

O‘TKIR TETRAPAREZNING DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKASI

Abdukadirova D.T.,

Abdulhamidov M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Nevrologiya kafedrası

ANNOTATSIYA

Mazkur maqolada o‘tkir tetraparez diagnostikasi borasida tadqiqot olib borildi. O‘tkir bo‘shashgan tetraparez (O‘BT) kam uchrovchi patologik holat bo‘lib bemorning nisbiy sog‘lig‘i fonida qo‘l va oyoqlarda mushaklarning kuchsizligi, simptomlarning bir necha kun davomida (maksimal 4 haftagacha) rivojlanishi bilan ifodalanadi. O‘BT bilan og‘rigan bemor yordam so‘raganda, amaliyotchi nevrologlarning ko‘pchiligi shoshilinch differentsial tashxis qo‘yish muammosiga duch kelishadi, chunki simptomlarning tez rivojlanishi, ba‘zan bir necha soat ichida, yutish va nafas olish buzilishlarini rivojlanishi ehtimolligi bemorning hayotiga xavf soladi.

***Kalit so‘zlar:** o‘tkir tetraparez, bo‘shashgan tetraparez, disfoniya, dizartriya, otraxeal, traxeostomiya*

ABSTRACT

In this article, a study was conducted on the diagnosis of acute tetraparesis. Acute relaxed tetraparesis (APT) is a rare pathological condition characterized by muscle weakness in the arms and legs, the development of symptoms over several days (up to 4 weeks maximum) against the background of the relative health of the patient. "When a patient with BT seeks help, most practicing neurologists are faced with the problem of making an urgent differential diagnosis, because the rapid development of symptoms, sometimes within hours, the possibility of developing swallowing and breathing disorders is life-threatening for the patient. puts

***Key words:** acute tetraparesis, relaxed tetraparesis, dysphonia, dysarthria, tracheal, tracheostomy*

KIRISH

To‘g‘ri tashxisni imkon qadar tezroq qo‘yish ko‘p hollarda davolanishning muvaffaqiyatli bo‘lishini belgilaydi. Ushbu sharh O‘BTning eng keng tarqalgan sabablarini ta‘kidlab, ularni klinik baholash xususiyatlariga va favqulodda tashxis qo‘yish yondashuvlariga e‘tibor beradi. Bo‘shashgan tetraparez periferik motoneyron apparatlarining har qanday darajada ta‘sirlanganda rivojlanadi, xususan: segmentar motor neyroni, orqa miya ildizlari, periferik nerv aksonlari, nerv-mushak uzatilishi va mushaklar. Zaiflikning asosiy nospetsifik shikoyatidan qat‘i nazar, shikastlanishning

har bir darajasi nevrologik tekshiruv vaqtida osongina aniqlanadigan o'ziga xos klinik xususiyatlarga ega. Tashxis qo'yish va qiyosiy tashxis jarayonida tekshirish o'tkazildi, quyida uning xususiyatlari batafsilroq ko'rib chiqiladi.

Bo'shashgan tetraparezli bemorni tekshirish xususiyatlari.

Qoidaga ko'ra, bo'shashgan tetraparezi bilan og'rigan bemorlar aniq ongli bo'lib, bu anamnezni olish va tekshirishni sezilarli darajada osonlashtiradi. Nafas olish mushaklarining falajligi va zaiflik belgilari mavjudligiga e'tibor berish kerak. Agar bemor allaqachon o'pka ventilyatsiyaga ulangan bo'lsa, tekshiruvdan oldin uning sedativ yoki giyohvand dorilar ta'siri ostida emasligiga ishonch hosil qilishingiz kerak. Shuni esda tutish kerakki, disfoniya, dizatriya yoki otraxeal yoki traxeostomiya trubkasi mavjudligi sababli fonatsiya etishmasligi bo'lsa, bemor bilan aloqa qilish qiyin bo'lishi mumkin. Patologik jarayonda proksimal yoki distal oyoq-qo'llarning ishtirokining zo'ravonligi va darajasini baholashda, tortishish olib tashlanganda, harakatlarning bajarilishini osonlashtiradigan usullardan foydalanish kerak. O'BT bilan og'rigan bemorni tekshirganda, qo'l yoki oyoqlarda mushaklar kuchsizligining simmetriyasiga, bosh miya nervlarning, bo'yin va magistral mushaklarning, shu jumladan nafas olish mushaklarining shikastlanish belgilarining mavjudligiga e'tibor berish kerak. Pay reflekslarini tekshirishda, texnikaga qat'iy rioya qilish kerak, nevrologik bolg'ani mos keladigan mushakning pay proektsiyasiga qat'iy ravishda urish kerak. Bu ta'sirga javoban mushaklarning qisqarishini oldini olish uchun kerak, bu ko'pincha mutaxassislar tomonidan haqiqiy refleks deb xato qiladi. O'BT bilan og'rigan bemorlarda tortilish belgilarini tekshirganda, agar umurtqa pog'onasi shikastlanishiga shubha bo'lsa, bu sohadagi har qanday manipulyatsiya ta'sirini esga olish kerak. Ayni paytda, ijobiy alomatlar mavjudligi tortilish (Lasega, Neri) umurtqa ildizlarning shikastlanishi yoki tasirlanish xususiyati borligini ko'rsatadi. Bundan tashqari, umumiy orqa miya ildizlari kasalligi bo'lgan bemorlarda (poliradikulonevropatiyaning bir qismi sifatida) meningeal sindromni baholashda ishlatiladigan Kernig belgisi va bo'yinning qattiqligi testi noto'g'ri ijobiy bo'lishi mumkin. Bu alomatlar ham ijobiy kuchlanish belgilariga aylanadi. Bemorni sezuvchanlik buzilishlarini tekshirganda, nafaqat og'riq, balki sezuvchanlikning boshqa turlariga ham (mushak-bo'g'im, taktil, vibratsiya, harorat) e'tibor berish tavsiya etiladi. Sezuvchanlikni tekshirish jarayonida shikastlanish turini (polinevritik, segmental, o'tkazuvchan) va darajasini iloji boricha aniq aniqlash kerak. O'BT bilan og'rigan bemorda chanoq a'zolari funktsiyalarining buzilishi ham katta differensial diagnostik ahamiyatga ega: siydikni ushlab turish bachadon bo'yni darajasida orqa miya qisman yoki to'liq shikastlanishining barcha holatlarida va juda kamdan-kam hollarda polinevropatiyalarda kuzatiladi. O'BT bilan og'rigan bemorda avtonom

disfunktsiya belgilarini aniqlash juda muhimdir. Shunday qilib, yurak ritmining buzilishi, taxikardiya yoki bradikardiya, gemodinamik beqarorlik, gipersalivatsiya polinevopatiyada O'BTga xosdir. Bronxoreya va gipersalivatsiya antixolinesteraza preparatlarining haddan tashqari yuqori dozasi tufayli xolinergik inqirozning belgilari bo'lishi mumkin. Shunday qilib, yuqorida tavsiflangan sharoitlarda bemorni to'liq tekshirish orqali shifokor zararlanish darajasi haqida tasavvurga ega bo'lishi mumkin. O'BT rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan sabablar, shuningdek, individual nozologiyalarning xarakterli xususiyatlari quyida ko'rib chiqiladi

.Orqa miyaning bo'yin kengaymasi o'tkir shikastlanishida bo'shashgan tetraparez (o'tkir miyelopatiyalar).

Etiologik omilga ko'ra, o'tkir miyelopatiyalar kompression, yallig'lanishli (yuqumli, tarqoq skleroz va boshqalar) va tomirga bog'liq bo'linishi mumkin. Kompression miyelopatiyalar ko'pincha umurtqadagi travma tufayli orqa miya moddasining ezilishi yoki umurtqaaro diskning prolapsasi orqa miya kanalining torayishi bilan bog'liq. Yuqumli miyelopatiyalar (miyelit) virusli (poliomielit, entero-, retro-, herpes viruslari, G'arbiy Nil sariq isitmasi virusi) yoki bakterial bo'lishi mumkin va ko'pincha immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda (kimyoterapiya olgan OIV bilan kasallangan bemorlarda) rivojlanadi. O'tkir miyelit tarqoq skleroz (orqa miya, bosh va orqa miya shakllari), tizimli kasallikning (tizimli qizil yuguruk, Shegren kasalligi, nekrotik vaskulit va boshqalar) namoyon bo'lishi mumkin. Agar orqa miyaning butun diametri patologik jarayonda ishtirok etsa, ular ko'ndalang miyelit haqida gapirishadi. O'tkir qon tomir miyelopatiyasi (orqa miya insult) juda kam uchraydi va orqa miya qon tomir tizimining anormal rivojlanishi va uning orttirilgan patologiyasi (ateroskleroz, orqa miyani qon bilan ta'minlaydigan tomirlarga vertebrogen ta'sir va boshqalar) bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Miyelopatiyaning etiologiyasiga qarab, bemorni so'rab surishtirish vaqtida aniqlanadigan bir qator anamnestik xususiyatlar mavjud. Yuqumli miyelitda zararlanish tana haroratining ko'tarilishi fonida rivojlanadi va qoida tariqasida 24 soat ichida aniq nevrologik yetishmovchilik rivojlanadi. Bunday hollarda nevrologik ko'rinishlar ko'pincha ba'zi virusli yoki bakterial kasallikning belgilaridan oldin bo'ladi (O'RVI, diareya va boshqalar). Mamlakatimizda yaqinda o'z ahamiyatini qayta tiklagan poliomielitning paralitik shakli haqida unutmashimiz kerak. Ushbu kasallikda nevrologik alomatlar isitma fonida, bir kun oldin gastroenterit bilan og'riganidan keyin paydo bo'ladi va falaj rivojlanishidan oldin qo'l va oyoq mushaklarida paresteziya va og'riq paydo bo'ladi. Orqa miya qon aylanishi buzilgan bo'lsa, qo'zg'atuvchi omil ko'pincha jismoniy yoki hissiy ortiqcha yuk va gemodinamik beqarorlikdir. Orqa miya insultidagi doimiy klinik ko'rinishlar

bosqichidan oldin, tushish xurujlari kuzatiladi, bunda bemorning qo'llari va oyoqlari ongni saqlab qolgan holda to'satdan zaiflashadi. Unterharnsheyda sindromi ham tasvirlangan, u 2-3 daqiqa davomida ongni yo'qotish bilan birga oyoq-qo'llarining to'satdan zaiflashishi va ongni tiklashdan keyin 3-5 daqiqa davomida harakatsizlik bilan tavsiflanadi.

Orqa miyaning bo'yin kengligi darajasidagi shikastlanishlar

O'BT bir nechta klinik xususiyatlarga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, tetraparez faqat kasallikning birinchi kunida, bemorning oyoqlaridagi mushak tonusi hali o'zgarishga uchramaganda holda "yengil" namoyon bo'ladi. Aynan shu vaqtda, kasallikning dastlabki bosqichlarida, differentsial diagnostika qiyinchiliklari paydo bo'lishi mumkin. Faqat bir necha kundan keyin, agar orqa miya o'tkazgichlari patologik jarayonda ishtirok etsa, spastiklik qo'shiladi va tetraparez aralashadi. Istisno - bu poliomielit va poliomielitga o'xshash kasalliklar bo'lib, ularda faqat orqa miyaning kulrang moddasi zararlanadi, orqa miya oldingi va yon ustunlari uzgarmagan holda qoladi. Qoida sifatida, o'tkir miyelopatiyalarda oyoq-qo'llardagi mushaklar kuchsizligi assimetrikdir. Pay reflekslari birinchi kunida kamayishi mumkin (hatto yo'q bo'lishi mumkin), patologik reflekslar bo'lmasligi mumkin. O'tkir miyelopatiyaga shubha qilingan bemorni tekshirganda, birinchi navbatda, sezuvchanlik buzilishlariga e'tibor berish kerak: o'tkazuvchan va segmentar zararlanish turlari aniqlanadi. Tortilish belgilari, qoida tariqasida, kasallikning birinchi kunlarida yo'q. Bo'yin hududida to'satdan og'riqlar kasallikning boshlanishida paydo bo'lishi mumkin. Ko'pgina hollarda bemorlarda birinchi kundan boshlab siydikni ushlab turish va anal sfinkterlarning disfunktsiyasi rivojlanadi. Terining trofikasi buzilishlari rivojlanishi shikastlanish darajasidan pastda rivojlanadi.

Nerv-mushak uzatilishining buzilishi tufayli sust tetraparez.

Nerv-mushak uzatilishining buzilishi holatlarida O'BTning o'ziga xos xususiyati mushaklar kuchsizligining proksimal tarqalishidir. Pay reflekslari saqlanib qoladi yoki kamayadi, hissiy buzilishlar yo'q, tos a'zolarining funktsiyalari buzilmaydi.

Miasteniyaning tarqalgan shakli (miasteniya gravis) o'zini miyastenik inqiroz sifatida ko'rsatishi mumkin - bemorning hayotiga tahdid soladigan bulbar va nafas olish mushaklari ishtirokidagi umumiy mushaklar kuchsizligining keskin rivojlanishi. Bemor haqida hech qanday ma'lumot bo'lmasa yoki miyasteniya gravis inqirozining boshlanishi bo'lsa, vaziyatni aniqlash qiyin. Anamnezda dinamik ikki tomonlama ko'rish, ko'z qovoqlarining tushishi, chaynash mushaklarining kuchsizligi, bo'yin muskullarining kuchsizligi va tugallanmalarda mushaklarining kuchsizligi haqida

shikoyatlar mavjud bo'lsa, miyastenik inqirozga shubha tug'ilishi kerak. Miasteniyaga gravisidagi tetraparez asosan proksimal, nosimmetrikdir. Tekshiruvda ko'pincha orbicularis oculi mushaklarining zaifligi va okulomotor buzilishlar kuzatiladi. Miyasteniyaga gravisidagi mashqlar testlari ijobiy bo'lib, mushaklarning g'ayritabiiy charchashini aniqlaydi. Tashxisga ijobiy prozerin testi va EMG tadqiqotida miyastenik tipdagi nerv-mushak uzatish blokini aniqlash yordam beradi.

Xolinergik inqiroz O'BT sifatida ham namoyon bo'ladi, bulbar buzilishlari va nafas olish mushaklarining kuchsizligi bilan birga keladi. Miastenik inqirozdan prozerinni yuborishga reaksiyaning yo'qligi, shuningdek, antixolinesteraza preparatlarining haddan tashqari dozasi belgilari (gipersalivatsiya, bronxoreya, fassikulyatsiya, qorin og'rig'i) mavjudligi bilan farqlanadi. Bu holatni tashxislash osonroq, chunki u Miasteniyaga gravis bilan og'riq, patogenetik terapiya olgan bemorlarda paydo bo'ladi. Nerv-mushak o'tkazuvchanligini buzilish, shuningdek, presinaptik darajada botulizm ekzotoksinining ta'siridan kelib chiqqan yuqumli kasallik botulizm bilan ham mumkin. Avvalo, bemor birinchi shikoyatlar paydo bo'lishidan oldin 2 kun ichida uy konservalarini iste'mol qilganligini aniqlash kerak. Kasallikning boshlanishi, birinchi navbatda, ovqatdan zaharlanish belgilari - qorin og'rig'i, qusish, ko'ngil aynishi, diareya bilan tavsiflanadi. Tana harorati normal bo'lishi mumkin. Botulizmning o'tkir bosqichi bosh aylanishi, ikki tomonlama ko'rish va oftalmoplegiyagacha bo'lgan og'ir okulomotor buzilishlar, shuningdek, midriaz va qorachiq reflekslarining buzilishi bilan tavsiflanadi. Disfagiya va disfoniya tetraparezdan oldin bo'ladi. Nafas olishning og'ir buzilishlari kuzatiladi

O'tkir polimiyozit, dermatomiyozit.

Ushbu tushunchalar turli xil etiologiyalarning skelet mushaklarining o'tkir yallig'lanishli zararlanishlarini o'z ichiga oladi. Bularga idiopatik polimiozit, kollagenoz tufayli kelib chiqqan polimiozit, ichki organlarning neoplazmalari sababli yuqumli va ikkilamchi polimiozit kiradi. Kasallik to'satdan paydo bo'lib, zaiflik, charchoq, gipertermiya, uyqu buzilishi va qayt qilish shikoyatlari bilan boshlanadi. Mushaklarning zaifligi oyoq-qo'llarning proksimal mushak guruhlariga, bo'yin muskullariga va ko'pincha faringeal mushaklarga ta'sir qiladi, bu esa disfagiyaga olib keladi. Tekshiruvda palpatsiyada mushak og'rig'i aniqlanadi. Og'riq shunchalik kuchli bo'lishi mumkinki, u kontrakturalar paydo bo'lishidan oldin ham bo'g'inlardagi passiv va faol harakatlarni cheklaydi. **Pay** refleksleri kamayadi. Dermatomiyozit bilan teri sindromi yuz, ko'krak va yuqori tugallanmalarda qizarish, shishish, giperpigmentatsiya bilan namoyon bo'ladi. Terining shishishi mushaklar va teri osti to'qimalariga tarqalishi mumkin. Bu holat gipertermiya, kengaygan limfa tugunlari va oshqozon-ichak traktining eroziv va yarali shikastlanishlari bilan kechadi.

Juda kam uchraydigan patologiya paroksizmal mioplegiya - ion kanallarining disfunktsiyasidan kelib chiqadigan genetik kasalliklar. Gipo-, giper- va normokalemik mioplegiyalar mavjud. Asosan, bu kasalliklar bolalik yoki o'smirlik davrida paydo bo'ladi, lekin ba'zida ular kattalarda ham namoyon bo'ladi. Krizning rivojlanishidan oldin jismoniy faoliyat, parhezda buzilishlar (shirinliklarni ortiqcha iste'mol qilish), diareya paytida qusish va axlatda mikroelementlarning keskin yo'qolishi va diuretiklarni qo'llash. Ba'zida aniq sabab yo'q, bu differentsial tashxis jarayonini murakkablashtiradi. Parezlarning tarqalishi ham ko'proq proksimaldir, ammo polimiyozitdan farqli o'laroq, distal parezlar juda aniq bo'lishi mumkin.

Qizilmiyaning haddan tashqari dozasi tufayli gipokalemik falaj, ko'pincha yo'talni nazoratsiz o'z-o'zidan davolash tufayli, alohida e'tiborga loyiqdir. Bu, birinchi navbatda, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bo'lgan keksa bemorlarga yoki "shirin konfetlar" ga ega bo'lgan bolalarga tegishli. Kodeinni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni va unga qo'shimcha komponent sifatida qizilmiya ildizi ekstraktini (masalan, Kodolak) qabul qiladigan giyohvandlarda kuchli mushak og'rig'i bilan birga, asosan proksimal tetraparez rivojlanadi; pay reflekslari t saqlanib qoladi, hissiy buzilishlar yo'q. Qizilmiya tufayli mineralokortikoid etishmovchiligi sindromi rivojlanadi. Arterial gipertenziya, metabolik alkaloz va og'ir holatlarda tashqi nafas olishning disfunktsiyasi kuzatiladi.

XULOSA

Shunday qilib, O'BT ning differentsial tashxisi qiyin. Ko'rib chiqilgan nozologik shakllarning aksariyati kundalik amaliyotda kamdan-kam uchraydi, bu esa amaliyotchi nevrologlarning O'BT ning bemorning hayoti uchun xavfi to'g'risida hushyorligining zaiflashishiga, shuningdek, ushbu shartlarni differentsial diagnostika qilish uchun aniq algoritmning yo'qligiga olib keladi. O'BT bilan og'rigan bemorni tekshirish xususiyatlari, kasallik tarixi, klinikasi va ushbu maqolada tavsiflangan qo'shimcha tekshirish usullarining natijalari ushbu muammo haqida umumiy fikr beradi va o'z vaqtida tashxis qo'yish va keyingi tashxisni aniqlashga va bemorni davolashga yordam beradi.

REFERENCES

1. Arnason B.G., Soliven. B. Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Peripheral neuropathy. Eds. P.J. Dyck, P.K. Thomas, 3rd Edition, 1993;2:1437-97.
2. Мументалер М., Маттле Х. Неврология. М., 2007.
3. Меркулова Д.М., Никитин С.С., Меркулов Ю.А. Алгоритм диагностики и лечения кризовых состояний у больных миастенией гравис. Атмосфера. Нервные болезни 2008;2:7-12.

4. Пирадов М.А. Синдром Гийена–Барре. М., 2003.
5. Хронические нейроинфекции. Под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко, С.С. Никитина. М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. 560 с.
6. Супонева Н.А., Никитин С.С., Пирадов М.А. Тяжелые острые демиелинизирующие полиневропатии: некоторые аспекты клиники, диагностики и лечения. Русский медицинский журнал 2003;25:1377–80.
7. Супонева Н.А., Пирадов М.А., Никитин С.С., Алферова В.П. Острый гипокалиемический паралич вследствие передозировки препарата, содержащего корень солодки. Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2008;1:47–51.
8. Wongthim S., Nemachudha T., Punthumchinda K. Respiratory insufficiency associated with acute hepatic porphyria. J Med Assoc Thai 1989;72(11):655–9