

НЕЙРОУРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТРИХОДЕСМОТОКСИКОЗЕ

Р.А. Рахмонов, А.С. Осими, С.М. Мирзоева, М.Т. Ганиева
Кафедра неврологии и основ медгенетики
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье особое внимание уделено характеру, тяжести, формам и провоцирующим факторам урологических осложнений при триходесмотоксикозе.

Ключевые слова: триходесмотоксикоз, неврологические нарушения, острая почечная недостаточность, симптомы нижних мочевых путей

Актуальность. Триходесмотоксикоз (ТДТ) - токсико - алиментарное заболевание, при котором наряду с тяжёлым поражением нервной системы, выявляется соматическая патология в виде поражения сердца, лёгких, печени, почек, кроветворной системы, симптомы поражения которых нередко выходят на передний план, с первых дней заболевания [1-3].

Среди них особого внимания, как по частоте, так и тяжести поражения заслуживают урологические осложнения при ТДТ. Они, отягощая основное заболевание, способствуют повышению смертности, инвалидизации, резко снижая качество жизни [1-3].

Токсическое поражение почек при ТДТ проявляется с первых дней заболевания, имеет тяжёлое течение с формированием острой почечной недостаточности (ОПН).

Урологические нарушения возникают вторично в результате поражения соответствующих центров, расположенных в головном мозге.

Так, корковые центры, регулирующие нормальный акт мочеиспускания человека, расположены в области парацентральной дольки в передней центральной извилине и островке Рейля. Повреждение этих участков приводит к снижению или утрате произвольного контроля над мочеиспусканием, способствуя социальной дезадаптации.

Подкорковые центры расположены в области зрительных бугров, гипоталамуса и варолиева моста, в котором расположен центр Баррингтона. Медиальный участок этого центра отвечает за опорожнение мочевого пузыря, а латеральная часть - за накопление мочи, так осуществляется высший контроль над функциями нижних мочевых путей.

В соподчинении с описанными центрами головного мозга находятся спинальные центры [4-5].

Как известно, стимуляция симпатических нервных центров приводит к сокращению сфинктера уретры и расслаблению детрузора. Так осуществляется функция накопления и удержания мочи.

Напротив, стимуляция парасимпатических центров и подавление соматических нервных влияний приводит к расслаблению сфинктера, к сокращению детрузора, благодаря чему осуществляется функция опорожнения мочевого пузыря и происходит мочеиспускание. Именно эти положения лежат в основе эмпирического подбора лекарственных препаратов.

Цель. Изучить частоту, характер, тяжесть, провоцирующие факторы урологических осложнений при ТДТ с разработкой способов их коррекции.

Материалы и методы исследования. Обследованы 42 больных, перенёвших ТДТ различной формы и тяжести поражения нервной системы. Работа выполнена в 2008 году в Восейском районе во время научной экспедиции кафедры. Среди обследованных у 27 пациентов (мужчин было 14, женщин - 13). Выявлены различные урологические осложнения, то есть у 60,2% больных с ТДТ выявлены нарушения акта мочеиспускания.

Именно эти больные с симптомами поражения нижних мочевых путей (СНМП) явились

предметом пристального комплексного клинико-неврологическо-лабораторного обследования с применением ультразвукового исследования (УЗИ) органов мочевой системы, анализа дневника мочеиспускания с обязательным участием уролога.

В исследование не были включены больные с острым токсическим поражением почек.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 40,1% больных перенесли тяжёлые формы стволового энцефалита с грубыми остаточными явлениями такими, как симптомы поражения 9-10-12 пары черепно-мозговых нервов, бульбарный синдром на фоне тетрапарезов, параличей, нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной систем.

У 30,3% больных токсический энцефалит проявлялся двухсторонним поражением корково-подкорковых отделов, с расстройствами речи, наличием судорог, псевдобульбарным синдромом, снижением когнитивных функций. У (15%) больных энцефалит сопровождался односторонним гемисиндромом двигательных нарушений в сочетании с речевыми расстройствами, судорогами. Токсический церебеллит с яркими симптомами мозжечковых нарушений, нистагмом различной степени выраженности, "скандированной речью", шаткостью походки, атаксией отмечены у 10,1% пациентов.

Выше указанное свидетельствует о тяжёлом поражении нервной системы у больных с ТДТ.

Столь обширное поражение головного мозга с захватом анализаторов мочевой системы, действительно, создавали основу вторичных изменений со стороны мочеполовой системы, акта мочеиспускания, недержания мочи.

Наличие речевых расстройств, когнитивных нарушений значительно затрудняли выявление истинной картины и частоты урологических осложнений.

Урологические вопросы среди многочисленных международных шкальных методов оценок отмечены лишь в трёх. Это оценочная шкала NIDS-ARIEN, шкала для диагностики сосудистой деменции, Гамельтонская рейтинговая шкала депрессии. Все они описывают только ирритативные жалобы, а именно императивные позывы на мочеиспускание, недержание мочи, в то время, как обструктивные жалобы по ним не оцениваются [4].

Оценка СНМП, их интенсивность, степень, частота, длительность часто оказывалась субъективной, зависела не только от пациента, но и от квалификации врача, качества лечения основного заболевания.

При ретроспективном анализе причин инфицирования нижних мочевых путей выяснилось, что 52% больных до заболевания ТДТ наблюдались у уролога по поводу хронических воспалительных заболеваний органов мочевой системы. Остальные 48% больных в острый период ТДТ были катетеризированы.

В урологии широкое распространение имеет деление СНМП на обструктивные и императивные формы нарушения акта мочеиспускания.

К обструктивным относят: вялую струю мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, прерывистое мочеиспускание и необходимость натуживаться для начала мочеиспускания.

К ирритативным симптомам: учащённое мочеиспускание (более 8 раз/сут), императивные позывы и недержание мочи.

На основании данных дневника мочеиспускания выявленные жалобы у больных после перенесённого ТДТ распределились следующим образом: ирритативная симптоматика у 12, обструктивная в 9 случаях, смешанная тяжёлая форма у 6 пациентов.

Так 2-х сторонние очаги в головном мозге, стволе и мозжечке особенно способствовали различным проявлениям СНМП.

Ирритативная симптоматика воспринималась больными тяжелее, чем обструктивная. Именно они раньше других обращались к врачу по поводу урологических проблем.

Обструктивная симптоматика, напротив, оказывала незначительное влияние на каче-

ство жизни: редкие, слабо выраженные позывы не заостряли внимания больных. Хотя, по данным УЗИ, исследование наиболее высоко значимо в диагностике выявления скрытой остаточной мочи в этой группе больных.

Притом у больных, требующих катетеризацию мочевого пузыря по поводу хронической задержки мочи, инфекция нижних мочевых путей выявлена в 2 раза чаще.

Установлено, что невозможность самостоятельного мочеиспускания в остром периоде ТДТ, может быть обусловлена вынужденным положением (на спине) и непривычной больничной обстановкой. Создание комфортных условий для мочеиспускания у этой категории больных позволяет избежать неоправданную катетеризацию мочевого пузыря [4].

Перкуторное определение наполнения мочевого пузыря является обязательным, позволяет максимально сократить использование уретрального катетера для определения дуреза, а, следовательно, минимизирует риск развития инфекционных осложнений, так как в половине случаев инфекция мочевых путей (ИМП) оказывалась связана именно с использованием мочевых катетеров, особенно длительно используемых.

Соблюдение профилактических рекомендаций позволяет значительно снизить частоту этих осложнений [4-6].

Для того, чтобы свести к минимуму риск развития инфекции, необходимо удалять мочевые катетеры сразу, как только позволяет состояние пациента.

Самым удобным, достоверным и малоинвазивным методом определения остаточной мочи является УЗИ объёма мочевого пузыря после мочеиспускания. Наличие остаточной мочи более 50 мл было выявлено у 18% пациентов. Полученные данные наглядно демонстрируют важность определения остаточной мочи у всех больных, перенёвших ТДТ, вне зависимости от наличия или отсутствия СНМП.

Проведён анализ возможных инфекционно-воспалительных осложнений со стороны нижних мочевых путей (НМП) у всех 27 больных, предъявляющих жалобы на нарушение мочеиспускания. Так, по данным анализа мочи, у 60% больных были выявлены признаки воспалительного процесса в нижних мочевых путях в виде лейкоцитурии и бактериурии. Для уточнения специфики возбудителей инфекции, всем больным был произведён посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. В 90% случаев в посевах мочи обнаружены микроорганизмы, относящиеся к нормальной микрофлоре кишечника: *E. Coli*, *Kl. coli*, *Enterococcus spp*, *Proteus spp*, госпитальная флора (*Pseudomonas aeruginosa*), то есть они являются причиной инфекции мочевых путей.

По данным F.M.Wagenletner и K.G.Naber [5], инфекция мочевых путей является самым распространённым среди госпитализированных больных.

Нарушение функции почек как секреторной, так и эвакуаторной, имеющие различные формы нарушения акта мочеиспускания, требует проведения дополнительных рентгенологических и изотопных методов исследования.

Обнаружены следующие факторы риска, способствующие патологии мочевой системы:

1. Преимущественно углеводный характер питания.
2. Частые общие, хронические воспалительные заболевания: тонзиллиты, ОРВИ, пневмонии, туберкулёз, бронхиты, простатиты у мужчин.
3. Мочекаменная болезнь.
4. Характер питьевой воды.
5. Повышенное употребление соли.

На частоту встречаемости императивного недержания мочи влияет тяжесть, характер ТДТ. Регресс неврологической симптоматики в половине случаев совпадал с регрессом урологических нарушений. В то же время у 1/3 части больных с ТДТ, урологические осложнения носили стойкий характер, приводили к длительному симптоматическому лечению.

Наличие инфекционно-воспалительных процессов в мочевых путях усугубляло течение основного заболевания, способствовало увеличению сроков пребывания в стационаре, реабилитационного периода, хронизируя течение ТДТ.

По мнению ряда авторов, приоритетной группой лекарственных средств, применяемых для лечения недержания мочи, является антихолинергические препараты. Они блокируют мускариновые холинорецепторы (М - холинорецепторы) мочевого пузыря [4-5].

Основными задачами данного вида лечения являются: снижение сократительной активности детрузора и увеличение функции мочевого пузыря и анальной ёмкости, что клинически выражается в урежении мочеиспускания и выраженных императивных позывах, а при наличии ургентного недержания мочи - в ликвидации последнего.

В результате комплексной противовоспалительной (антибиотики широкого спектра действия), нейропротекторной (пирасетам, ноотропил, глиатилин, актовегин, интеллан), антиоксидантной (мексидол, аевит), восстановительной (прозерин, галантамин) терапии, витамины (мильгамма), в сочетании с физиотерапевтическими средствами (соллюкс, озокерит, парафин), массаж обусловили положительный результат у 36% больных с тяжёлой сочетанной органической нейроурологической патологией.

Миорелаксирующие средства, как мидокалм, баклофен способствовали снижению гиперспастичности как мышц тазового дна, так и парализованных конечностей.

В литературе есть сведения, что помимо медикаментозных средств, применяется и электростимуляция (*nervus tibialis*).

Таким образом, при ТДТ у 60% больных выявлены различного характера нейроурологические осложнения, требующие активной комплексной патогенетической терапии и профилактических мер.

Литература

1. Исмаилов Н.И., Маджидов Н.М. с соавт. Клиника, диагностика и лечение триходесмотоксикоза (алиментарно-токсического энцефалита) // Изд-во "Медицина". Ташкент. 1970
2. Маджидов Н.М. О токсическом энцефалите в Узбекистане // Мат. Пленума Всесоюзного медицинского общества неврологов и психиатров. Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы. Ташкент. 1972 С.214-222
3. Мирзоева С.М., Рахмонов Р.А., Курбанова С., Ганиева М.Т. Триходесмотоксикоз; медико-социальные проблемы в Таджикистане // Журнал "Здравоохранение Таджикистана". 2008. № 3. С. 11-13
4. Шварц П.Г. Нарушения акта мочеиспускания у больных рассеянным склерозом ремиттирующего течения // Автореф. канд. дисс. М. 2004
5. Choi I. S. Delayed neurologic sequelae in carbon monoxide in-toxication // Arch. Neurol. (Chic.). 1983. Vol. 40. P. 433-435

Хулоса

Аворизи нейроурологӣ ҳангоми триходесмотоксикоз

**Р.А. Раҳмонов, А.С. Осимӣ,
С.М. Мирзоева, М.Т. Ғаниева**

Дар мақола ба ҳислат ва вазнинии беморӣ, шаклҳо ва омилҳои барангезандаи аворизи урологӣ ҳангоми триходесмотоксикоз, диққати махсус дода шудааст.

Summary NEUROUROLOGIC COMPLICATIONS DURING TRICHODESMOTOXICOSIS

R.A. Rahmonov, A.S. Osimi, M.S. Mirzoeva, M.T. Ganieva

Especial attention takes to character, severity, forms and provoking factors of urologic complications during trichodesmotoxicosis.

Key words: trichodesmotoxicosis, neurourologic complications

Адрес для корреспонденции: Р.А.Рахмонов - зав.кафедрой неврологии и основ медгенетики ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, пр. И. Сомони, 59а. Тел.: (992) 918-62-93-38



КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ

К.И. Исмоилов, М.А. Юсупова

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной статье авторы приводят результаты клинико-серологических исследований новорождённых с внутриутробными инфекциями, такими как: ЦМВИ, токсоплазмоз и хламидиоз. Было обследовано 180 больных с внутриутробными инфекциями. Результаты обследования показали, что новорождённые с врождённой ЦМВИ и токсоплазмозом часто рождаются недоношенными, в состоянии асфиксии, с задержкой внутриутробного развития и с иммунодефицитным состоянием. Заболевание у данной категории больных протекает в виде генерализованного септического процесса с поражением всех органов и систем, с частыми осложнениями и летальным исходом или с высокой частотой инвалидизации. У больных с хламидиозом заболевание протекает в виде пневмонии и гнойного конъюнктивита с доброкачественным течением и благоприятным исходом.

Ключевые слова: TORCH синдром, внутриутробные инфекции

Актуальность. В изучении социально значимых инфекций новорождённых важное место отводится внутриутробным инфекциям, таким, как цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз [1-4]. Согласно обобщенным литературным данным, более 10% новорождённых внутриутробно инфицируются различными вирусами и микроорганизмами. По данным комитета экспертов ВОЗ (серия докладов № 660, 1984), около 1,5% всех новорождённых инфицированы антенатально вирусом цитомегалии, около 1% новорождённых инфицированы токсоплазмозом, 3% новорождённых интранатально инфицированы хламидией. Известно, что 20-30% женщин детородного возраста инфицированы токсоплазмами [5], 50-70% - вирусом цитомегалии [3]. В настоящее время очевидна роль внутриутробных инфекций в формировании младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности.

Цель исследования: изучить особенности течения внутриутробных инфекций у новорождённых.

Материалы и методы исследования. Наши исследования проводились в Национальном медицинском центре РТ в отделении патологии новорождённых за период 2005-08гг. Под нашим наблюдением находилось 180 больных с внутриутробными инфекциями, такими, как: ЦМВИ (цитомегаловирусная инфекция), токсоплазмоз, хламидиоз. Диагностика внутриутроб-