UDK: 616.853

Sobirova Saodat Karamatovna – t.f.n., dotsent
Ibodullayeva Dilorom Rahmatulla qizi – klinik ordinator
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O'zbekiston)

SIMPTOMATIK EPILEPSIYANING KLINIK KECHISHIDA O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Annotatsiya. *Ushbu maqola simptomatik epilepsiyaning klinik kechishidagi o'ziga xos xususiyatlarga bag'ishlangan. Simptomatik epilepsiya — bu miyaning strukturaviy shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan surunkali nevrologik kasallik bo'lib, uning klinik ko'rinishi asosiy patologik jarayonning lokalizatsiyasi, etiologiyasi va bemorning yoshiga bog'liq. Maqolada simptomatik epilepsiyaning epidemiologiyasi, etiologik omillari (travma, insult, infeksiyalar, o'smalar), patofiziologik mexanizmlari va turli lokalizatsiyadagi (temporal, frontal, parietal, oksipital) epilepsiyalarning klinik xususiyatlari batafsil yoritilgan.*

Kalit so'zlar: *simptomatik epilepsiya, fokal tutqanoqlar, temporal bo'lak epilepsiyasi, frontal bo'lak epilepsiyasi, farmakorezistentlik, neyrovisualizatsiya, MRT, EEG.*

Собирова Саодат Караматовна – к.м.н., доцент
Ibodullayeva Dilorom Rahmatulla qizi – клинический ординатор
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Аннотация. *Данная статья посвящена изучению особенностей клинического течения симптоматической эпилепсии. Симптоматическая эпилепсия — это хроническое неврологическое заболевание, развивающееся вследствие структурного поражения головного мозга, клинические проявления которого зависят от локализации основного патологического процесса, его этиологии, а также возраста пациента. В статье подробно освещены эпидемиология симптоматической эпилепсии, этиологические факторы (травмы, инсульт, инфекции, опухоли), патофизиологические механизмы, а также клинические особенности эпилепсии различной локализации (височной, лобной, теменной и затылочной).*

Ключевые слова: *симптоматическая эпилепсия, фокальные приступы, височная эпилепсия, лобная эпилепсия, фармакорезистентность, нейровизуализация, МРТ, ЭЭГ.*

Sobirova Saodat Karamatovna – C.M.Sc., associate professor
Ibodullayeva Dilorom Rahmatulla qizi – clinical resident
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)

SPECIFIC FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF SYMPTOMATIC EPILEPSY

Annotation*. This article is devoted to the study of the clinical features of symptomatic epilepsy. Symptomatic epilepsy is a chronic neurological disorder that develops as a result of structural damage to the brain, and its clinical manifestations depend on the localization of the underlying pathological process, its etiology, as well as the patient's age. The article provides a detailed analysis of the epidemiology of symptomatic epilepsy, etiological factors (trauma, stroke, infections, tumors), pathophysiological mechanisms, as well as the clinical characteristics of epilepsy of various localizations (temporal, frontal, parietal, and occipital lobes).*

Keywords: *symptomatic epilepsy, focal seizures, temporal lobe epilepsy, frontal lobe epilepsy, pharmacoresistance, neuroimaging, MRI, EEG.*

Dolzarbligi. Simptomatik epilepsiyaning klinik kechishi, prognozi va terapiyaga javobi idiopatik shakllardan sezilarli darajada farq qiladi. Ko'pincha bu shakl farmakorezistentlikka moyil bo'lib, ko'p hollarda jarrohlik davolashni talab qiladi. Shu sababli, simptomatik epilepsiyaning o'ziga xos xususiyatlarini chuqur o'rganish zamonaviy nevrologiyaning dolzarb vazifalaridan biridir.

Kirish. Epilepsiya — bu miyaning turli etiologiyali surunkali kasalligi bo'lib, uning asosiy belgisi miya neyronlarining g'ayritabiiy yuqori faolligi (epileptik razryad) natijasida yuzaga keladigan takroriy (2 va undan ortiq) provokatsiyalanmagan tutqanoqlardir [1,2,11].

1989-yilda qabul qilingan Xalqaro epilepsiyaga qarshi liga tasnifiga ko'ra, barcha epileptik sind-

romlar etiologiyasiga qarab uch asosiy guruhga bo‘linadi: idiopatik (irsiy moyillik, miyada strukturaviy o‘zgarishlarsiz), kriptogen (sababi noma‘lum, ehtimol simptomatik) va simptomatik [4,25]. Simptomatik (yoki strukturaviy) epilepsiya — bu ma‘lum bir miya shikastlanishi (travma, insult, o‘sma, malformatsiya va boshqalar) bilan bog‘liq bo‘lgan epilepsiya shaklidir [1,3].

Simptomatik epilepsiyaning epidemiologiyasi. JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘ylab 50 milliondan ortiq odam epilepsiya bilan kasallangan. Umumiy populyatsiyada epilepsiyaning tarqalishi 1000 kishiga 5-8 nafarni tashkil etadi [1.3].

Etiologik omillar va patofiziologiya. Simptomatik epilepsiya — bu polietiologik kasallik bo‘lib, uning sabablari yosh guruhiga qarab farqlanadi [2,8].

Katta yoshdagi bemorlarda simptomatik epilepsiya sabablari boshqacha spektrga ega. Serebrovaskulyar kasalliklar (insult (ishemik va gemorragik)) kattalar, ayniqsa keksa yoshdagi bemorlarda simptomatik epilepsiyaning eng keng tarqalgan sababidir. Rochester tadqiqotida barcha simptomatik epilepsiya holatlarining 11% serebrovaskulyar kasalliklar bilan bog‘liq bo‘lgan. Birlamchi *bosh miya o‘smalari* (glioma, meningioma) va metastatik o‘smalar ham epileptik tutqanoqlarga sabab bo‘lishi mumkin. Turli *bosh miya jarohatlari* orasida ochiq jarohatlar, miya kontuziyasi bilan kechadigan holatlar epilepsiya bilan asoratlahadi. *Neyrodegenerativ kasalliklar (*Altsgeymer kasalligi va boshqa turdagi demensiyalar) keksa yoshdagi epilepsiyaga sababchi bo’lad [4,11,12].

Epilepsiyaning patofiziologiyasi. Simptomatik epilepsiyada tutqanoqlar miya po‘stlog‘idagi strukturaviy shikastlangan sohaning neyronlari g‘ayritabiiy, sinxron elektr impuls hosil qilishi natijasida yuzaga keladi [2]. Shikastlangan to‘qima atrofida neyronlarning inhibitor va eksitator muvozanati buziladi. Glioz, neyronlarning qisman denervatsiyasi va membrana kanallaridagi o‘zgarishlar "epileptogen" o;choqni hosil qiladi. Birlamchi o‘choqdan patologik impuls kommissural tolalar orqali miyaning boshqa sohalariga tarqalib, ikkilamchi o‘choqlar hosil qilishi va tutqanoqning umumlashishiga, yani generalizatsiyalashgan epilepsiyaga olib kelishi mumkin [1,4].

Epilepsiyaning klinik kechishi. Simptomatik epilepsiyaning klinik ko‘rinishi bevosita epileptogen o‘choqning joylashuviga (lokalizatsiyasiga) bog‘liq [2, 12]. 2017-yilda Xalqaro epilepsiyaga qarshi liga tomonidan qabul qilingan yangi tasnifga ko‘ra, fokal tutqanoqlar avvalo boshlanish joyiga, so‘ngra ongning saqlanishi yoki buzilishiga qarab quyidagicha tasniflanadi: temporal bo’lak epilepsiyasi, frontal bo’lak epilepsiyasi, parietal va oksipital bo’lak epilepsiyalari [11].

Temporal bo’lak epilepsiyasi. Bu simptomatik epilepsiyaning eng keng tarqalgan shakli bo‘lib, barcha fokal epilepsiyalarning 30-35% ini tashkil qiladi. Epileptogen o‘choq chakka (temporal) ulushda joylashgan. Bu turdagi epilepsiyaning klinik xususiyatlari shundaki, ko‘pincha tutqanoqdan oldin aura kuzatiladi. Aura — bu tutqanoqning dastlabki subyektiv sezgisi bo‘lib, uning turi o‘choq joylashuviga bog‘liq. Visseral (epigastral) aurada ko‘ngil aynishi, me‘dada "kapalaklar uchishi" hissi bilan kichadi. Psixik aura esa Déjà vu (allaqachon ko‘rganlik hissi), Jamais vu (notanishlik hissi), qo‘rquv, vahima korinishida bo’ladi [1,4]. Vegetativ aura yurak urishining tezlashishi, terlash, rangning oqarishi bilan kichadi.

Temporal bo’lak epilepsiyasining o’ziga xosligi shundaki, tutqanoqlar avtomatizmlar ko’rinishida bo’ladi. Bemor beixtiyor, ma‘nosiz harakatlar qiladi, yani lablarini yalash, chaynash, yutinish, qo‘llar bilan silliqlash harakatlari (oralimentar avtomatizmlar) [4]. Shu bilan birga ongning buzilishi kuzatiladi. Tutqanoq o’tib bo’lganidan keyin (postiktal davr) bemor odatda uyquchan, charchagan, karaxt holatda bo‘ladi [1,11].

Frontal bo’lak epilepsiyasi. Bu turdagi epilepsiyasi simptomatik epilepsiyalar orasida ikkinchi o‘rinda turadi (30-50%). Temporal bo’lak epilepsiyasidan farqli o‘laroq, tutqanoqlar ko‘pincha qisqa, seriyali (klaster) holda va ko‘pincha tunda, uyqu vaqtida sodir bo‘ladi [11]. Frontal bo’lak epilepsiyasi qisqa muddatliligi (tutqanoqlar 30-60 soniyadan oshmaydi), kuchli, zo‘ravon harakatlar (gipermotor tutqanoqlar), yani pedal harakatlar (velosiped haydash), belanchak harakatlari, qichqiriq, baqiriq, qo‘rquv ifodasi kuzatiladi. Assimmetrik tonik tutqanoqlar, yani bir qo‘lning ko‘tarilishi va boshning shu tomonga burilishi ("qilichbozlik" pozasi) ham Frontal bo’lak epilepsiyasining o’ziga hos belgisidir. Epileptogen o’choq frontal bo’limning medial yuzasida joylashgan bo’lsa, “Status epilepticus”ga moyillik yuqori bo’ladi va aura odatda qisqa davom etadi. Bemorlar to‘satdan ongni yo‘qotadilar yoki tutqanoqni eslay olmaydilar [19].

Parietal epilepsiya sezgi (sensor) buzilishlari bilan kechadi. Bemorlar tanasining bir qismida uvushish, sanchish, elektr toki urishi hissi, issiqlik yoki sovuqlikni his qilishlari mumkin. Ba‘zida og‘riq ham kuzatiladi.

Oksipital epilepsiya oddiy vizual gallyutsinatsiyalar (rangli dog‘lar, chaqnashlar, zigzag chiziqlar) bilan boshlanadi [3,25]. Ko‘z olmasining tonik burilishi, ko‘z qovoqlarining pilpillashi, ko‘rish maydonining vaqtincha yo‘qolishi kuzatiladi.

Simptomatik epilepsiyaning barcha turlarida o’ziga hos hususiyatlaridan biri, *generalizatsiyaga moyilligi* [1]. Simptomatik fokal tutqanoq miyaning barcha sohalariga tarqalib, ikki tomonlama tonik-klonik tutqanoqqa aylanishi mumkin (fokal-bilateral tonik-klonik tutqanoq). Bu jarayon shunchalik tez sodir bo‘lishi mumkinki, boshlang‘ich fokal faza klinik jihatdan sezilmay qoladi. Bu holat sekundli generalizatsiya deb ataladi va epileptogen o’choqlar ko’proq frontal va temporal bo’lganda kuzatilad [2,12].

Simptomatik epilepsiyaning diagnostik xususiyatlari. Simptomatik epilepsiya tashxisini qo‘yish uchun tutqanoqning klinik tasvirini tahlil qilish bilan birga, miyadagi strukturaviy nuqsonni vizualizatsiya qilish kerak [2,3,18]. Epilepsiya uchun mo‘ljallangan maxsus MRT protokollari (3D T1, T2-FLAIR, koronal kesmalar) miya po‘stlog‘idagi mayda displaziyalarni, hipokampal sklerozni aniqlash imkonini beradi.

EEG tekshiruvida epileptiform faollikni (o‘tkir to‘lqinlar, spayklar) qayd etiladi va bu o‘zgarishlar ko‘pincha ma‘lum bir sohada (fokal) joylashgan bo‘ladi. Uzoq muddatli Video-EEG monitoring "oltin standart" hisoblanadi [4]. Bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadigan monitoring tutqanoqni real vaqtda qayd etish, uning boshlanish joyini (fokal yoki generalizatsiyalangan) aniqlash va tutqanoq turini differensiallash imkonini beradi. Ayniqsa, farmakorezistent epilepsiya va jarrohlik davolashga nomzodlarni tanlashda muhim ahamiyatga ega [2,14].

Davolash va prognoz. Simptomatik epilepsiyani davolash kompleks yondashuvni talab qiladi [2,3]. Kasallikni davolashda birinchi navbatda antiepileptik preparatlarlardan (AEP) karbamazepin, valproat kislotasi, lamotrijin, levotiratsetam, topiramat, okskarbazepin kabi preparatlar simptomatik epilepsiyada keng qo‘llaniladi. Shulardan, lamotrijin, levotiratsetam, topiramat, okskarbazepin dori vositalarining samaradorligi yuqori va nojo‘ya ta‘sirlari kamroq [1,17].

Farmakorezistentlik. Simptomatik epilepsiya, ayniqsa temporal bo’lak epilepsiyasi ko‘pincha farmakorezistent (dori-darmonlarga chidamli) kechadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, ikki yoki uch xil tutqanoqqa qarshi vositalar yetarli dozada samara bermasa, keyingi dorilarning samaradorlik ehtimoli keskin pasayadi [1,4,17].

Jarrohlik yo’li bilan davolash. Agar epileptogen o‘choq aniq lokalizatsiya qilingan bo‘lsa va u hayotiy muhim funksiyalarni (nutq, harakat) boshqarmaydigan sohada joylashgan bo‘lsa, jarrohlik davolash eng samarali usul hisoblanadi [3]. *Rezektsion jarrohlikda* epileptogen o‘choq (masalan, gipokampal skleroz) olib tashlansa, *funktsional jarrohlikda* Vagus nervini stimulyatsiyasi, chuqur miya stimulyatsiyasi amaliyoti bajariladi va bu amaliyot ko’pincha farmakorezistent epilepsiyada qo’llaniladi [2,17].

Xulosa. Simptomatik epilepsiya — bu bosh miyaning strukturaviy shikastlanishlari bilan bog‘liq bo‘lgan murakkab va ko‘p qirrali nevrologik kasallik bo‘lib, u o‘zining polietiologik tabiati, klinik ko‘rinishlarining xilma-xilligi va kopincha og’ir kechishi bilan ajralib turadi. Ushbu kasallikning rivojlanishida travmalar, insultlar, infeksiyalar, o’smalar hamda neyrodegenerativ jarayonlar muhim rol o’ynaydi, va bu omillar bemorning yoshi hamda umumiy sogligiga qarab turlicha namoyon boladi. Simptomatik epilepsiyaning klinik kechishi bevosita epileptogen o’choqning lokalizatsiyasiga bog’liq bo’lib, ayniqsa temporal va frontal bo’lak epilepsiyalari eng ko’p uchraydigan shakllar hisoblanadi. Temporal epilepsiya ko’pincha aura, ong buzilishi va avtomatizmlar bilan kechsa, frontal epilepsiya qisqa davom etuvchi, ammo kuchli motor tutqanoqlar bilan xarakterlanadi. Parietal va oksipital shakllar esa nisbatan kam uchrasa-da, sezgi va vizual buzilishlar bilan namoyon bo’ladi. Kasallikning muhim jihatlaridan biri — uning generalizatsiyaga moyilligi bo’lib, fokal tutqanoqlar qisqa vaqt ichida umumlashgan tonik-klonik tutqanoqlarga otishi mumkin.

ADABIYOTLAR

1. Abdullayeva M.B, Xikmatova Sh,Sh, Sobirova S.K. Postravmatik ensefalopatiyaning klinikopatogenetik polimorfizmi va kompleks davolashni takomillashtirish.//Nevrologiya.- 2024. №2(98). - 71-74

2. Hikmatova Sh. Sh., Haydarov N. Q, Abdullaeva M.B, Sobirova S. K, Aduqodirov E.I. Cognitive Disorders in Post-Traumatic Encephalopathies and Increase the Effectiveness of Treatment. *//American Journal of Medicine and Medical Sciences 2026, 16(2): 774-779 DOI: 10.5923/j.ajmms.20261602.80*

3. Sobirova S.K, Raimova M.M. Нейрогормональные аспекты когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии *//Журнал неврологии и нейрохирургических исследований.-2023.-№2. - стр.44-47*

4. Yodgarova U.G, Raimova M.M, Sobirova S.K, Abdullaeyeva M.B, Kenjayeva G,S, Oqiljonova N.A «Клинические аспекты и дифференцированные стратегии терапии идиопатической формы синдрома беспокойных ног» *//Журнал Вестник Современной Клинической медицины. Том 18, nashr 2- 2025, varaq.24-28*

5. Ibodullayev Z.R. Asab kasalliklari. 2023 yil - 625-729

6. Adams and Victor’s Principles of Neurology. – 12-nashr. – New York: McGraw-Hill Education, 2023. – B. 285–312.

7. Atlas of Epilepsies / H. Stefan, W. Paulus. – Springer, 2019. – B. 145–162.

8. Autoimmune Epilepsy. – Springer, 2021. – B. 132–156.

9. Bradley and Daroff’s Neurology in Clinical Practice. – 8-nashr. – Elsevier, 2022. – B. 1685–1712.

10. Clinical Neurology / Greenberg D., Aminoff M., Simon R. – 11-nashr. – McGraw-Hill, 2022. – B. 198–215.

11. Daroff R., Jankovic J. Textbook of Clinical Neurology. – Elsevier, 2019. – B. 370–392.

12. Engel J., Pedley T. Epilepsiya: keng qamrovli darslik. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2019. – B. 214–236.

13. Frontal Lobe Seizures and Epilepsies. – Oxford University Press, 2018. – B. 150–172.

14. Hauser W. A., Annegers J. F., Rocca W. A. Epilepsiyaning tavsifiy epidemiologiyasi: Rochester (Minnesota) tadqiqotlari asosida. – 2023. – B. 143.

15. Handbook of Clinical Neurology. – 161-jild. – Elsevier, 2019. – B. 25–48.

16. Lüders H. O. Epilepsiya jarrohligi. – Springer, 2020. – B. 115–140.

17. Localization in Clinical Neurology / Brazis P., Masdeu J., Biller J. – 7-nashr. – Wolters Kluwer, 2021. – B. 451–470.

18. Magnetic Resonance Imaging in Epilepsy. – Springer, 2019. – B. 60–84.

19. Merritt's Neurology. – 14-nashr. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021. – B. 512–538.

20. MSD Manuals. Tutqanoq kasalliklari. – 2024. – 546 b.

21. Netter's Neurology. – 2-nashr. – Elsevier, 2019. – B. 342–360.

22. Neurobiology of Epilepsy. – Academic Press, 2020. – B. 90–118.

23. Neuroimaging in Epilepsy. – Cambridge University Press, 2018. – B. 201–220. 24. Novikova L. B., Akopyan A. P., Sharapova K. M. Epilepsiya epidemiologiyasi masalalari // Saratov ilmiy-tibbiy jurnali. – 2019. – 15(1). – B. 163–166.

24. Oxford Handbook of Neurology. – 3-nashr. – Oxford University Press, 2019. – B. 612–628.

25. Pace A., Villani P. Epilepsiya va miya o'smalari. – Springer, 2017. – B. 78–95.

26. Shorvon S. Epilepsiyani davolash. – Wiley-Blackwell, 2018. – B. 402–428.

27. Temporal Lobe Epilepsy. – Cambridge University Press, 2017. – B. 210–236.