 1982.
- Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., 1984.
- Зинченко А.П. Острая нейроинфекция у детей. Л.М., 1986.
- Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста, 3 издание. – М., 1986.
- Шанько Г.Г., Бондаренко Е.С. Неврология детского возраста. – М., 1990.