



Сравнительный анализ клинико-патогенетических и нейрофизиологических особенностей различных форм полиневропатий инфекционного генеза

Р.А. Рахмонов, Ф.А. Ходжаев, Ф.Т. Мирзоев, М.Х. Кахорова

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

В настоящей работе представлены результаты исследований клинико-патогенетических и нейрофизиологических особенностей различных полиневропатий инфекционного генеза. Проведённое исследование показало, что у больных с хронической воспалительной демиелинизирующей и лепрозной полиневропатией отмечаются двигательные и чувствительные нарушения как верхних, так и нижних конечностей, в то время как при дифтерийной и брюшнотифозной полиневропатиях патологический процесс преобладает в нижних конечностях. Исследование данных перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защитной системы (АОС) у больных с различными полиневропатиями, показало, что наибольшая интенсификация ПОЛ происходит у больных с лепрозной полиневропатией (ЛПН), затем следуют хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП), а у больных с дифтерийной (ДифПН) и брюшнотифозной (БрПН) полиневропатиями изменения были менее выражены. Антиоксидантная защитная система (показатели супероксиддисмутазы и аскорбиновой кислоты) снижается больше всего у больных с ЛПН и ХВДП, а также по данным стимуляционной электронейрографии у больных с ЛПН, ХВДП и БрПН выявляются признаки аксонально - демиелинизирующего поражения, а при ДифПН - аксональный тип поражения нервного волокна.

Ключевые слова: инфекционные полиневропатии, нарушения гематоневрального барьера, нейропатические симптомы и неврологические нарушения, аксонально – демиелинизирующее поражение

ВВЕДЕНИЕ. В неврологической практике генерализованные поражения периферической нервной системы, полиневропатии, встречаются часто [1]. Полиневропатии (полиневриты) - одновременное поражение многих периферических нервов, проявляющееся симметричными вялыми параличами и чувствительными нарушениями, преимущественно в дистальных отделах конечностей, с поражением в некоторых случаях и черепных нервов. Полиневропатии возникают под влиянием различных инфекций (гриппа, эпидемического паротита, лимфоцитарного хориоменингита, аденовирусных инфекций, дифтерии, брюшного тифа, паратифов, дизентерии и т.д.) и интоксикаций (алкогольной, диабетической, мышьяковой свинцовой, метаболических расстройств при хронических патологиях печени, почек и т.д.) [2,5,7]. Большое значение в развитии полиневропатий имеют иммунные, аллергические реакции в ответ на сенсibiliзирующее влияние вводимого с вакцинами и сыворотками чужеродного белка [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: определение клинико-лабораторных и электронейрографических осо-

бенностей полиневропатий при хронической воспалительной демиелинизирующей, лепрозной, дифтерийной и брюшнотифозной полиневропатиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для решения поставленных задач нами были проведены динамические наблюдения, изучение особенностей клинической картины, показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защитной системы, а также данных электронейрографии у больных с различными полиневропатиями.

Под нашим наблюдением находились 123 пациента, из них: 68 больных с полиневропатиями различного генеза, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан (НМЦРТ), 30 больных из Республиканского лепрозория, а также 25 больных, консультировавшихся в амбулаторных условиях. Все пациенты, включённые в исследование, были распределены на четыре группы (рис. 1): первую группу составили 30 больных с лепрозной полиневропатией; вторую группу - 41 больной с

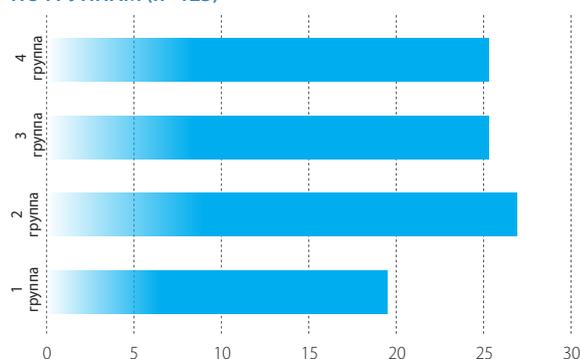


хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатией; в третью группу вошли 27 пациентов с полиневропатией, развившейся после брюшного тифа;

четвёртую группу составили 25 больных с дифтерийной полиневропатией.

В исследование не включались пациенты с другими причинами развития полиневропатии или возможными факторами, влияющими на клинические проявления.

РИС. 1. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СООТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ГРУППАМ (n=123)



Для постановки диагноза и определения характера выраженности полиневропатии учитывались жалобы пациентов и проводились исследования, результаты которых заносились в таблицы TSS (Total Symptoms Score – общий симптоматический счёт), NISLL (Neuropathy Impairment Score of lower limbs

- объективный невропатический счёт для нижних конечностей), и оценивались по шкале неврологических расстройств NDS (Neuropathy Disability Score) по Янгу. У пациентов регистрировались следующие субъективные симптомы: «стреляющие» боли, жжение, парестезии, онемение. Количественный анализ жалоб осуществлялся по шкале TSS (табл.1).

Каждый из этих симптомов оценивали по интенсивности и частоте. Интенсивность каждого симптома имела 4 степени выраженности - отсутствие симптома, лёгкая, средняя, сильная. Частота симптома имела 3 градации - редкая, частая, постоянная. Сочетание различной интенсивности и частоты жалоб у исследованных больных выражается в баллах от 0 до 3,66. Каждый из 4-х симптомов оценивался по шкале, затем баллы суммировались. Сумма баллов по шкале TSS варьировала в интервале от 0 до 14,64.

Оценка неврологического статуса проводилась в рамках шкалы NISLL (Neuropathy Impairment Score of lower limbs - объективный невропатический счёт для нижних конечностей), которая включает определение мышечной силы, рефлексов и чувствительности (тактильная, болевая, вибрационная и мышечно-суставное чувство) в нижних конечностях (табл.2). По шкале NISLL мышечную силу оценивали по следующим показателям: сгибание и разгибание бедра, сгибание и разгибание в коленном суставе, сгибание и разгибание в голеностопном суставе, сгибание и разгибание пальцев стопы. Анализировали: коленный и ахиллов рефлексы. Тестирование порога болевой, тактильной и вибрационной чувствительности осуществляли в области дорсальной поверхности у основания ногтевого ложа концевой фаланги большого пальца стопы. Исследование глу-

ТАБЛИЦА 1. ОЦЕНКА ЖАЛОБ ПО ШКАЛЕ TSS

| Частота симптома | Интенсивность симптома, баллы | | | |
|------------------|-------------------------------|--------|---------|---------|
| | Отсутствие | Лёгкая | Средняя | Сильная |
| Редкая | 0 | 1,0 | 2,0 | 3,0 |
| Частая | 0 | 1,33 | 2,33 | 3,33 |
| Постоянная | 0 | 1,66 | 2,66 | 3,66 |

ТАБЛИЦА 2. МОДИФИЦИРОВАННАЯ ШКАЛА NISLL (ПРИМЕР)

| Исследуемые параметры | Сторона | | Сумма (баллы) |
|--|---------|--------|---------------|
| | Левая | Правая | |
| Мышечная сила нижних конечностей | 0 | 0 | 0 |
| Рефлексы (ахиллов, коленный) | 2 | 1 | 3 |
| Чувствительность (болевая, температурная, тактильная, вибрационная, мышечно-суставное чувство) на уровне большого пальца стопы | 1 | 2 | 3 |
| Сумма баллов: | 3 | 3 | 6 |

ТАБЛИЦА 3. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ СИМПТОМОВ ПО ШКАЛЕ NDS (ПО ЯНГУ)

| Параметры | Интенсивность симптомов | | |
|--------------------------------|-------------------------|---------|-------------|
| | Норма | Снижена | Отсутствует |
| Вибрационная чувствительность | 0 | 1 | 1 |
| Болевая чувствительность | 0 | 1 | 1 |
| Температурная чувствительность | 0 | 1 | 1 |
| Рефлексы | 0 | 1 | 2 |

ТАБЛИЦА 4. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

| Клинические проявления заболевания | Количество больных | | | |
|------------------------------------|--------------------|-------|-------|-------|
| | % | % | % | % |
| | ЛПН | ХВДП | БрПН | ДифПН |
| Слабость дистальных отделов рук | 31,25 | 65,4 | 37,5 | 25 |
| Слабость дистальных отделов ног | 31,25 | 84,6 | 75 | 62,5 |
| Боль по паравертебральным точкам | ---- | 7,7 | ---- | ---- |
| Затруднение при ходьбе | 6,25 | 57,7 | 62,5 | 43,75 |
| Затруднение глотания | ---- | 11,55 | ---- | 18,75 |
| Нарушение речи | ---- | 3,8 | ---- | 18,75 |
| Онемение рук | 31,25 | 15,4 | 18,75 | 56,25 |
| Онемение ног | 18,75 | 30,8 | 37,5 | 56,25 |
| Боли в руках | 68,75 | 15,4 | 6,25 | 25 |
| Боли в ногах | 62,5 | 23,1 | 56,25 | 25 |
| Общая слабость | 81,25 | 23,1 | 25 | 18,75 |
| Жжение в руках и ногах | --- | 7,7 | 25 | ---- |
| Парестезии в руках и ногах | 18,75 | 11,5 | 37,5 | 50 |
| Головная боль | 43,75 | ---- | 12,5 | 12,5 |

бокого мышечно-суставного чувства проводилось на концевой фаланге большого пальца стопы (табл.3). Мышечная сила оценивалась следующим образом: 0 баллов – норма, 1 балл - снижение на 25%, 2 балла – снижение на 50%, 3 балла - снижение на 75%, 4 балла – паралич. Рефлексы и чувствительность оценивались по 2-х балльной системе: 0 баллов - норма, 1 балл - снижение, 2 балла – отсутствие. Причём, для пациентов в возрасте 50 лет и старше снижение ахиллова рефлекса оценивалось как 0 баллов, а его отсутствие - как 1 балл. Симптомы оценивались по обеим сторонам и выражались общей суммой баллов. Сумма баллов меньше или равная 2 оценивалась как норма.

Исследование проводилось на нижних конечностях с подсчётом суммы баллов. Максимальное значение

на двух конечностях составляло 10 баллов. Лёгкие проявления нейропатии – при сумме 0-2 балла, умеренная нейропатия - при сумме баллов 3–5, выраженная нейропатия - при сумме баллов 6–8, тяжёлая нейропатия – при сумме баллов 9–10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Сравнительный анализ особенностей клинической картины состояния неврологического статуса у больных с различными формами полиневропатий показал, что каждая из изучаемых групп имеет свои особенности (табл.4). Так боль по паравертебральным точкам была характерна только для ХВДП. Затруднение при ходьбе наблюдалось во всех исследуемых группах, но при БрПН (62,5%) и ХВДП (57,7%) оно было более значительным, а при ЛПН менее выражено. Онемение ног и рук отмечалось во всех группах больных,



но наиболее выражено при ДифПН. Так же, во всех исследуемых группах пациентов, выявлялись такие симптомы, как боли в руках и ногах. Боли в руках при ЛПН отмечались часто (68,75%). Боли в ногах наблюдались преимущественно при ЛПН (62,5%) и БрПН (56,25%). Причём, при ЛПН боли сочетались с чувством онемения, замерзания ступней. Следует отметить, что БрПН сочеталась с энцефалопатией. Жжение в руках и ногах при ДифПН и ЛПН не наблюдалось. Общая слабость была наиболее выражена при ЛПН (81,25%). Парестезии рук и ног наблюдались в группах с ДифПН (50%) и БрПН (37,5%). Такой симптом, как головная боль, отмечался в трёх группах, за исключением пациентов с ХВДП.

Анализ нарушений двигательной функции позволяет отметить у большего количества больных в группе с ХВДП слабость, причём как в руках (65,4%), так и в ногах (84,6%). При ЛПН слабость в руках и ногах определялась у равного количества больных и в равной мере (31,25%), в то время как в группах с БрПН и ДифПН слабость в руках определялась в 2 раза реже, чем в ногах, и составила соответственно 37,5% и 75% при БрПН и 25% и 62,5% при ДифПН. Затруднения глотания и речи выявлены только в 2 группах больных, с ХВДП (11,55 и 3,8%) и ДифПН (по 18,75%).

Нарушение чувствительности в руках и ногах отмечалось у значительного количества больных в группе с ДифПН (56,25%), при ХВДП и БрПН гипестезия по полиневритическому типу преобладала в ногах (30,8%; 37,5%), а при ЛПН - в руках (31,25%). Вегетативная дисфункция в виде нарушения трофики кожи, ногтей, наличия трофических язв на ступнях было характерно для ЛПН. Причём, у 30% больных излюбленным местом локализации трофических язв были передние отделы стоп, а у 5% больных - ладонная или тыльная поверхность кистей.

Резюмируя вышеизложенное, можно отметить, что у больных в группах с ХВДП и ЛПН идёт системное поражение как рук, так и ног, что подтверждается и другими исследователями [1,3,5,10], а при БрПН и ДифПН преобладает поражение нижних конечностей, что согласуется с данными других авторов [9,11].

Проводя оценку и сравнительный анализ степени поражения больных по шкале функциональных неврологических нарушений (NDS) в зависимости от формы полиневропатий, следует отметить, что тяжёлая (26,9%) и выраженная нейропатия (65,4%) имела место преимущественно при ХВДП, в то время как при лепрозной полиневропатии преобладали выраженная (62,5%) и умеренная нейропатия (37,5%), с превалированием первой. Что касается, БрПН и ДифПН, то здесь умеренная полиневропатия отмечалась в 50% случаев в каждой из групп.

Суммируя изложенное, можно отметить, что тяжёлое повреждение периферических нервов определялось только в группе больных с ХВДП, выраженное - в группах пациентов с ЛПН и ХВДП, лёгкое и умеренное нарушение функций - у больных БрПН и ДифПН.

Исследования в группах по шкале TSS, где определяли 4 субъективных симптома: онемение, парестезии, боль и жжение, до лечения показали, что невропатические симптомы были наиболее выражены при ЛПН ($4,77 \pm 0,31$) и менее выражены при БрПН ($2,81 \pm 0,30$). При оценке такого симптома, как онемение, наиболее выраженные изменения отмечались у больных при ДифПН ($1,21 \pm 0,20$), а наименее - при БрПН ($0,62 \pm 0,22$). Парестезии преобладали также при ДифПН ($1,25 \pm 0,20$), минимальные значения показателя были отмечены при БрПН ($0,73 \pm 0,25$). Максимальные показатели боли имели место при ЛПН ($2,46 \pm 0,21$), что согласуется с данными Е.И. Минеева и соавт. [6], в то время как минимальные значения отмечались при ДифПН ($0,50 \pm 0,23$). Говоря о жжении нужно сказать, что оно наблюдалось при БрПН ($0,33 \pm 0,15$) и ХВДП ($0,13 \pm 0,13$), в то время как при ДифПН и ЛПН оно не выявлялось, хотя, по мнению других авторов жжение при ДифПН имеет место [9].

Как показали наши исследования, нарушение чувствительности (вибрационной, болевой, температурной), а также снижение рефлексов (ахиллов и коленный) по шкале NDS (по Янгу) до лечения были наиболее выражены при ХВДП ($7,77 \pm 0,39$), и менее выражены при БрПН ($3,25 \pm 0,44$).

Используя данные шкалы NISLL (модифицированной) при сравнительной оценке неврологической симптоматики, следует отметить, что максимальные изменения наблюдались при ХВДП ($10,00 \pm 0,38$), минимальные - при ДифПН ($3,00 \pm 0,52$). Причём, снижение мышечной силы и рефлексов было наиболее выражено при ХВДП, а менее всего при ДифПН. Изменения чувствительности на уровне большого пальца стопы, преобладали при ЛПН ($3,50 \pm 0,29$), а минимальные изменения были отмечены при БрПН ($1,38 \pm 0,30$).

Исследование показателей ПОЛ и АОС у больных с полиневропатией показало, что наибольшая интенсификация ПОЛ происходит у больных с ЛПН, затем следуют ХВДП, а у больных с ДифПН и БрПН изменения были менее выражены. Антиоксидантная защитная система (показатели СОД и аскорбиновой кислоты) снижается больше всего у больных с ЛПН и ХВДП (табл.5).

По данным ЭНГ, у больных с ДифПН во всех случаях все параметры проводящей функции двигательных волокон исследуемых нервов (малоберцового, большеберцового, срединного и локтевого) находились

ТАБЛИЦА 5. ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АОС У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

| Показатель | ЛПН (n=16) | ХВДП (n=26) | БрПН (n=16) | ДифПН (n=16) | Контроль (n=20) |
|------------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|--------------------|
| МДА (мкмоль/мл) | 1,00±0,03 | 0,85±0,01 | 0,77±0,01 | 0,76±0,01 | 0,683±0,04 |
| СОД (ед/мл) | 10,18±0,81 | 11,71±0,74 | 11,72±0,96 | 14,83±0,50 | 18,25±0,13 |
| Витамин С (мг/%) | 0,76±0,03 | 0,73±0,04 | 0,82±0,04 | 0,87±0,04 | 1,4±0,06 |

в пределах нормы. Моторных блоков не выявлялось. В 4 (25%) случаях у пациентов клинически имевших парез стоп, а также в 2 (12,5%) случаях у больных, у которых парез не выявлялся, отмечалось изолированное снижение амплитуды М-ответов при исследовании малоберцового нерва и в 8 (50%) случаях большеберцового нерва, что подтверждает аксональный характер их повреждения, и противоречит данным некоторых авторов [4,9,11], согласно исследованиям которых, имеет место аксональный тип поражения только малоберцового нерва [9], аксональный тип поражения малоберцового, большеберцового и срединного нерва [11] и поражение (увеличение М-ответа) по срединному, большеберцовому и локтевому нервам [4]. При ДифПН наиболее страдали СПИаф волокна, которые были снижены в 6 (37,5%) случаях при исследовании локтевого нерва, в 10 (62,5%) случаях при исследовании малоберцового нерва и в 12 (75%) случаях при исследовании большеберцового нерва, в то время как при исследовании срединного нерва признаков поражения выявлено не было.

При исследовании больных с БрПН выявлялась следующая картина: скорость прохождения нервного импульса по СПИэф (двигательным) волокнам срединного нерва находилась в пределах нормы. Проводящая функция двигательных волокон оставшихся нервов (малоберцового, большеберцового и локтевого) была ниже нормы, а именно: параметры локтевого нерва были снижены в 1 (6,25%) случае, малоберцового нерва - в 10 (62,5%) случаях и большеберцового нерва - в 12 (75%) случаях. При исследовании амплитуды М-ответа малоберцового и большеберцового нервов наблюдалось снижение в 10 (62,5%) случаях по ходу каждого из нервов.

У больных с ЛПН отмечалось умеренное снижение параметров проводящей функции как двигательных, так и чувствительных волокон исследуемых нервов (малоберцового, большеберцового, срединного и локтевого). Моторных блоков выявлено не было ни в одном случае. При исследовании вышеперечисленных нервов отмечалось систематическое умеренное снижение амплитуды М-ответа как нервов верхних, так и нижних конечностей, что противоречит данным. По мнению автора, малоберцовый нерв

поражается чаще, чем большеберцовый, вследствие строения волокон периферических нервов. Волокна малоберцового нерва более толстые и имеют большую оболочку миелина, в отличие от более тонких волокон большеберцового нерва. При лепрозных инфильтратах и соединительнотканых рубцы сдавливают периферические нервы, и развивается компрессионно-ишемический синдром. В условиях патологии первыми поражаются толстые волокна, требующие более интенсивного обмена и хуже переносящие аноксию [1].

При анализе стимуляционной электроннойографии (ЭНГ) у больных с ХВДП отмечалось выраженное снижение параметров проводящей функции двигательных волокон малоберцового, большеберцового, локтевого и срединного нервов. Скорость распространения возбуждения по чувствительным волокнам исследуемых нервов верхних и нижних конечностей так же была резко снижена. При исследовании данных нервов так же отмечалось выраженное снижение амплитуды М-ответов. Такая картина была обусловлена тем, что моторные блоки проведения были зарегистрированы у 16 пациентов, причём, у 8 из них блок проведения был полным.

При сравнительной характеристике данных стимуляционной ЭНГ пациентов с полиневропатией оказалось, что у больных с ХВДП выявляется аксонально-демиелинизирующий тип поражения, в то время как у больных с ЛПН и БрПН выявлен смешанный тип поражения. При ДифПН отмечен аксональный тип, что подтверждает данные Супоной Н.А. [9] и Яниной Т.А. [11]. При этом наиболее выраженные изменения наблюдаются: у пациентов с ДифПН при исследовании малоберцового и большеберцового нервов; с БрПН при исследовании большеберцового и малоберцового нервов; с ЛПН и у больных с ХВДП отмечалось одинаково резкое снижение при исследовании нервов как верхних, так и нижних конечностей. Полученные результаты согласуются с другими исследованиями [3,5].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, получены следующие выводы: 1. Хроническая воспалительная демиелинизирующая и лепрозная полиневропатии характеризуются двигательными и чувствительными нарушениями как в



верхних, так и в нижних конечностях, в то время как при дифтерийной и брюшнотифозной полиневропатиях патологический процесс преобладает в нижних конечностях.

2. При исследовании показателей ПОЛ и АОС у больных с полиневропатией был выявлен оксидантный стресс во всех исследуемых группах, причём, наиболее выраженные изменения были отмечены при ЛПН и ХВДП, менее выраженные - при ДифПН и БрПН.

3. ХВДП характеризуется выраженными, а ЛПН - умеренными изменениями показателей как чувствительной, так и двигательной сфер, по данным ЭНГ исследования: снижение максимальной амплитуды М-ответа, а также снижение СПИаф, СПИэф при стимуляции срединного, локтевого, малоберцового и большеберцового нервов. Выявлен аксонально-демиелинизирующий тип поражения.

При проведении стимуляционной ЭНГ у больных с дифтерийной полиневропатией выявлено изолированное снижение амплитуды М-ответа при исследовании малоберцового и большеберцового нервов, что подтверждает аксональный характер повреждения и неблагоприятный прогноз.

Стимуляционная ЭНГ при БрПН показала, что параметры проводящей функции чувствительных и двигательных волокон при исследовании локтевого и срединного нервов не отличались от нормы, в отличие от малоберцового и большеберцового нервов, показатели которых были снижены. В то же время, при БрПН отмечалось снижение максимальной амплитуды М-ответа при стимуляции малоберцового и большеберцового нервов, что свидетельствовало о смешанном типе поражения периферической нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросюк Ю.Г. Клинико-диагностическое значение сывороточных маркёров в распознавании и прогнозировании течения лепрозных невропатий: дис.... канд. мед. наук / Ю. Г. Андросюк. - Саратов. науч. - исслед. ин-т. по изуч. лепры. - Саратов, 2005. - 136с.
2. Волошина Н.П. Инфекционные симптоматические мультифокальные полиневропатии, имитирующие хроническую воспалительную демиелинизирующую полирадикулоневропатию / Н.П.Волошина, О.В. Егоркина, В.В. Веселовский // Журн. психиат. и мед. психол. - 2004. - № 2(12). - С. 18-26
3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы и возможности дифференцированной терапии в остром и подостром периодах: Оригинальные исследования / В. И. Черный [и др.] // Международный неврологический журнал. - 2007. - № 3(13). - С. 24-30
4. Клинико-иммунологическое исследование дифтерийной полиневропатии / И.А. Логина [и др.] // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 9. - С. 58-60
5. Левин О.С. Полиневропатии : клиническое руководство / О.С. Левин. - М., МИА, 2006. - 491с.
6. Минеева Е.И. К патогенезу алгических форм лепрозных невропатий / Е.И. Минеева, Е.В. Асфандиярова, И.В. Телешова // Тезисы Российской научно-практической конференции «Патологическая боль». - Новосибирск, 1999. - С. 174
7. Пирадов М.А. Синдром Гийена-Барре / М.А. Пирадов. - М., Интермедика, 2003. - 240с.
8. Пулатов А.М. Неврология : учебник для студентов мед. институтов / А.М. Пулатов, А.С. Никифоров; под ред. Г.Г. Шаломович, Т. Любичкой. - Душанбе. Маориф, 1990. - 615с.
9. Супонева Н.А. Клинико-нейрофизиологический анализ тяжёлых форм дифтерийной полиневропатии: автореф. дис... канд. мед. наук / Н.А. Супонева. -Науч. - исслед. ин-т. неврол. Рос. акад. мед. наук - М., 2005. - 28с.
10. Шевченко А.В. Хронические воспалительные демиелинизирующие полиневропатии у детей (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика) : дис. ... канд. мед. наук / А.В. Шевченко. - Моск. гос. мед. ун-т. - М., 2007. - 131с.
11. Янина Т.А. Поражение периферической нервной системы у переболевших дифтерией ротоглотки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Янина. - Саратов. гос. мед. ун-т. - С., 2006. - 34с.



Summary

Comparative analysis of clinical-pathogenetic and neurophysiological features of various infectious genesis forms of polyneuropathy

R.A. Rakhmonov, F.A. Khodjayev, F.T. Mirzoyev, M.H. Kahorova

This paper presents research results of clinical-pathogenetic and neurophysiological features of different polyneuropathy infectious genesis. The study showed that patients with chronic inflammatory demyelinating and leprosy polyneuropathies are marked motor and sensory disturbances such as upper and lower extremities, while in diphtheria and typhoid polyneuropathies disease process prevails in the lower extremities. The study of indicators of lipid peroxidation (LPO) and antioxidant defense system (ADS) in patients with a variety of polyneuropathy, found that the greatest intensification of lipid peroxidation occurs in patients with leprosy polyneuropathy (LP), followed by chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP), and in patients with diphtheria (DifPN) and typhoid (TPN) polyneuropathy changes were less revealed. The antioxidant defense system (superoxide dismutase and indicators of ascorbic acid) reduced most in patients with LP and CIDP, and according to stimulating electroneurography ENG in patients with LP, CIDP and TPN revealed signs of axonal - demyelinating lesions, while DifPN - axonal type of nerve damage fiber.

Key words: infectious polyneuropathy disturbance of gematoneural barrier, axonal - demyelinating lesion, malon dialdehyde, superoxide dismutase

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.А. Рахмонов – заведующий кафедрой неврологии и основ медгенетики ТГМУ;
Таджикистан, Душанбе, пр. И. Сомони, 59а.
E-mail: Rakhmonov-r@mail.ru