

SERVIKAL DISTONIYA

Servikal distoniya (bo'yinning spastik qiyshayishi, tortikollis) – boshning ixtiyorsiz ravishda va stereotip tarzda yon tomonga sekin buralishi bilan kechuvchi kasallik. Bu paytda bosh biroz oldinga og'adi yoki orqaga qayriladi. Kasallik har qanday yoshda boshlanishi mumkin, biroq u 30-40 yoshlarda ko'p uchraydi. Ayollarda biroz ko'p kuzatiladi.

Etiologiyasi. Servikal distoniya polietilogik kasallik bo'lib, uning rivojlanishida nasliy omillar, bolalik davrida o'tkazilgan po'stlog'osti infeksiyalari, ayniqsa, streptokokkli infeksiyalar yetakchi o'rinni egallaydi. Bu kasallik ba'zida zimdan rivojlanib kelayotgan nasliy ekstrapiramidal degenerasiyalar, torsion distoniyalar, gepatolentikulyar degenerasiya va paroksizmal diskineziyalarning dastlabki klinik belgisi bo'lib ham chiqadi. Shuningdek, kraniospinal o'smalar yoki anevrizmalar XI nervni ta'sirlantirsa ham tortikollis rivojlanadi. Kasallik patogenezini to'liq o'rganilmagan.

Patomorfologiyasi. Ekstrapiramidal yadrolarda har doim ham organik o'zgarishlar aniqlanavermaydi. Bazal ganliyalarda, ayniqsa, targ'il tanadagi (*corpus striatum*) o'zgarishlarni ham ushbu kasallik uchun spesifik deb bo'lmaydi. Shu bois, mutaxassislar servikal distoniya rivojlanishida dofaminergik sistemaning tranzitor disfunktsiyasiga alohida urg'u berishadi. Chunki ko'p hollarda kasallik sababi aniqlanmay qoladi. Bunday holatlar idiopatik servikal distoniya deb ataladi.

Klinikasi. Bo'yinning spastik qiyshayishi, ya'ni tortikollis muskullar distoniyasining ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Kasallikning asosiy belgisi – bu boshning ixtiyorsiz tarzda yon tomonga sekin buralib qayrilishidir. Bu holat, asosan, *m. sternocleidomastoideus* va *m. trapezius* qisqarishi sababli ro'y beradi. Ba'zida boshning buralishi titroqlar, ya'ni klonik harakatlar bilan, gohida hech qanday titroqsiz vujudga keladi. Tortikollis xoreik giperkinezlarga o'xshab tartibsiz harakatlar bilan emas, balki bir xil, ya'ni stereotip buralishlar bilan namoyon bo'ladi. Aytish joizki, bo'yinning spastik qiyshayishi faqat bir tomonda kuzatiladi. Tortikollis tinchlanganda kamayadi yoki o'tib ketadi, uxlaganda yo'qoladi.

Ba'zi bemorlarda bo'yinning yon tomonlarga buralishi birozdan so'ng o'tib ketsa, boshqa birlarida uzoq vaqt saqlanib qoladi. Bizning nazoratimizda turgan 34 yashar Sh. ismli bemor bo'ynining yon tomonga buralishini shunday ta'riflab bergan: *“Xuddi ko'rinmas bir kuch boshimni bir tomonga zo'rlab buradi, ya'ni qayiradi. Men ikki qo'lim bilan qarshilik ko'rsatib boshimning buralishiga yo'l qo'ymayman va uni yana avvalgi holatiga qaytaraman. Biroq ko'rinmas kuch boshimni yana burib qo'yadi va bunga*

mening kuchim yetmay qoladi. Boshimni yon tomonga buragan va qayirgan kuch uni ushlab turaveradi. Menda boshim qachon o'z holiga qaytishini kutishdan boshqa iloj qolmaydi".

Kasallik zo'raygan holatlarda bo'yin muskullarining bir tomonlama spastik qisqarishlari bir kunda bir necha bor kuzatiladi va haftalab davom etadi. Bemor boshini ikkala qo'li bilan har doim ushlab yuradi, uyalganidan bo'ynini ro'mol yoki sharf bilan bog'lab oladi. Ba'zi bemorlar yoz paytlari ham bo'ynini nima bilandir o'rab yurishadi. Chunki issiqlik biroz bo'lsa-da, muskullar spazmini kamaytiradi. Bemor qo'llari bilan boshini to'g'rilamoqchi bo'lsa, u battar qiyshaya boshlaydi yoki qotishgan muskullarda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Shu yerda qiziq bir holatni aytib o'tish kerak. Agar bemor spastik tarzda bir tomonga buralib qolgan boshini ikkala qo'li bilan ushlab yana joyiga qaytarmoqchi bo'lsa, bu urinish naf bermaydi. Bu holatni vrach amalga oshirishga urinsa ham samarasi kam bo'ladi. Ammo bemor ikkala barmog'i bilan iyagini oxista tutib, boshi bilan go'yoki ma'qullovchi harakatlarni amalga oshirsa, burilgan bosh yana joyiga qaytadi. Demak, "qaysar bo'yinni" zo'rlab emas, balki aldashtirib boshqarish mumkin. Uzoq vaqtdan buyon kasallanib yurganlarda *m. sternocleidomastoideus* va *m. trapezius* gipertrofiyaga uchraydi.

Tortikollis namoyon bo'lishi va kechishiga qarab, uning 4 darajasi farqlanadi (1-jadval).

1-jadval

Tortikollis darajasi (Kandel bo'yicha, 1981)

| Darajasi | Klinik belgilari |
|-----------------|---|
| Yengil | Tortikollis faqat yurganda, jismoniy mehnatda va hissiy zo'riqishlarda vujudga keladi. Bemor bo'ynini turli tomonlarga bemaol harakatlantira oladi. Mehnat faoliyati saqlangan bo'ladi. |
| O'rtacha | Tortikollis nafaqat yurganda, balki tinch holatda ham paydo bo'ladi. Bemor qo'llarining yordamisiz burilgan boshini yana joyiga qaytarishi mumkin, biroq uni shu holatda uzoq ushlab tura olmaydi. Mehnat faoliyati ham cheklanadi. |
| Og'ir | Bemor boshini bir yoki ikkala qo'li bilan doimo ushlab yuradi. |

| | |
|-------------------|--|
| | Burilgan boshini faqat qo'llari yordamida joyiga qaytarishi mumkin. O'zini eplash keskin kamayadi, mehnat faoliyati deyarli yo'qoladi. |
| O'ta og'ir | Bemor burilgan boshini qo'llari bilan ham joyiga qaytara olmaydi. Qotishgan va gipertrofiyaga uchragan bo'yin muskullarida og'riqlar kuzatiladi. Bo'yin muskullarining spastik holati tinch holatda ham pasaymaydi. O'zini eplashda juda qiynaladi, mehnat faoliyati butunlay yo'qoladi. |

O'rta darajadagi spastik qiyshayishlarda bir necha kundan so'ng bemorning ahvoli yana yaxshilanadi, ya'ni spastik qiyshayishlar to'xtaydi. Lekin bir necha kun yoki haftadan so'ng tashqi ta'sirlar ostida, ya'ni stress, tana harorati ko'tarilishi yoki ortiqcha jismoniy harakatlardan so'ng bo'yin qiyshayishi yana takrorlanadi. Ba'zida hech qanday sababsiz bo'yin yana spastik tarzda qiyshaya boshlaydi. Masalan, ertalab uyg'ongan bemor yana bo'ynining qiyshayib qolganini ko'radi. Bu, albatta, bemorning kayfiyatini tushirib yuboradi va psixologik taranglikni yuzaga keltiradi. Stress – har doim kasallikning qo'zg'alishiga turtki bo'luvchi xatarli omil. Shuning uchun ham bunday bemorlarga rasional psixoterapiya o'tkazish o'ta muhim. Aks holda bosh qiyshaygan holatda uzoq vaqt, ba'zan yillab qolib ketishi mumkin. Bo'yinning spastik qiyshayishida ba'zan blefarospazm, oromandibulyar distoniya va yuz gemispazmi kuzatiladi.

Tashxis. Tashxis, asosan, tortikollisga xos bo'lgan klinik simptomlar va ularning kechishiga qarab qo'yiladi. Kasallikka xos laborator va MRT belgilar yo'q. Bu tekshiruvlar faqat qiyosiy tashxis uchun o'tkaziladi.

Qiyosiy tashxis. Qiyosiy tashxis psixogen giperkinezlar, tiklar, idiopatik torsion distoniyaning boshlang'ich davri, neyroleptik sindrom va gepatolentikulyar degenerasiya bilan o'tkaziladi. Shuningdek, XI nerv ildizchasini qo'zg'ovchi kraniospinal o'smalar, atlanto-aksial soha anomaliyalari, vertebrogen diskopatiyalar va bo'yin mioziti ham tortikollisni yuzaga keltirishi mumkin.

Kechishi va prognoz. Tortikollis, asosan, to'lqinsimon kechuvchi kasallik, ya'ni u bir to'xtab, bir qaytalab turadi. Kam hollarda, ya'ni har beshinchi bemorda kasallik butunlay o'tib ketadi. Tortikollis ba'zan torsion distoniyaga o'tadi. Bunday paytlarda bemor davolovchi vrachni asossiz ravishda ayblashi mumkin. Chunki tortikollis uzoq davom etuvchi torsion distoniyaning boshlang'ich belgisi bo'lishi ham mumkin.

Davolash. Bemorni davolashda, asosan, klonazepam, baklofen, karbamazepin, risperidon, sulpirid (eglonil), tizanidin, azaleptin, etaperazin, pimozid va tarkibida L-DOFA saqlovchi dorilar (nakom, madopar) tavsiya etiladi.

Klonazepam (antelepsin) kuniga 0,5-1 mg dan beriladi. Keyinchalik uning dozasi kuniga 6-8 mg ga yetkaziladi. Klonazepam dastlabki kunlari kuchli uyquchanlik va koordinasiya buzilishlarini yuzaga keltiradi. Lekin 3-5 kundan so'ng dorining ushbu nojo'ya ta'sirlari kamayadi va o'tib ketadi. Bu haqda bemor ogohlantirilishi kerak. Aks holda u dorini ichishdan voz kechishi yoki to'xtatib qo'yishi mumkin. Aksariyat hollarda kuniga 2-4 mg klonazepamning o'zi yetarlidir. Klonazepam bilan birgalikda baklofen ham kuniga 40-60 mg dan ichishga beriladi. Bu ikkala dori birgalikda tavsiya qilinsa, samarasi yuqori bo'ladi.

Azaleptinni kuniga 25-50 mg, tiapirid 300-500 mg, pimozid 2-4 mg, etaperazinni 10-60 mg dozada ichish tavsiya etiladi. Tremor bilan namoyon bo'ladigan tortikollisda anaprilin kuniga 100-200 mg dan ichishga beriladi. Shuningdek, diazepam, fenazepam kabi sedativ dorilarni ichish ham buyuriladi.

Kuchli va uzoq davom etuvchi tortikollislarda botulotoksinning lokal inyeksiyasi (botoks) qilinadi. Bu usul deyarli har doim ijobiy natija beradi. Botoks 10-40 ng dozada spastik qotgan muskulga qilinadi va har haftaning boshida takroran qilinishi mumkin. Bu muolajani botoks inyeksiyasini qilish texnikasini yaxshi biladigan vrach amalga oshirishi kerak. Ba'zida bitta inyeksiyaning o'zi yetarli. Keyin yana boshqa dorilar bilan davolashga o'tiladi. Konservativ davolash muolajalari yordam bermasa, neyroxirurgik usullar qo'llaniladi.

Manba: © Z. Ibodullayev. Asab kasalliklari. 2-nashr. Darslik, Toshkent, 2021., 960 b.

© Z. Ibodullayev. Umumiy nevrologiya. Darslik. Toshkent, 2021., 312 b.

© Ibodullayev ensiklopediyasi

© www.asab.uz