

Abdukadirova D.T. dotsent, t.f.n.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Nevrologiya kafedrası

O'zbekiston Respublikasi , Andijon sh.

Yaqubov I. Magistratura talabasi

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Nevrologiya kafedrası

O'zbekiston Respublikasi , Andijon sh.

TARQOQ SKLEROZ KASALLIGINING DIAGNOSTIK MEZONLARI.

Annotatsiya: Ushbu tadqiqot ishi Tarqoq skleroz kasalliginining ertangi bosqichlarda klinik-nevrologik ko'rsatkichlarini aniqlash, taxlil qilish, uning qiyosiy tashxisi, statistik tahlillar, paraklinik va laborator tahlillar asosida kasallikning ertangi xarakterli simptomlarini ishlab chiqish haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlar: Tarqoq skleroz, ertangi diagnostika

Абдукадирова Д.Т. доцент,

к.м.н кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

Якубов И.

студент магистратуры

кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Аннотация: Данная научно-исследовательская работа посвящена выявлению и анализу клинико-неврологических показателей Рассеянного склероза на ранних стадиях, его сравнительной диагностике, развитию ранних характерных симптомов заболевания на основе параклинических, лабораторных данных и статистического анализа.

Ключевые слова: Рассеянный склероз, ранняя диагностика

Abdukadirova D.T. assistant professor, Ph.D

Andijan State Medical Institute

Department of Neurology

Republic of Uzbekistan, Andijan

Yakubov I. graduate student

Andijan State Medical Institute

Department of Neurology

Republic of Uzbekistan, Andijan

DIAGNOSTIC CRITERIA OF MULTIPLE SCLEROSIS

*Abstract: This research work deals with the **identification and analysis of clinical neurological indicator of Multiple sclerosis** in the early stages, its comparative diagnosis, development of early characteristic symptoms of the disease based on paraclinic, laborator and statistical analysis.*

Key words: Multiple sclerosis, early diagnosis

Kirish. Tarqoq skleroz tashxisi 170 yildan beri qo'yilishiga qaramay, ushbu kasallikni tashxislash usullarini takomillashtirish dolzarb bo'lib qolmoqda. Uzoq vaqt davomida (tahminan 100 yil) tashxislash faqat klinik ma'lumotlarga, masalan, anamnestik ma'lumotlarga, nevrologik tekshiruvlarga va mavjud paraklinik tekshiruvga (oftalmoskopiya, perimetriya, nerv tolalarini elektr qo'zg'aluvchanligini aniqlash va boshqalar) asoslangan edi. Nevrologlarning barcha urinishlari tarqoq sklerozni tashxislashning asosiy mezonini –simptomlarning joy va vaqtda tarqalishini aniqlashga qaratilgan bo'lib, bu mezon kasallikni faqat rivojlangan bosqichida va ko'pincha aniq organik yetishmovchilik bilan tashxislash imkonini berdi [1, 3]. Bu pozitsiya o'tgan asrning tashxislash ko'rsatmalarida ifodalangan bo'lib, bu nevrologlar va tarqoq skleroz bilan kasallangan bemorlarda oxir oqibat nogironlik va o'linga olib keladigan umidsiz kasallik degan fikrni shakllantirdi. Tarqoq sklerozni o'rganish bo'yicha jahon tajribasi shuni ko'rsatdiki, tibbiyot va turli jamoat tashkilotlarining say-harakatlari tufayli kasallikning dastlabki paydo belgilari paydo bo'lgandan boshlab qisqa vaqt ichida tarqoq sklerozga bo'lgan munosabat muqarrar chuqur nogironlikka olib keladigan kasallik sifatida tubdan o'zgardi. Tarqoq skleroz bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini yaxshilash va o'z vaqtida tashxis qo'yish, patogenetik davolash sikllarini o'tkazish va tibbiy – ijtimoiy yordamning mavjudligi o'rtasida to'g'ridan –to'g'ri bog'liqlik mavjud [2, 4, 5].

Tarqoq sklerozning klinik diagnostikasi – tarix va haqiqat. Tarqoq sklerozni tashxislashning klinik mezonlarini ishlab chiqqan mualliflar quyida xronologik tartibda keltirilgan. Tarqoq sklerozning mustaqil nozologik shakl sifatida aniqlanishi J.Charko nomi bilan bog'liq [4].

Muallif	Tashxis mezonini	Yil
J.Charcot	Klinik	1868

O.Marburg	Klinik	1938
G.Schumacher va boshq.	Klinik	1965
D.A.Markov va boshq.	Klinik-labarator	1976
H.Bauer va boshq.	Klinik-labarator	1980
C.Poser va boshq.	Klinik-labarator	1983
W.McDonald va boshq.	Klinik-labarator,MRT	2001
C.Polman(eds.)	Klinik-labarator, MRT	2005

J.Charko birinchi marta adabiy ma'lumotlarni ,shuningdek, tarqoq sklerozning klinik ko'rinishi bo'yicha o'z kuzatuvlarini tizimlashtirdi va tashxislashning asosiy qoidalarini shakllantirdi. Biroq, ruhiy, vizual va okkulomotor kasalliklar mavjudligini ko'rsatib, muallif tarqoq sklerozni tashxislashda asosan miyanning serebellar tizimlarining shikastlanishiga (nistagm, intension tremor, skandirlashgan nutq) asosiy ahamiyat bergan. Tarqoq sklerozning klinik ko'rinishlarining diagnostik mezonlarini O.Marburg [5] optik nervlarning (bitemporal ko'rlik) va harakat yo'lining shikastlanishi (pastki paraparez, qorin reflekslarining yo'qolishi) kabi belgilar bilan to'ldirdi. D. A. Markov va boshq [2] 500 dan ortiq tarqoq skleroz bilan kasallangan bemorlarni dinamikada kuzatuvga asoslanib, optik, vestibular, motor, reflektor, sezgi, va laboratoriya (likvor) sistemalarda «klinik dissotsiatsiya sindromi» deb nomlangan klinik belgilar majmuasi-sekstadidan foydalanishni taklif qilishdi. Mualliflar «klinik dissotsiatsiya sindrom» larni tarqoq sklerozga erta tashxis qo'yish uchun asos sifatida foydalanishni tavsiya qilishdi. Shu bilan birga, taklif qilingan tarqoq sklerozni aniqlash tizimi paraklinik, instrumental, tekshiruv usullarining murakkabligi, noqulayligi va keng doirada qo'llash zarurati tufayli klinik amaliyotda keng qo'llanilmadi. O'nlab yillar davomida to'plangan klinik ma'lumotlar birinchi marta G.Schumacher va boshq. tomonidan tizimlashtirilgan va tarqoq sklerozni diagnostik mezonlari bo'yicha tavsiyalar uchun quyidagi qoidalarni o'z ichiga olgan asos bo'lib xizmat qildi:

- Asab tizimi shikastlanishining obektiv belgilarining mavjudligi;
- Nevrologik tekshiruv yoki anamnestik ma'lumotlar asab tizimining o'tkazuvchi sistemalarida kamida ikkita joylashgan o'choqlarning mavjudligini tasdiqlashi kerak;
- Bosh yoki orqa miya oq moddasining shikastlanishi;
- Klinik alomatlar quyidagi talablardan biri bilan bo'lishi kerak: a) kamida 24 soat davom etadigan ikki yoki undan ortiq buzilish epizodlari, oraliq davr 1 oy yoki undan ko'p; b) kasallikning 6 yoki undan ko'proq vaqt davomida asta-sekin rivojlanishi;
- 10 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan kasallikning debyuti;
- Nevrologik buzilishlarni boshqa patologik jarayon bilan izohlash mumkin emas.

Nevrologik amaliyotga «ehtimoliy», «mumkin», «erta ehtimoliy», «progressiv ehtimoliy» va boshq. kabi tushunchalarni kiritish tarqoq sklerozni tashxislashda, ayniqsa monosimptomatik debyut va kasallikning atipik ko'rinishlarida qiyinchiliklarni ko'rsatadi. Bu tizimli klinik diagnostika mezonlarni ishlab chiqish uchun zarur shart bo'lib xizmat qildi [3, 4, 6, 7], ular ma'lum darajada atipik tarqoq skleroz shakllarini tashxislashda Shumaxer komissiyasining klinik mezonlarini takrorlaydi. TS xavfi yuqori bo'lgan mamlakatlarda C.Poser va boshq. mezonlari keng tarqalgan [3, 9], bu diagnostika jarayonida klinik usullar bilan bir qatorda laboratoriya va instrumental usullardan foydalanishni tavsiya qiladi. Biroq TS bilan patologik o'zgarishlar ko'plab laboratoriya va instrumental tekshirish usullari bilan qayd etilganiga qaramay, ularning ushbu patologik holat uchun o'ziga xosligi shubhalidir. Instrumental tadqiqot usullarining ijobiy ma'lumotlari (bosh miya potentsiali tomonidan yuzaga kelgan) asosan asab tizimining yashirin shikastlanishlari mavjudligini ko'rsatadi va tegishli klinik ko'rinish bilan patologik jarayonning ko'p o'choqliligini tasdiqlaydi. Laboratoriya sinovlari, xususan, likvordagi IgG TS uchun spetsifik emas va asab tizimining

boshqa yuqumli va yallig'lanish kasalliklarida uchraydi. TS bo'yicha xalqaro ekspertlar guruhi (2001) C.M. ning diagnostik mezonlariga tuzatishlar kiritdi, o'zgarishlarga bo'lgan ehtiyoj MRTni TS tashxisini tasdiqlashdagi alohida roli, vaqt va makonda demiyelinizatsiya o'choqlarining tarqalishini tasdiqlash qobiliyati bilan belgilanadi [3, 8, 9].

TS diagnostika mezonlariga o'zgartirishlar kiritilishidan oldin 20 yil davomida MRT usulini har tomonlama takomillashtirish, ham kuchli magnit maydonga ega qurilmalarni yaratish, ham dasturiy ta'minotni takomillashtirish, usulning sezgirligi va o'ziga xosligiga tasir qiluvchi kontrastli kuchaytirish usullarini qo'llash orqali amalga oshirildi [7].

TS diagnostikasining birinchi MRT mezonlari F.Fazekas[8,10] va D.Paty tomonidan taklif qilingan bo'lib, tashxis qo'yish uchun periventrikular va supratentorial joylashgan kamida 3-5 mm o'lchamdagi 3-4 o'choqning mavjudligi xosdir. Demiyelinizatsiya jarayonini tashxislashda usulning o'ziga xosligini oshirish uchun F.Barkhov [5] miya yarimsharlarining temporal va oksipital bo'laklarida, subtentorial va subkortikal bo'laklarida shu jumladan Gd-DTPA kontrasti bilan aniqlangan kamida 9 ta fokusning mavjudligini xisobga olishni taklif qildi. Ushbu qoida TS ning MRT tasviri g'oyasini kengaytirdi, ammo kasallikning o'z vaqtida tashxislashni sezilarli darajada murakkablashtirdi, bu patogenetik terapiyaning zamonaviy yondashuvlariga to'liq mos kelmaydi [9].

2005 –yilda C.Polman (Amsterdam) boshchiligidagi xalqaro ekspertlar guruhi [3] to'plangan ma'lumotlarga asoslanib TS diagnostikasi mezonlarini yana bir bor birlashtirdi. TS diagnostikasi mezonlarini tuzatish zarurligi MRT ning ushbu nozologik shaklga nisbatan o'ziga xosligini oshishida alohida rol oynadi. Yangi mezonlar TSning «atipik» shakllari bo'lgan insonlarda tashxis sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi, xususan, nevrologik yetishmovchilikning aniq belgilari va tasdiqlangan MRT natijalari mavjud bo'lganda [7].

Hozirgacha TS tashxisi kasallikning yoshi, to'liqiga o'xshab kechishi bosh va orqa miyaning bir nechta o'tkazuvchi tizimlarning patologik jarayonga qo'shilishi xisobga olgan holda klinik ma'lumotlarga asoslanadi, bu tashxisning asosiy mezoniga – makon va vaqtdagi disseminatsiyasiga mos keladi [7, 8]. Paraklinik tadqiqot usullari ko'p hollarda ushbu nozologik shaklning mohiyatini tashkil etuvchi patologik jarayonning fazoda (ko'p o'choqli) tarqalishini aks ettiruvchi MRTni tasdiqlashga xizmat qiladi. TS tashxisini qo'yishdagi asosiy qiyinchiliklari MNSning bitta ektopik o'choqning klinik ko'rinishi va kasallikning to'liqini kechishi bilan bog'lanadi [9, 10].

Tibbiy yordamga dastlabki murojaat qilishda yosh (10-40 yosh) va obektiv tasdiqlangan organik yetishmovchilik (motor sohasida) mavjudligi kabi omillarning kombinatsiyasi «TS bo'lishi mumkin» tashxisini qo'yish uchun asosdir. «TS bo'lishi mumkin» tashxisi subektiv (sezgi) va obektiv (harakat)buzilishlarning almashishi –vaqtdagi disseminatsiya bilan bog'liq, shuningdek, kasallikning polisimptomatik namoyon bo'lishi makondagi disseminatsiya bilan bog'liq [7, 8]. Tashxisni tasdiqlash uchun ko'p malumot berganligi sababli paraklinik tekshiruv kasallikning ochilishida majburiydir. TS debyutidagi diagnostika mezonlari orasida MRT tekshiruvi yuqori o'rinda bo'lib «TS bo'lishi mumkin» tashxisini qo'yishda bir qator majburiy tadqiqotlarga kiritiladi [8].

Xulosa. TS ni davolashning zamonaviy usullari ma'lum bir bosqichda patologik jarayonning borishiga ta'sir qilish imkonini beradi, bu asab tizimining organik shikastlanish belgilarini yo'qotish, remissiyani uzaytirish, bosh va orqa miyani morfologik ko'rinishini o'zgartirishda ifodalanadi. TS bilan kasallangan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashdagi ijobiy natijalar kasallikka o'z vaqtida tashxis qo'yilishi bilan bevosita bog'liq. Tarqoq skleoz diagnostikasi va davolashning yangi usullarini joriy etish nafaqat klinik va instrumental ma'lumotlarga, balki bemorning o'z kasalligini idrok etishini xisobga olgan holda amalga oshiriladi. Ushbu usullardan biri salomatlik bilan bog'liq hayot

sifatini (HS) o'rganish edi. TS diagnostikasi bo'yicha bir asrdan ortiq tajriba aniq klinik ma'lumotlarga, asab tizimining shikastlanishining multifokal xususiyatini tasdiqlashga asoslangan edi, bu kasallikni, ayniqsa, monosimptomatik, birlamchi namoyon bo'lganda erta aniqlashni qiyinlashtirgan edi. Ko'plab instrumental va laboratoriya diagnostika usullari asab tizimida patologik jarayonning mavjudligini tasdiqladi, ammo bu nozologik shaklga nisbatan o'ziga xos xususiyatga ega emas edi.

Xalqaro ekspertlar guruhi vaqti –vaqti bilan TS diagnostikasi mezonlarini qayta ko'rib chiqadi (2001, 2005 yillar). Biroq, tavsiya etilgan diagnostika mezonlari, birinchi navbatda, tashxisning ishonchliligini tasdiqlashga va tarqoq sklerozni erta aniqlashga kamroq darajada qaratilgan. Taklif qilinayotgan diagnostika mezonlarining minimallashtirilgan versiyasi, tashxisning asosiy mezoniga –makon va vaqtdagi tarqalishiga mos keladi, kasallikning monosimptomatik namoyon bo'lishida TSni erta aniqlashga qaratilgan. MRT monitoring bu tashxisni tasdiqlash, patologik jarayonning faollik darajasini aniqlash, TS rivojlanish tezligini va terapiya samaradorligini dinamik kuzatish uchun information ma'lumot berish usulidir.

Adabiyotlar

1. Волков, В.В. Методика визоконтрастометрии / В.В. Волков, Л.Н. Колесникова, Ю.И. Левкович // Физиол.человека. - 1983. – Т.9. -№ 6. – С. 1030-1035.
2. Марков, Д.А. Рассеянный склероз / Д.А. Марков, А.Л. Леонович. – Москва: Медицина. –1976. - 293 с.
3. Шамова Т. М., Бойко Д. В., Гордеев Я. Я. Диагностические критерии рассеянного склероза. Журнал ГрГМУ 2007 № 2 стр 9-14
4. Абдукадирова Д. Т. Место когнитивных и психических расстройств в клинике рассеянного склероза. «Журнал неврологии и нейрохирургических исследований» номер 2, выпуск 1 2020г. Бухара

5. Bauer, H.J. IMAB Unquote concerning the diagnostic criteria for MS. In: Bauer H.J., Poser S., Riter G. (eds). Progress in Multiple Sclerosis Research, Springer, Heidelberg, New York, 1980. –P.555- 563.
6. Charcot, J. Des scleroses de la maele epiniere / J. Charcot // Gaz.Hop.Paris. -1868. –Vol.41. –P.405-406.
7. Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis / F. Barkhof [et al.] // Brain. - 1997. – V.120. – P.2059-2069.
8. Contrast-enhanced MR imaging in the evaluation of treatment response and prediction of outcome in multiple sclerosis / J. Simon // JMRI. - 1997. – Vol. P.29-37.
9. Correlation between magnetic resonance imaging findings and lesion development in chronic, active multiple sclerosis / D. Katz [et al.]// Ann. Neurol. - 1993. – Vol. 34. – P.661-669.
10. Criteria for an increased specificity of MRI interpretation in ederly subjects with suspected multiple sclerosis / F. Fazekas [et al.] //Neurology. – 1998. – Vol.38. – P.1822-1825