

ТЕРАПИЯ

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРИХОДЕСМОТОКСИКОЗОМ

С.М. Мирзоева, Р.А. Рахмонов, Д. Гарибшоева, М. Миралиев
Кафедра неврологии и основ медгенетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
токсикологическое отделение ГКБ №3; ЦРБ Восейского района

Результаты наблюдения за 37 больными, страдающих триходесмотоксикозом, выявляют различные формы нарушения когнитивных функций. При этом тяжесть и формы когнитивных нарушений находились в прямой зависимости от тяжести и формы поражения нервной системы, преимущественно инвалидизируя лиц весьма молодого возраста.

Требованием времени является проведение широкомасштабной, активной борьбы с этим грозным заболеванием и, прежде всего, профилактических мер предупреждения возникновения триходесмотоксикоза.

Ключевые слова: триходесмотоксикоз, когнитивные нарушения

Введение. В Таджикистане после военных событий 90-х годов во многих районах республики возникли вспышки алиментарно-токсического заболевания - триходесмотоксикоза (ТДТ) с избирательным, тяжёлым поражением нервной системы, высокой инвалидизацией, летальностью нескольких членов семьи. Его распространённости способствовал экономический кризис, малое, а порой полное отсутствие Государственных посевов пшеницы, развитие частного зерносеющего сектора, притом на богарных землях и приусадебных участках. В данной ситуации не соблюдались процессы глубокой вспашки полей, их подготовки к посеву, технологической прополки, просеивания, чистки и промывания зерна. Этому способствовал дефицит, дороговизна горюче-смазочных материалов, отсутствие соответствующей техники, санитарно-эпидемиологического, агротехнического надзора.

ТДТ - заболевание, связанное с приёмом пищи (лепёшек) и мучных изделий. При некачественной чистке зёрна в обмол попадают семена прорастающего рядом с пшеницей ядовитого растения *Trichodesma incanum* (Burge) A.Д.С., которое широко распространено в Средней Азии. Это чрезмерно ядовитое растение присутствует и на полях сенокоса, пастбищ, поэтому заражается его токсическими алкалоидами (триходесмин, инканин, Но-инканин) домашний скот, создавая дополнительное отравление людей токсичными мясомолочными продуктами. Распространяясь на целые семьи, поселения, ТДТ вызывает стойкие, тяжёлые симптомы поражения нервной системы в виде парезов, параличей, вегетативных дисфункций, бульбарного, псевдобульбарного, судорожного, гипертензивного синдрома, речевых, мозжечковых нейropsychических нарушений, с высокой инвалидизацией лиц молодого и детского возраста [4,5]. В зерносеющих районах республики до сих пор имеются новые случаи ТДТ.

В середине прошлого столетия в Узбекистане, Киргизии, Казахстане, зарегистрированы вспышки триходесмотоксикоза. В результате коллективных исследований крупнейших учёных-медиков этих республик: Н.И. Исмоилова, Н.М. Маджидова, А.И. Магруппова, Ю.И. Рубинштейна, В.Ю. Иоффе, Г.П. Меньшикова, С.Ю. Юнусова, Л.Я. Шаргородского, Н.И. Ходункина, М.Н. Ханина, М.И. Габриэляна, М.В. Икромовой, впервые описано проявление ТДТ [4].

Конечно, эти исследования соответствовали уровню и возможностям медицины тех лет (стандартный осмотр неврологического статуса, рутинные дополнительные методы исследования). При всём этом, достойным является признание результатов объединённых усилий многих отраслей медицины Узбекистана, в борьбе с ТДТ [4,5]. Среди них особого внима-

ния заслуживают фундаментальные, экспериментальные, химико-токсикологические, в особенности гистоморфологические исследования, неплохо налаженные в те годы.

Разбирая в ракурсе современных доказательных возможностей нейровизуализации характера, локализации, обширности очагов поражения нервной системы, с использованием шкальных методов оценки неврологических нарушений, компьютерных диагностик, приходится констатировать, что полученные результаты тех лет освещали лишь часть из многогранной проблемы, связанной с ТДТ.

Собственные наблюдения за 37 больными с ТДТ во время экспедиционных работ по Восейскому району и находившихся в токсикологическом отделении ГKB №3 г. Душанбе, выявили, что немалую роль в клинике ТДТ играют когнитивные нарушения, ещё более усугубляющие инвалидизацию этой категории больных. Известно, что когнитивные нарушения возникают при многочисленных заболеваниях нервной и соматической системы.

Больные с данной патологией составляют значительную часть контингента, как неврологических стационаров, так и амбулаторного приёма [4-6].

Установлено, что для когнитивной деятельности стратегически важными являются зоны лобной коры и стыка теменно-височной затылочной коры, а также структуры гипокампового круга [1,2].

Следует отметить, что когнитивные расстройства, наряду с двигательными, чувствительными, вегетативными нарушениями, являются весьма важным неврологическим симптомом для синдромальной, топической и нозологической диагностики заболеваний нервной системы [3].

Работа с литературой показывает, что совершенно, не изучены качественные и количественные характеристики когнитивных функций у лиц с ТДТ, не прослежена зависимость их развития от тяжести форм ТДТ.

Цель: изучить когнитивные функции при ТДТ, в зависимости от тяжести и формы ТДТ, определить их значимость в топической диагностике неврологических нарушений.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены наблюдения за 37 больными с ТДТ в возрасте от 15 до 54 лет, мужского и женского пола, обследованных в токсикологическом отделении ГKB №3 и ЦРБ Восейского района в 2008 году.

Диагноз устанавливался на основании изучения анамнеза, клинико-неврологического статуса, токсикологического исследования, состояния когнитивных функций и данных дополнительных методов исследования.

Критерием исключения из исследования явились пациенты с соматическими заболеваниями, которые могут обусловить когнитивную дисфункцию (болезни сердца, почек, печени, органов дыхания, инфекционно-воспалительные, черепно-мозговые травмы, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда).

В зависимости от тяжести ТДТ больные распределяются на 2 группы:

I группу составили 11 больных с лёгкой формой ТДТ.

II группу составили 26 пациентов со средней тяжестью ТДТ.

Что же касается тяжёлых форм болезни с нарушением сознания, то они не включены в данное исследование.

Для выявления когнитивного дефицита, установления степени его выраженности, использовали набор нейропсихологических тестов, состоявших из скрининговой оценки когнитивных нарушений - краткой шкалы оценки психического статуса - Mini-Mental Examination Folstein et al, 1975 [7]. Исследование памяти проводили при помощи методики запоминания 10 слов. Внимание изучалось по методике отсчитывания по Крипелину. Особенности мышления выявлялись путем выделения существенных признаков, толкования, смысла пословиц и слов. Речевая активность проверялась с помощью тестов на направленные ассоциации: фонетически, семантически, опосредствованные.

Тщательный клинико-неврологический осмотр больных с ТДТ позволил выявить у пациентов I группы выраженные симптомы интоксикации - тошнота, головная боль, боли в животе, понос, обильное слюноотделение, отсутствие аппетита, общая слабость, плохой сон.

В неврологическом статусе преобладала микроочаговая (88,2%) и мозжечковая симптоматика (64,5%), непостоянный мелко-размашистый горизонтальный нистагм, лёгкая интенция при выполнении координаторных проб, снижение тонуса мышц при сохранности рефлексов, недостаточность иннервации VII, XII пары по центральному типу.

Во второй группе - более выражена интоксикация, больные чаще предъявляли жалобы на стойкую головную боль, головокружение, ощущение тяжести в голове (68%), общую слабость, быструю утомляемость (>80%), густое, липкое, обильное слюноотделение у всех.

В неврологическом статусе выявлена полушарная симптоматика в виде умеренно-выраженных парезов, анизорефлексии и чёткий бульбарный синдром, судороги, тревожные расстройства, повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу, речевая дисфункция.

При нейропсихологическом исследовании у всех больных обеих групп наблюдался когнитивный дефицит различной степени выраженности.

При оценке когнитивных функций по краткой шкале психического статуса были получены следующие результаты:

" У пациентов первой группы наблюдались преимущественно предметные и лёгкие когнитивные нарушения (56,9%).

" Во второй группе чаще отмечены умеренные, нарушения когнитивных функций (67,8%), расстройства памяти (23%), речевая дисфункция (43%), нарушения внимания (61,5%), праксиса (76,5%).

Когнитивные расстройства при ТДТ обусловлены токсичным воздействием вообще алкалоидов *Trichodesma incanum* на головной мозг и, в частности, на его церебральные сосуды. Клинически и патогенетически ТДТ является, по-видимому, гетерогенным состоянием, механизмы формирования и прогрессирования которого определяются соотношением различных патогенетических факторов и патофизиологических процессов.

Таким образом, при клиническом обследовании у больных с ТДТ обнаружены различные неврологические симптомы в сочетании с нарушением когнитивных функций разного характера и степени выраженности, которые находились в прямой зависимости от тяжести ТДТ.

Требованием времени является дальнейшее изучение ТДТ, проведение широкомасштабной, активной борьбы до полной ликвидации столь грозного заболевания в республике. ТДТ - групповое, семейное заболевание с высокой летальностью, с пожизненной инвалидизацией многих членов одной семьи. Этот факт требует иного отношения к проблеме, включения в борьбу по ликвидации ТДТ многих взаимосвязанных министерств, организаций, хукуматов районов и всего населения.

Литература

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемический инсульт // М., 2005
2. Дамулин И.В. Лёгкие когнитивные нарушения// *Consilium medicum*, 2004, т.6, №2, С. 149-153
3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти// М., ГеотардМед., 2003
4. Исмоилова Н.И., Маджидов Н.М. с соавт. Клиника, диагностика, лечение триходесмотоксикоза (алиментарно-токсического энцефалита) // Издательство "Медицина", Ташкент, 1970
5. Раджабалиев Ш.Ф. с соавт. Клиника и лечение неврологических проявлений триходесмотоксикоза// Журнал "Здравоохранение Таджикистана", №3, 1993, С.26-29
6. Суслина З.А. с соавт. Принципы лечения острых ишемических нарушений мозгового кровообращения // Очерки ангионеврологии, М., Атмосфера, 2005

7. Folstein M.F., Folstein S.E., Ms. High P.R. "Mini-Mental state" a practical meted for grading the cognitive state of patients for the clinical, J. Psychiatry Res., 1975; 12: P. 189-198

Хулоса
Ихтилолоти когнитивӣ дар беморони гирифтори
триходесмотоксикоз
С.М. Мирзоева, Р.А. Раҳмонов,
Д. Ғарибшоева, М. Миралиев

Натиҷаҳои мушоҳидаи 37 нафар бемори гирифтори триходесмотоксикоз, шаклҳои гуногуни ихтилоли вазоифии когнитивиро муайян намуданд. Вазнинӣ ва шаклҳои ихтилоли когнитивӣ дар вобастагии бевосита аз вазнинӣ ва шаклҳои касолати системаи асаб буданд, ки ба маъҷубгардонии зиёди шахсони ҷавон оварда мерасонад.

Муборизаи фаъоли ҳамаҷониба бо ин бемории мудҳиш ва пеш аз ҳама гузаронидани чораҳои пешгирии триходесмотоксикоз талаботи замона мебошад.

Summary
COGNITIVE ALTERATIONS IN PATIENTS WITH
TRYCHODESMOTOXICOSIS

S.M. Mirzoeva, R.A. Rahmonov, D. Garibshoeva, M. Miraliev

Investigations of 37 patients with trychodesmotoxicosis observed different forms of alterations of cognitive functions which were dependend on gravity and forms of alterations in nervous system and which invalidated the very young persons. Now there is very important to take active wide-scale treatment under serious disease, first of all to put prophylactic measures.

Key words: trychodesmotoxicosis, cognitive alterations



КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕПРОЗНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Р.А. Раҳмонов, Ф.А. Ходжаев

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Данные являются результатами собственного исследования и отражают состояние неврологического статуса, биохимические, иммунологические и электронейромиографические особенности при лепрозной полиневропатии. Показана эффективность проводимой терапии независимо от давности патологического процесса. Результаты полученных данных могут быть использованы в неврологической практике при дифференциальной диагностике различных форм полиневропатий.

Ключевые слова: полиневропатия, лепра, неврологический статус

Актуальность. Одним из довольно редких заболеваний, поражающих периферическую нервную систему с развитием полиневропатии, является лепра. Характеризуясь затяжным, часто тяжёлым течением, заболевание приводит к стойким функциональным дефектам, ог-