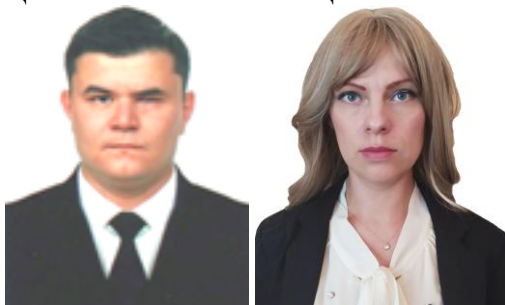


УДК: 616. 831.31 – 009.246 (07).

СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА ПОСТТРАВМАТИК ЭПИЛЕПСИЯНИНГ ДИАГНОСТИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ



Қасимов Арсланбек Атабаевич, Шмирина Ксения Владимировна
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Касимов Арсланбек Атабаевич, Шмирина Ксения Владимировна
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

COMPARATIVE EVALUATION OF DIAGNOSTIC FEATURES OF POSTTRAUMATIC EPILEPSY ASSOCIATED BACKGROUND OF SYSTEMIC DISEASES

Kasimov Arslanbek Atabaevich, Shmirina Kseniya Vladimirovna
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: kasimov.arslanbek@sammi.uz

Резюме. Мақолада биринчи марта ПТЭ билан оғриган беморларда ўткир соматик касалликлар таъсирида шакл, клиник хилма-хиллик, хуруж частотаси, антиқонвулсан терапияси бўйича қиёсий таққослаш ўтказилди. Асаб тизимининг функционал ҳолати, ПТЭ билан оғриган беморларнинг соматик касалликлари билан аниқланган психоемоционал ва когнитив соҳаларнинг ўзаро боғлиқлиги аниқланди. Мия гемодинамикасининг хусусиятлари биринчи марта ПТЭ билан оғриган беморларда соматик касалликлар фонида ўрганилди. Рухсат этилган соматик касалликлар фонида ПТЭ билан оғриган беморларни даволаш тактикаси бўйича тавсиялар ишлаб чиқилди.

Калит сўзлар: эпилепсия, тутқаноқ, эпилептик статус, жароҳат, ЭЭГ, пароксизмал индекс, МРТ.

Abstract: Epilepsy is a widespread disease with a total frequency of 1-2%, ranking third among brain diseases. The leading etiological factor in symptomatic young epilepsy is traumatic brain injury, which accounts for 30-50% of all types of peacetime injuries. According to numerous studies, the incidence of post-traumatic epilepsy in cases of previous TBI is from 5 to 50%, and its course often has a progressive character. The problem of diagnosis and medical treatment of post-traumatic epilepsy remains one of the most difficult tasks of clinical neurology.

Key words: epilepsy, convulsions, status epilepticus, trauma, EEG, paroxysmality index, MRI.

Муаммонинг долзарблиги: Посттравматик эпилепсияни етакчи эпилептик синдром билан кечувчи бош мия жароҳати (БМЖ) оқибатининг вариантларидан бири деб тавсифлаш мумкин. Бу ўз навбатида мунтазам равишда такрорланадиган эпилептик хуруж билан намоён бўлади. Клиник кўринишларининг хусусиятлари ва ПТЭ кечиши ҳақида гапирганда, биринчи навбатда БМЖ оқибатлари тузилишида эпилептик синдромнинг ўрни аниқланади: ягона, етакчи синдром ёки БМЖ оқибатларидаги мураккаб неврологик бузилишларнинг таркибий қисмларидан биридир. Бунда ҳамроҳ эмоционал-ихтиёрий ва интеллектуал-рухий бузилишларнинг ифодаланганлиги муҳим рўл ўйнайди.

БМЖ нинг ёшлар популяциясида юкори даражада тарқалиши ушбу ёш гуруҳидаги эпилепсия ривожланишида биринчи ўринни травматик фактор эгаллайди. ПТЭ барча ҳолатларининг 7% ни, симптоматик эпилепсиянинг 20% дан кўпини БМЖ ўтказган беморларнинг 11-20% ни ташқил қилади [2, 7].

Замонавий неврологиянинг ютуқларига қарамай, ҳозирги кунга қадар ушбу патологиянинг кўплаб очилмаган муаммолари долзарб бўлиб қолмоқда.

ПТЭ нейрофизиологик, нейровизуализацион, иммуно-биохимик, нейропсихологик ва нейросоматик хусусиятлари ўрганиш қизиқиш уйғотмоқда.

Илмий тадқиқотнинг мақсади: ПТЭ бўлган беморларда соматик касалликлар фонидида диагностика ёндашувларни оптималлаштириш усулининг хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: СамМИ 1-клиникаси неврология бўлимида даволанаётган ПТЭ бўлган 104 беморни кўриқдан ўтказдик. Беморларнинг ёши 18 дан 50 гача. Касалланиш даври 6 кундан 18 кунгача. Барча беморлар иккита гуруҳга бўлинди: асосий гуруҳга травмадан кейинги эпилепсияси бор 53 та бемор (31 та эркак ва 22 та аёл), ўртача ёши $36 \pm 1,2$ ёш. Таққослаш гуруҳи БМЖ олган 51 та бемор олинди (31 эркак ва та 20 аёл), уртача ёши $35 \pm 1,2$ ёш. Барча беморларга комплекс текширишлар ўтказилди, булар неврологик статус, ЭЭГ, МРТ (МСКТ), бош мия қон томирларининг транскраниал доплерографияси (ТКДГ) ва нейропсихологик текширувлар, лабаратор текширув (қон биохимияси), гинеколог, уролог, ЛОР, нарколог, окулист кўриги, ЭКГ, ички аъзолар УЗИ си, иммун статус, гормонал фон (эндокринолог консультацияси). Эпилепсия шакли ва хуруж типи халқаро касалликлар таснифига муофиқ ўрнатилди.

Натижалар ва муҳокамалар. Энг тез-тез учрайдиган, умумий эпилепсия билан оғриган беморларнинг асосий гуруҳида 37 беморга ташхис қўйилди, шундан 8 нафар бемор эпилептик ҳолатдан кейин текширилди. 9 нафар беморда фокал эпилепсия. Касаллик давомийлиги таҳлил қилинганда ПТЭ билан оғриган беморларда 6 дан 10 йилгача (32 та ҳолат), 5 йилгача (10 та ҳолат) ва 15 йилдан ортиқ 11 та (10 та ҳолат) кузатилган.

ЭЭГ даги визуал ўзгаришларни баҳолашга куйидагилар киритилди:

1) фон ёзуви; 2) кортикал фаолият кўрсаткич сифатида альфа/тета кувват нисбати; 3) 6 дан 27 Гц гача бўлган частота билан ритмик фотостимуляция пайтидаги ўзгаришлар.

Рангли фотостимуляция ва гипервентиляция пайтида ЭЭГ фонини ва унинг ўзгаришини визуал баҳолашга алоҳида эътибор қаратилди. Спектрал кучининг миқдорий кўрсаткичлари ЭЭГ фонидида дисритмия даражасини етарли даражада акс эттира олмаганлиги, шунингдек эпилептик фокусларнинг фаоллиги натижасида юзага келган маҳаллий ўзгаришлар пайдо бўлмаганлиги билан изохлади. Амплитуда частотали характеристика, яримшарлараро ва бўлакли ассиметрия, пароксизмал разрядларнинг борлиги (кўплаб спайкалар, кўплаб комплексли спайк-секин тулқин); секин тулқинлар пароксизмлари ёки амплитудасининг ўзгариши ва асосий тулқин частотаси таҳлил қилинди. Алфа тета фаоллиги коэффициентидаги кувват тебранишлари

хусусиятларининг ўзгариши, бош мияда эпилептоген ўчоқнинг шаклланиши ва эпилептик хуружларнинг ривожланишининг асосий кўрсаткичидир. Пароксизмаллик индекси (ПИ) чакка эпилепсияси билан оғриган беморларни даволаш динамикасини бирлик вақтига тушириш фаоллиги сифатида баҳолаш учун фойдаланилган. Пароксизмаллик индекси аниқланди, сиқилган ЭЭГ ёзуви кўриб чиқилди (вақт шкаласи 7 ёки 15 мм/с, гипервентиляция вақтида аниқланган пароксизмлар фониди; умумий пароксизмаллик индекси 10 мин давомида аниқланди. Бундай стандартлаштириш беморларнинг барча гуруҳларида пароксизмалликнинг намоён бўлишини етарлича баҳолашга имкон берди.

Барча беморларга хуружлар оралигида (хуруждан 3 сўткадан кўп бўлмаган вақт оралигида) ТКДГ ва брахиоцефал артерияларда (БЦА) ультратовуш дуплексли сканерлаш ўтказилди. Тезлик ва қаршилиқ кўрсаткичларини таҳлил қилдик, функционал тестлардан фойдаланган ҳолда мия қон томир резервининг хусусиятларини ўрганиб чиқдик.

Мия қон билан таъминланишини кўрсатувчи натижалар турли шакли чакка эпилепсияси бўлган беморларда ўзаро, БЦАда гемодинамик етарлича ўзгаришлари бор чакка эпилепсияси бўлган беморларда ва контрол кўрсаткичлар билан таққосланди.

Барча ПТЭ бўлган беморларда, шунингдек, текширилган беморларда, артериялар ўтказувчанлиги сақланган ҳолда, томир девори аниқ дифференцияланган қатламларда интима-медиа комплексининг эхогенлигини, интрапроспектив қон томир ўзгаришлари ва экстравазал таъсирни ўзгартирмасдан қатламларга аниқ ажратилди.

Букилганлик гемодинамик аҳамиятга эга, томир ўткир ёки тўғри бурчак остида букилган бўлса, турболент қон оқими юзага келади. Шунингдек таъкидлаш керакки, БЦА букилганлик гемодинамик аҳамиятга эга, томир ўткир ёки тўғри бурчак остида букилган бўлса турболент қон оқими юзага келади, чакка эпилепсияси бўлган 120 беморнинг 14 (11,7%) нафарида аниқланди, шунингдек 5 (6,4%) нафарда қон томир қўшма деформацияси (гипоплазия ва букилганлик) кузатилди.

Шу билан бирга, гемодинамик аҳамиятли қон томир аномалияларининг асосан вертебробазилар ва медиабазал хавзада тарқалиши, ПТЭ билан оғриган беморларда латерал эпилепсия билан оғриган беморларда шунга ўхшаш томир касалликлари билан солиштирилганда 20,5 ва 7,1% ни ташқил этди. Гемодинамик аҳамиятсиз қон томир касалликлари, I гуруҳдаги беморларда ҳам устунлик қилди ($p < 0,05$). I ва II гуруҳ беморларида мос равишда 14,1 ва 9,6% ни ташқил этди.

Назорат гурухининг 4 (8,0%) ҳолатида каротид артерияларда гемодинамик аҳамиятсиз ўзгаришлар аниқланган ва 6 (12,0%) ҳолатда вертебрал артерияларда бу томирларда гемодинамик жихатдан муҳим ўзгаришлар аниқланмаган.

МРТси бўйича 40 та ҳолатда гипокампуснинг медиал склерози билан оғриган I гуруҳидаги беморларни БЦА-да гемодинамик аҳамиятли ўзгаришларни кузатган ҳолда, 16 та ҳолатдан 11 тасида медиал склероз борлиги аниқланди, бу 68,8% ни ташкил этди.

Гемодинамик жихатдан аҳамиятсиз БЦА патологияси бўлган чакка эпилепсияси бор беморларда миянинг биоэлектрик фаоллигини таҳлил қилиш БЦА гемодинамик аҳамиятли патологияси бўлган беморларда юқори даражадаги фон дизритмияси, интергемисферик асимметрия, иккиламчи умумлаштирилган ва фокал эпилептик фаолликнинг устунлиги аниқлади. ($p < 0,01$). Шу билан бирга, юқори даражадаги дизритмия, интергемисферик асимметрия, иккиламчи умумий эпилептик фаоллик ($p < 0,05$) ва чакка эпилепсияли гемодинамик жихатдан аҳамиятсиз БЦА патологияси бўлган беморларда фокусли эпилептик фаоллик кузатувлари сонининг кўпайиши тенденцияси кузатилди.

Чакка эпилепсияси бўлган барча беморларга тўтканок шаклидан қатъий назар асосий препарат сифатида финлепсин 20 - 30 мг/кг оғирликда тавсия қилинди. Монотерапия шаклида 30 (38,5%) ва 19 (45,2%) беморларда кулланилди. Иккиламчи генерализациялашган эпилептик хуружлари устунлик қилаган беморларда ва финлепсиннинг юқори консенрациясини ёмон қабул қилган беморларда препарат депакин, топамакс ёки ламиктал билан адекват дозасида билан бирга берилди. Эпилепсияга қарши препаратнинг дозаси кузатув остида ҳар икки ҳафтада, ҳар 3-6 ойда коррекция қилинди.

Беморга спиртли ичимликлар истеъмол қилишдан чекланиш, уйку бузилишини олдини олиш, стрессли вазиятларга тушмаслик, нормал озикланиш, иш ва дам олиш режимига амал қилиш тавсия қилинди.

Базис даво мақсадида финлепсин: депакин билан комбинацияланган ҳолда 28 (36,0%) беморда ва 11 та (26,2%), топамакс билан комбинацияда 13 та (16,7%) ва ламиктал билан 8 та (19,0%). Транквилизаторлардан (нитразепам, феназепам) 14 та беморда (17,9 %) пациентам с припадками 7 (16,6%). Индивидуал психотерапия 22 (28,2%) ва 10 (23,8%) беморларда утказилди. Коррекцияловчи терапияси 2 ҳафта давомида кунига 4 мл Кавинтон (200,0 мл физиологик эритмага 20 мг) ва 5 мл Динар эритмасидан 5 мл

(200 мл физиологик эритмага 250 мг) вена ичига томчилаб юборишдан иборат бўлди. Айтиб ўтиш жоизки, чакка эпилепсияси мавжуд бўлган беморларда коррекцияловчи даводан кейин, ундан 3 ойдан кейин ҳам ҳеч бир беморда умумий ахволининг ёмонлашуви, эпилептик хуружларнинг қайталаниши кузатилмади. Аксинча биз хуружларни тулиқ назорат қилшга эришдик (хуружларининг йуқолиши) I и II гуруҳидаги беморларда 23,1 % ва 57,1% сезиларли яхшиланишга эришилди (хуружлар сонининг, такрорланишининг камайиши ва давомийлигининг қисқариши 75% дан кўпроқ) мос равишда 44,9% ва 33,3%. I гуруҳда 16 (20,5%) ва II гуруҳда 4 (9,6%) беморларда яхши натижага эришилди (хуружлар частотаси 50-75% га камайди).

Муваффақиятли натижа - бироз яхшиланиш, эпилептик тутилиш частотасининг 25 % га пасайиши 9 (11,5%) ва II гуруҳидаги 4 (5,1%) беморда ижобий натижа кузатилмади. Ушбу беморларларда умуртка артериясининг гемодинамик жихатдан муҳим бўлган патологияси мавжуд эди.

Шундай қилиб, чакка эпилепсияси бўлган беморларнинг 111 (92,5%) да ўтказилган даводан 1 ой ўтгач, аниқ ижобий натижа қайд этилди ($p < 0,05$). Кейинчалик темпорал пешона эпилепсияси билан оғриган беморларда ижобий динамика устунлик қилди, ярмидан кўпи эпилептик хуружларни тўлиқ назорат қилишга муваффақ бўлди. Шундай қилиб, 108 та беморда (90%) да ижобий тенденция сақланиб қолинди. Аммо, 6 ойдан сўнг, натижалар бир ой ва 3 ойдан кейин олинган маълумотларга қараганда бироз салбий томонга узгарган эди, аммо тикловчи терапиядан олдин худди шу беморлардан олинган маълумотлар билан солиштирилганда нисбатан яхшироқ эди. Статистик аҳамияти яхшиланиш беморларнинг субъектив шикоятларининг пасайиши билан намоён бўлди, уйкуни нормаллаштириш, бош оғриги регрессияси, бош айланиши, автоном дисфункциянинг аломатлари, астеноневротик касалликлар қайд этилди. Обьектив неврологик симптомларнинг ижобий динамикаси ҳам аниқланди, пай ва периостал рефлексларнинг фонида пасайиш ва силликлик, координацион бузилишларнинг регрессияси кузатилди.

Бош оғриги ва бош айланиши билан оғриган беморларнинг улуши латерал чакка эпилепсияси билан оғриган беморларда юқори эди ($p < 0,05$), рефлекс соҳаси ва мувофиқлаштирувчи бузилишларнинг ижобий динамикаси медиобазал чакка эпилепсияси билан оғриган беморларда ($p < 0,05$) эди. Белгиланган субъектив ва 103 та обьектив аломатларнинг динамикаси функционал гемодинамик

бузилишларни бартараф этишни кўрсатиши мумкин.

Барча беморларга бир хил вақтда (1-3-6 ойдан сунг) коррекцияловчи даво курсидан сунг ЭЭГ текшируви кайта ўтказилди, бунда фон активлиги, эпилептик активликнинг борлиги, функционал юкламалар (фотостимуляция, гипервентеляция) билан кузатилди.

Ўтказилган базис даводан сунг, функционал синамаларни куллаб, ўтказилган доплерографик текширув натижаларига кура, чакка эпилепсияси билан барча беморларда вазодилататор резерв туфайли ижобий натижа кузатилди. (гиперкапник синама Кр+). Лекин шунга қарамадан, I гуруҳдаги беморларда, нейробиологик кўрсаткичларнинг ($p < 0,05$) га ўзгариши, назорат кўрсаткичларига эришилди бу вазодилататор резервнинг етишмовчилигини кўрсатади ($p < 0,05$). Гипокапник коэффициентни (Кр-), кўрсатувчи констриктор резерв, вазоконстриктор резервнинг сўнганлигини билдиради.

Хулоса. Биринчи марта ПТЭ билан оғриган беморларда ўткир соматик касалликлар таъсирида шакл, клиник хилма-хиллик, хуруж частотаси, антиконвулсан терапияси бўйича киёсий таккослаш ўтказилди. Асаб тизимининг функционал ҳолати, ПТЭ билан оғриган беморларнинг соматик касалликлари билан аниқланган психоемоционал ва когнитив сохаларнинг ўзаро боғликлиги аниқланди. Мия гемодинамикасининг хусусиятлари биринчи марта ПТЭ билан оғриган беморларда соматик касалликлар фонида ўрганилди. Рухсат этилган соматик касалликлар фонида ПТЭ билан оғриган беморларни даволаш тактикаси бўйича тавсиялар ишлаб чиқилди.

Адабиётлар:

1. Angeleri F., Majkowski J., Sacchio G., et al. Post-traumatic epilepsy risk factors: one-year prospective study after head injury. // *Epilepsia*. - 1999.
2. Messori A., Polonara G., Carle F. et al. Predicting posttraumatic epilepsy with MRI: prospective longitudinal morphologic study in adults. // *Epilepsia*. 2005.
3. Абдуллаева Н.Н. Каксимов А.А., Кудратова Н.Н. Оценка клинических аспектов симптоматической посттравматической эпилепсии. *Проблемы биологии и медицины*. 2016. №1 (86).
4. Абдуллаева Н.Н. Эпилепсия и Эпилептические пароксизмы в гериатической практики. Монография Ташкент 2017г.

5. Абдуллаева Н.Н. Каксимов А.А. Особенности диагностики и клиники посттравматической эпилепсии на фоне сопутствующих соматических заболеваний. *Проблемы биологии и медицины* №1.1 (117) 2020. 168-169 ст.

6. Алексеев Ю.В. посттравматическая эпилепсия: проблемы диагностики лечения и профилактики *Медицинская новости* 2006-№11 с25-28.

7. Броун Т., Холмс Г. Эпилепсия. Клиническое руководство. Пер. с англ. - М.: «Издательство БИНОМ». - 2006. - 288с.

8. Гриненко О.А. Макасакова О.А. Зайцев О.С. Проблема реабилитации больных с посттравматической эпилепсией. Международная научно-практическая конференция по нейрореабилитации и нейрохирургии: материалы конференции. Казан 2012-77с.

9. Каксимов А.А. Ўтаганова Г.Х. Посттравматик эпилепсияда тутканок характери. *Проблемы биологии и медицины*. 2019г №1.1 (108).

10. Каксимов А.А., Кудратова Н.Б., Хақимова С.З., Абдуллаева Н.Н., Джурабекова А.Т. Оценка эффективности лечения по данным электроэнцефалографии при симптоматической посттравматической эпилепсии. Материалы XVIII Международной научно-практической интернет конференции. «Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации» 2016г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каксимов А.А., Шмырина К.В.

Резюме. Эпилепсия представляет собой широко распространенное заболевание с общей частотой 1-2%, занимающее среди болезней головного мозга третье место. Ведущим этиологическим фактором симптоматической эпилепсии молодого возраста является черепно-мозговая травма, которая занимает 30-50% от всех видов травм в мирное время. Частота развития посттравматической эпилепсии в случаях ранее перенесенной ЧМТ составляет по данным многочисленных исследований от 5 до 50%, а её течение часто имеет прогрессивный характер. Проблема диагностики и медикаментозного лечения посттравматической эпилепсии остается одной из наиболее сложных задач клинической неврологии.

Ключевые слова: эпилепсия, судороги, эпилептический статус, травма, ЭЭГ, индекс пароксизмальности, МРТ.