

G'aybiyev A. A.,
Djurabekova A. T.,
Niyojov Sh. T.

**BOLALARDA UCHRAYDIGAN ENSEFALOMIYELOPOLIRADIKULO-
NEVRITLARNI KLINIK VA NEYROVIZLAL TEKSHIRISH**
SamMI (rektori - prof. Shamsiev A.M.) Nevrologiya kafedrası

Dolzarbli: Bolalarda uchraydigan markaziy va periferik asab tizimining infeksiyon kasalliklari aholi o'rtasida keng tarqalgan kasalliklar qatoriga kiradi. Nerv sistemasining infeksiyon kasalliklarida o'lim va nogironlik yuqori bo'lganligi tufayli O'zbekiston va boshqa davlatlarda jiddiy moddiy va tibbiy muammolarni yuzaga keltirmoqda [1,4].

MNS ning infeksiyon kasalliklari o'rtasida ensefalomiyelopoliradikulonevritlar (EMPRN) alohida o'rin tutadi. EMPRN ning qayd etilishi bir million aholiga o'rtacha 4-5 tani tashkil etadi. Bolalarda esa kasallikni chaqiruvchi etiologik omilga bog'liq holda 1 000 000 ga 1,34-5,6 ni tashkil etadi [6]. Ammo, adabiyotlarda kasallikning etiologik faktor bo'yicha aholi o'rtasida tarqalishi va taqsimlanishi to'g'risida aniq bir ma'lumot shu kungacha ma'lum emas. O'zbekistonda hozirgacha MNS infeksiyon kasalliklari epidemiologiyasini o'rganish dolzarbligicha qolmoqda [2, 8].

Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, Rossiyada qizamiqdan keyingi EMPRN lar 1:1000 nisbatni tashkil qilib, tirik vaksina bilan emlangan 1 mln aholiga 1-2 holat to'g'ri kelishi mumkin. Kasallikning 5%i emlashdan keyin yuz beradi [1,3, 4]. Kuzatuvlarga qaraganda suvchechakdan so'ng 0,06-7,5% holatda EMPRN rivojlanib, bu esa bar-cha EMPRN ning 15,9% ni tashkil etadi [2, 5, 6]. Poliradikulonevrit (PRN) qizil yuguruk (sis-temnaya krasnaya volchanka) va boshqa koila- genozlar asorati sifatida 1-2% xolatda uchrashi aniqlangan [5].

So'nggi yillarda EMPRN dan keyingi asoratlarni davolash mushkul bo'lganligi sababli nogironlik 30,0-45,0%, letallik 20,0-35,0% ni tashkil etmoqda [3, 4].

Adabiyotlar tahlilidan aniqlandiki, ko'pgina ilmiy ishlar kasallikning mavsumiyligiga bag'ishlangan, bu kasallikning o'g'il bolalar o'rtasida ko'p uchrashini ko'rsatuvchi ilmiy izlanishlar ham yo'q emas. Adabiyotlarda kasallik rivojlanishi zaminida asab xujayrasining demiyelinizatsiyalarayoni yotishi aytilgan [1,3].

EMPRN o'tkazgan bolalarda ish qobiliyatining va o'z-o'ziga xizmat qilish xususiyatining yo'qolishi, kasallikning og'irlik darajasiga, hamda jarayonning 2-3 oydan yillab kechishiga bog'liqligini e'tiborga olishimiz lozimdir. Ko'pgina holatlarda bemorlar o'z-o'ziga xizmat qila olishmaydi. EMPRN o'tkazgandan keyin esa quyidagi turg'un patologik jarayonlar kelib chiqishi mumkin: vestibulyar, vegetativ, harakat, psixosensor buzilishlar hamda talvasa sindromi. EMPRN larning oqibati jarayonning joylashgan joyi va tarqalishi, sezgi, harakat va chanoq a'zolari faoliyatining zararlanish darajasiga bog'liqdir [6, 7].

EMPRN iarni davolash va reabilitatsiyasi qiyinchiliklar tug'dirishi. hamda kasallik sonining o'sib borishi xanuzgacha dolzarb tibbiy niuammo bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi: EMPRN klinik kechishini o'rganish va kompleks patogenetik davo

choralarini ishlab chiqish.

Tekshirish usuli va material: Obyektiv nevrologik tekshiruv maqsadida 60 nafar bemor hisobga olindi. Ulardan EMPRN 18 ta (55,9%), miyelopoliradikulonevritlar (MPR) - 20 ta (22,9%) va PRN 22 tani tashkil etdi.

Tekshirish natijalari: Kasallikning og'irligi, nevrologik yetishmovchiligi, hamda hushning bu- zilish darajasi belgilangan MAST shkalasi bo'yicha baholandi. Bemorlarni tekshirish, davolash va kuzatish SamMI klinikasining bolalar asab kasalliklari bo'limida o'tkazildi. EMPRN. MPR va PRN tashxislari klinik belgilar, laborator ko'rsatkichlar (umumiy qon va siydik tahlillari), KT va MRT tekshirishlar natijalariga tayangan holda tasdiqlandi.

1-jadvalda ko'rsatilganidek. EMPRN bemorlarning ko'p qismini o'g'il bolalar - 11 (61,1%). qiz bolalar - 7 ta (38,9%) ni tashkil qildi. Bunda qizlar va o'g'il bolalar nisbati 1:1,57 ga mos ke- ladi. MPRN da 11 (55,0%) tasini o'g'il bolalar va 9 (45,0%) nafarini qizlar. o'g'il bolalarning qizlarga nisbati 1,22:1 ni tashkil etdi. PRN da ham bemorlarning ko'pchiligini, ya'ni 14 tasini (63,64%) o'g'il bolalar va 8 tasini (36,36%) qiz bolalar, ularning nisbati esa 1,75:1 ni tashkil qi- ladi.

Qiz va o'g'il bolalarni yoshga qarab guruh- larga ajratganimizda ma'lum bo'ldiki, 4-6 yoshgacha bo'lgan EMPRN bemorlarda o'g'il bolalar 5 ta (62,5%), qizlar 3 ta (37,5%), o'g'il va qizlar nisbati 1,67:1 ni tashkil qildi. 4-6 yoshli MPRN bemorlarda qizlar o'g'illarga nisbatan biroz ko'proq qismini tashkil etgani sababli, qiz. va o'g'il bolalar nisbati 1,25:1 ni tashkil etdi. 4-6 yoshgacha bo'lgan PRN bemorlarda qiz va o'g'il bolalar nisbati 1:1,5 ni tashkil qildi.

7-14 yoshda EMPRN bemorlarda o'g'il bolalar 6 ta (60%), kizlar 4 ta (40%), o'g'il va qiz bolalar nisbati 1,5:1 ni tashkil qildi. 7-14 yoshda MPRN da o'g'il va qizlar nisbati 1,75:1 ni. PRN da esa nisbat 2:1 ni tashkil qildi (2. 3 va 4-jadvallar).

1-jadval

Bemor bolalarni jinsi bo'yicha taqsimoti								
Jinsi	EMPRN (n=18)		MPRN (n=20)		PRN (n=22)		Jami (n=60)	
	abs.	%	abs.	%	Abs.	%	abs.	%
Qiz bolalar	7	38,9	9	45,0	8	36,36	24	40,0
O'g'il bolalar	11	61,1	11	55,0	14	63,64	36	60,0

2-jadval

Ensefalomiyelopoliradikulonevritda qiz va o'g'il bolalarni yoshi bo'yicha taqsimoti

Yoshi	Qiz bolalar (n=7)		O'g'il bolalar (n=11)		Jami (n=18)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
4-6 yosh	3	42,86	5	45,45	8	44,44
7-14 yosh	4	57,14	6	54,55	10	55,56

3- jadval

Miyelopoliradikulonevritda qiz va o'g'il bolalarni yoshi bo'yicha taqsimoti

Yoshi	Qiz bolalar (n=9)		O'g'il bolalar (n=11)		Jami (n=20)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
4-6 yosh	5	55,56	4	36,36	9	45,0
7-14 yosh	4	44,44	7	63,64	11	55,0

4- jadval

Poliradikulonevritda qiz va o'g'il bolalarni yoshi bo'yicha taqsimoti

Yoshi	Qiz. bolalar (n=8)		O'g'il bolalar (n=14)		Jami (n=22)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
4-6 yosh	4	50,0	6	42,86	10	45,45
7-14 yosh	4	50,0	8	57,14	12	54,55

EMPRN. MPRN va PRN o'rtasida qiz va o'g'il bolalarning uchrash chastotasini tahlil qilib chiqqanimizda quyidagi ma'lumotlarga ega bo'ldik: EMPRN o'rtasida qiz bolalar soni 7 ta (38,9%), o'g'il bolalar soni 11 ta (61,1%) ni tashkil qildi, MPRN da qiz bolalar 9 ta (45%) va; o'g'il bolalar 11 tani (55%) tashkil qildi. PRN da ham xuddi shunga o'xshash, ya'ni qiz bolalar 8 ta (36,36%), o'g'il bolalar 14 (63,64) tani tashkil qildi. /■

Shunday qilib, tekshiruvlar natijasi EMPRN, MPRN va PRN ning har xil yoshli va jinsli bolalar o'rtasida qchrashini ko'rsatdi. EMPRN, MPRN va PRN eng ko'p 7-14 yoshli bolalar o'rtasida va qizlarga nisbatan o'g'il bolalar o'rtasida uchrashi ma'lum bo'ldi. Jins va yoshga nisbatan taqqoslash tahlili barcha guruh bemorlarida qizlarga nisbatan o'g'il bolalarda ko'proq uchrashi aniqlandi.

Kasallik tashxisi anamnez, klinik-nevrologik, KT, umumiy qon va siydik tahlillarga asoslanib qo'yildi.

Kasallikning og'irlik, nevrologik nuqson va es-xushning buzilish darajalari MAST shkalasi yordamida baholapdi. MAST shkalasi yordamida bemorning hush hblati. nulqi. qo'l va oyoqlarning inushaklar kuchi, m'ushaklar tonusi. oriyentatsiyasi ytfirshini ball bo'yicha baholash tnumkin. Kasallikning har bir ko'rsatkichi shkalada joriy etilg'Hohida ballarga cgadir. Mazkur shkalani, bemori'ing davolanguncha

va davolashdan keyijigfr- ahvolini ballarda baxolash, hamda bemoaning umumiy axvolini qiyosjy taqqoslash rhumkhi bb'lganli sababli, vrdchlar amaliyotida qqlay va sodda shkalalar qatoriga kirgizish miimkin. Belgilangan MAST shkalasi bo'yicha norma 85-115 ball. Patalogiyada minimal ball - 0 ball. Kasallikning og'irlik darajasi mezonlari: yengil daraja -84-63, o'rta og'ir-62-47,-ball' og'ir daraja-46-21 ball, juda og'ir holatda 20 balldan past.

EMPRN. MPRN va PRN neyrovizualizasiya usullari yordamida tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi, lekin KT va MRT lurli xil sezgirlikka va spisefiklikka ega. Bugungi kungi

rivojlanish etapida bosh miya KT si birinchi 5 sutkada yallig'lanish o'chog'ini joylashish joyini, hajmini va xususiyatini aniqlab beradi. Ba'zi holatlarda kasallik boshlangandan so'ng bir necha soat o'tgach bilvosita belgilarini aniqlashimiz mumkin (egatlarning tekislashishi, po'stloq va po'stloq osti yadrolar soxasida kulrang va oq modda shakllanishi buziladi, chiziqli gipertenzivlik simptomi aniqlanadi).

Nerv sistemasining yallig'lanish kasalliklariga tashxis qo'yishda neyrovizual- izasion tekshirish usullaridan KT va MRT katta ahamiyatga egadir. Bemorlarning qariyb 45%dan ortig'ida KT va MRT tekshirish usullari o'tkazildi.

Bosh miya yallig'lanish kasailiklarida rentgenologik tasvirida bosh miya po'stlog'ining atrofiyasi va gidrosefaliya kabi alomatlar kuzatilishi mumkin. MNS yallig'lanish kasailiklarining erta davrlarida kompyuter- tomografiya natijalarida keng zararlanish belgilari kuzatiladi (mass-effekt). Kasallikning o'tkir davrida KT da aniqlanadigan har-xil zichlikdagi patologik o'choqlar nekroz va shish alomatlari bilan izohlanadi. Mazkur asoratlarning namoyon bo'lishi bosh miyada shish va nekrotik jarayonning tarqalish va og'irlik darajasiga bog'liq bo'lib, shish yallig'lanishning perifokal sohalarida, flebit yoki tromboflebit holatlarida shish bosh miyaning ma'lum bir yoki barcha qismiga tarqalishi mumkin. Nekroz sohaga qon quyulishi MNS yallig'Tanish kasailiklarida kamdan-kam holatlarda uchrab, ensefalitlarda bosh miyaning venoz patologiyasida uchrashi ehtimoldan xoli emas.

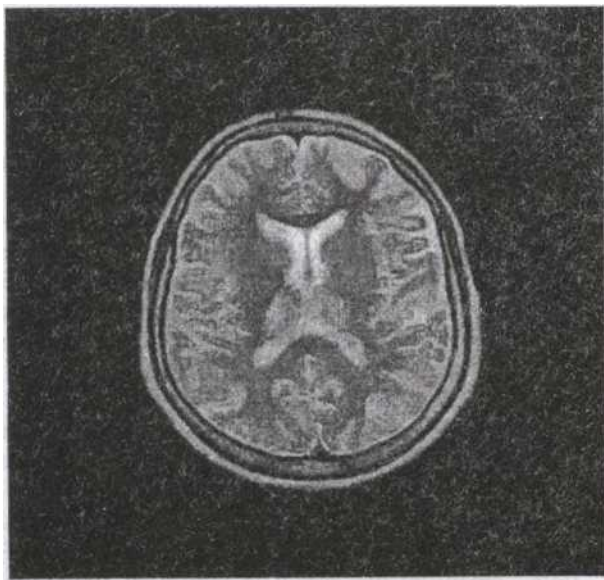
Nekrotik EMPRN ilk kunlarida KTdagi to'g'ridan to'g'ri

alamatlaridan bosh miya suratida zichlikning pasayishi hisoblanadi. Kasallikning bu davrida past zichlikdagi gomogen sohadagi patologik jarayon aniq bir chegaraga ega bo'lmay, bosh miya po'stlog'ining bir yoki bir qancha sohalarini egallab olishi mumkin. Past zichlikdagi sohalar bosh miyaning peshona, chakka va tepa sohalarida, ba'zida yarim sharlarning katta qismini ham egallashi mumkin (1-rasm).

Nekrotik EMPRNing 1-2 haftasida rivojlangan shish alomatlari ustunlik qiladi. Nekroz sohaga qon quyulish holatlari kuzatilib, bu belgi Ktda gipodensiv sohaning chekkalarida yuqori zichlikdagi halqasimon ko'rinishda namoyon bo'ladi.

Ensefalitning kechishini barcha davrlarida bosh miyada KT tasvirida o'zgarish topilmaslik kamdan-kam holatlarda kuzatiladi. Kasallikning o'tkir davrida gipodensiv soha aniq bir chegaraga ega bo'lmay, past zichlikda gomogen yoki gomogen bo'lmasligi mumkin. Jarayonning ikki tomonlama bo'lishi ham kam holatlarda yuz beradi (2-rasm).

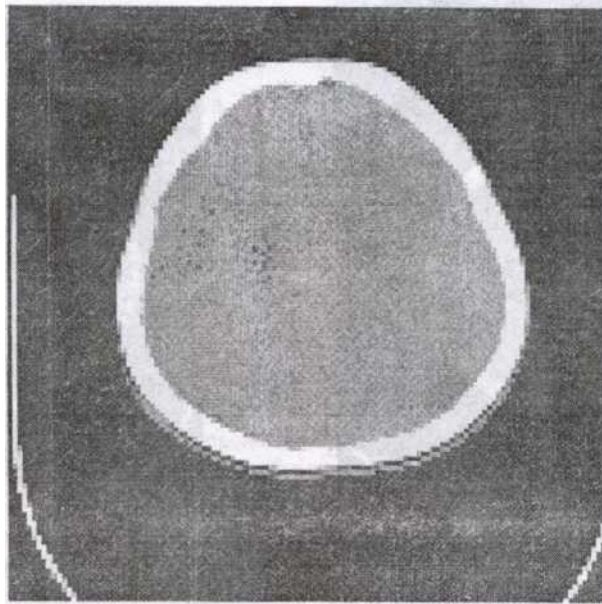
Kasallikning 3-5-7-haftalarida bosh miyada past zichlikdagi o'choq aniq namoyon bo'lishi 3 (12,0%) ta bemorda aniqlandi. Bu o'zgarishlar asta-sekinlik bilan bosh miya shishi va nekrozining orqaga qaytishi bilan ifodalanadi. Mass-effekt belgilari kasallikning o'tkir davriga xos bo'lganligi sababli bu davrda ushbu belgi ijar kuzatilmadi. Yallig'lanish o'chog'iga yaqin joylashgan bosh miya qorinchalari qismlarining kengayishi 4 (24,0%) ta bemorda kuzatildi. Kasallikning kechki davrlarida, jarayonning butun yarim sharlar bo'ylab tarqalishida qorinchalarning tarqoq kengayishi kuzatildi (3- va 4-rasmlar).



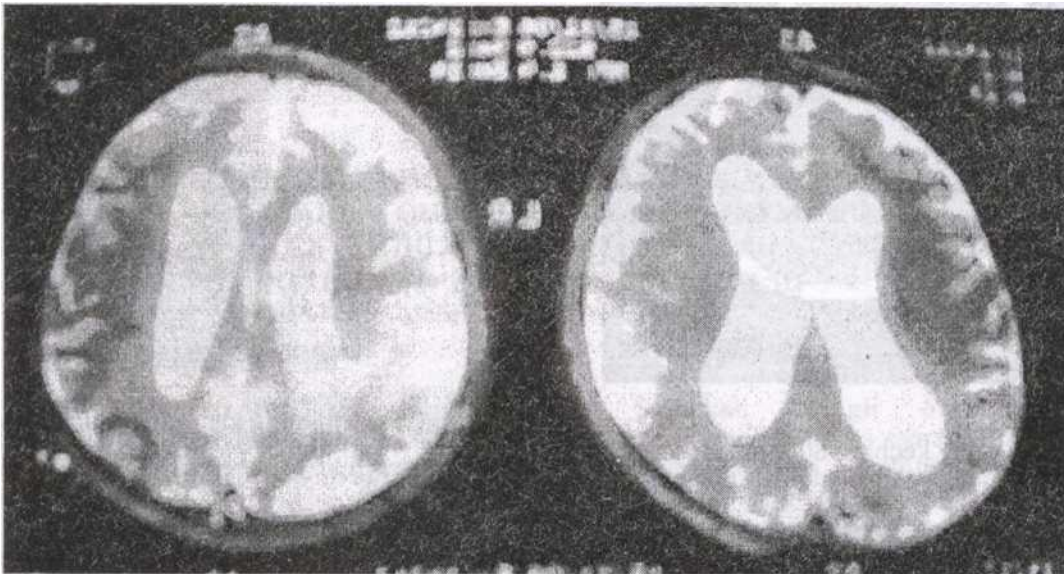
Bosh miya peshona. chakka va tepa sohasida past zichlikdagi sohalar mavjud. 1-rasm. Kasallikning 1-2 haftasida



Bosh miyada deyarli patologik o'zgarish alomatlari aniqlanmaydi. 2-rasm. Kasallikning 2-3 haftasida



3- rasm. Kasallikning 3-5-7-haftasida. Yallig'lanish o'chog'ining yaqqol namoyon bo'lishi



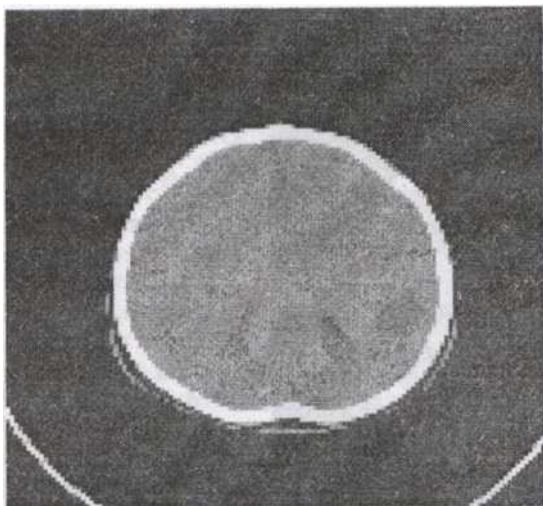
4- rasm. Kasallikning 5-7-haftasida. Yallig'lanish o'chog'iga yaqin joylashgan bosh miya qorinchalari qismlarining kengaygan, jarayon butun yarim sharlar bo'ylab tarqalishida qorinchalarning tarqoq kengaygan

Bu simptomni nekrotik ensefalitning «Eski» jarayoniga aloqador deyishimizga to'g'ri keladi. Bemorlarining 2 nafarida kasallikning kechki davrida ham mass-effekt alomatlari aniqlanib, bu esa yallig'lanish jarayonining hali ham davom etayotganidan dalolat berdi va morfologik suratida bosh miyada yangi nekrotik o'choqlarning aniqlanishi ham ehtimoldan holi emas (5-rasm).

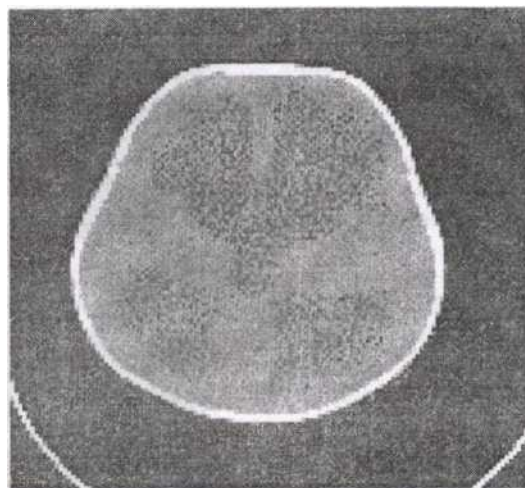
EMPRN ning 1-guruh bemorlarida an'anaviy davo usulidan so'ng bosh iniyada eng erta asoratlardan okklyuzion gidrosefaliya kuzatildi, shuningdek. bir qancha

bemorlarda (n=5; 27,8%) bosh miya pa'stlog'i hamda to'qimasining atrofiyasi KT tekshirish usuli yordamida aniqlandi (6-rasm).

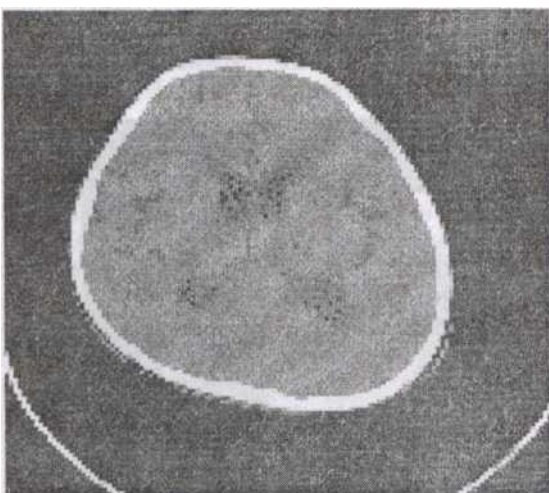
Orqa miyadagi yallig'lanish jarayonini aniqlashda KT kam ma'lumotli bo'lgani sababli orqa miyadagi yallig'lanish jarayonini aniqlash maqsadida MRT tekshirish usuli o'tkazildi. 4 ta bemorda an'anaviy davodan so'ng MRT sur'atda. orqa miya kanalining miya to'qimasi atrofiyasi evaziga kengayishi kuzatildi (8-rasm).



5- rasm. Kasallikning 210-kunida. Bosh tniya chakka-ensa sohasidagi mass-effekt alomatlari

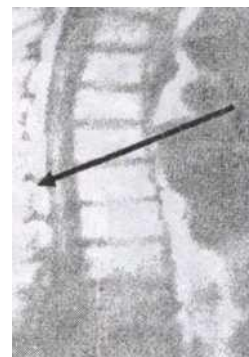


6- rasm. Kasallikning erta asorati. Okklyuzion gidrosetaliya. Miya qorinchalarining diffuz kengayish alomatlari



7-rasin. Kasallikning kechki 180-kuni. Bosh miyada kam rivojlangan shish alomati mavjud

8-rasm. Kasallikning kechki 30-kuni. Orqa miya



to'qimasi atrofisi evaziga, orqa miya kanalining kengayishi



Orqa miyato'qimasi shishi evaziga, orqa miya kanalining torayishi

9-rasm. Kasallikning ertadavri Orqa miya to'qimasida va kanalda patologik jarayon kuzatilmaydi



10-rasm. Davodan so'ng

Xulosa

Shunday qilib, tekshiruvlar natijasi EMPRN, MPRN va PRN ning har xil yoshli va jinsli bolalar o'rtasida uchrashini ko'rsatdi. EMPRN, MPRN va PRN eng ko'p 7-14 yoshli bolalar o'rtasida va qizlarga nisbatan o'g'il bolalar o'rtasida

ko'p uchrashi ma'lum bo'ldi. Jins va yoshga nisbatan taqqoslash tahlili barcha guruh bemorlarida qizlarga nisbatan o'g'il bolalarda ko'proq uchrashi aniqlandi.

Adabiyotlar

1. Балмасова И.П., Тимченко О.Л., Морозова Н.А., Гуляев М.М., Юшик Н.Д. Иммунологические аспекты патогенеза синдрома Гийен-Барре. Иммунология. 2010. №1. С - 38 - 42.
2. Бембеева Р.С. Острый диссеминированный энцефаломиелит. Лечащий врач. - М.: 2008. - № I.- с.37-41
3. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы. - Consilium-Medicum, 2009. - Т.2.-№2. - с. 96-120
4. Жаббарова А.Т. Давлетина Р.И., Михайлов А.И., Богданов Ш.Е. Гидромиелит при демиелинизирующих и дизиммунных миелопатиях // Неврологический вестник. - Москва, 2010. - №1 - с.115-120.
5. Яхно Н.Н., Шмитд Т.Е., Дамулин И.В., Герасимова А.Е., Казанцев К.Ю. Мультифазный острый рассеянный энцефаломиелит // Неврологический журнал. - 2010. - №6., с - 40 - 46.
6. Aquil N, Khan IA, Soomro B. Guillain Barre syndrome in a family: a case report of four siblings. J Coll Physicians Surg Pak. 2011 Mar;21 (3): 179-81.
7. Benedetti L, Briani C, Franciotta D, Fazio R, Paolasso I, Comi C, Luigetti M, Sabalelli M, Giannini F, Mancardi GL, Schenone A, Nobile-Orazio E, Cocito D. Rituximab in patients with chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: a report of 13 cases and review of the literature. . J NeurolNeurosurg Psychiatry. 2011 Mar;82 (3):306-8. Epub 2010 Jul 16.
8. Niimi N., Kohyama K., Kamei S., Matsumoto Y. Intra venous immunoglobulin therapy prevents development of autoimmune encephalomyelitis and suppresses activation of matrix metalloproteinases // MultScler. - 2011.-№17(4). - P.441-448.

Matniyazov G' A.,
Nasretidinova M. T.,
Aslanov E.A.

SURUNKALI YIRINGLI O'RTA OTIT BILAN KASALLANGAN BOLALARDA, QULOQ AJRALMASIDAGI MIKROFLORANING VIRULENTLIGIGA NISBATAN, QONDAGI NEYTROFILLAR MIQDORINING O'ZGARISHINI BAXOLASH

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti (rektori - prof. Shamsiev A.M.) Otorinolaringologiya kafedrası

Hozirgi vaqtda bolalar o'rtasida surunkali yiringli o'rta otit kasalligining ko'payib borishi pediatriya va otorinolaringologiya sohasining dol- zarb muammolaridan biri bo'lib kelmoqda.

Bu kasallik ko'pincha ikkilamchi bo'lib 81,7% hollarda yiringli sinusitlar sababli yuzaga keladi. Yosh bolalarda yiringli mezotim-panitlam- ing ko'p uchrash sabablaridan asosiysi, ulardagi LOR a'zolarining o'ziga xos anatomik xususiyatlari, ko'p uchraydigan infeksiyon kasalliklar natijasida orttirilgan immunitet zaifligi hisoblanadi [5].

LOR kasalliklari ichida surunkali yiringli o'rta otit Rossiyada 4-5%, O'zbekistonda esa bu kasallik 6,4 - 7% bemorlarga to'g'ri keladi. Quloq kasalliklari ichida surunkali yiringli o'rta otit 36,4% ni tashkil qiladi. Shulardan surunkali yiringli o'rta otit - inezotimpanit 55% ni egallaydi.

Oxirgi paytlarda surunkali yiringli o'rta otitlar kattalar va yosh bolalar o'rtasida bir muncha oshishi kuzatilmoqda. Bu organizmning immun reaksiya pasayishi, antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlar, endo va ekzo allergenlar ta'siriga organizm sensibilizatsiyasi, o'tkir yiringli o'rta otitlarning noeffektiv davolanishiga bog'liqdir.

Surunkali yiringli o'rta otit ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lib, asorati sifatida neyrosensor qattiqquloqlilik kasalligini keltirib chiqarishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi.

Surunkali yiringli o'rta otitlarda quyidagicha bakteriologik ekish natijalarini qayd etishgan: Pseudomonas aeruginosa (42,1%), Staphylococcus aureus (39,8%), Proteus vulgaris (33,2%), Escherichia coli (8,3%), Klebsiella pneumonia. Anaerob floradan esa Bacterioides fragilis,

Peptostreptococcus intermedius, Clostridium lar bakteriologik tekshirishlar natijasida aniqlangan.

Surunkali yiringli o'rta otit bilan kasallangan bemorlardan 31,6% da quloq zamburug'li infeksiyalari, ayniqsa Aspergillus, Candida, Mucor, Monosporium lar ko'p uchrashi kuzatilgan. Zamburug'lar rivojlanishi uchun namlik. 37°C li harorat va eksudat yig'ilishi qulay sharoit hisoblanadi.

O'rta quloqda surunkali jarayonning tez-tez takrorlanishi natijasida, o'rta quloq shilliq qavatining qon bilan ta'minlanishi buziladi, bu esa maxalliy immunofagositlar va fermentativ aktivlikning kamayib ketishiga olib keladi [2]. Shu bilan bir qatorda chakka suyagining pnevmatik aktivligi ham pasayishiga sababchi bo'ladi, na