

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В НЕВРОЛОГИИ. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА Е В НЕВРОЛОГИИ.

Недостаточность фолиевой кислоты. Не всеми авторами недостаточность фолиевой кислоты расценивается как возможная причина неврологических нарушений, сходных с теми, к которым приводит и дефицит кобаламина. Как и при недостатке витамина В12, неврологический дефицит может появиться при нормальных или минимально измененных гематологических показателях. Выраженные неврологические симптомы у пациентов с недостаточностью фолиевой кислоты развиваются реже, чем при дефиците кобаламина.

Неправильное питание — наиболее частая причина дефицита фолиевой кислоты, особенно у пожилых людей. Потенциальными этиологическими факторами заболевания могут быть также беременность, прием противоэпилептических средств, противоопухолевая химиотерапия, алкоголизм, генерализованная мальабсорбция или врожденный дефект всасывания фолиевой кислоты.

Клиническая картина дефицита фолиевой кислоты

-Некоторые формы деменции, депрессия, психоз, полинейропатия и подострая комбинированная дегенерация спинного мозга могут поддаваться лечению фолиевой кислотой. Чаще всего проявлениями недостаточности фолиевой кислоты у взрослых служат нарушения психических и высших корковых функций.

-Прием беременной женщиной фолиевой кислоты снижает риск развития врожденных уродств нервной трубки у плода.

Диагностика дефицита фолиевой кислоты

- Низкий уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови указывает на отрицательный ее баланс и свидетельствует о возможном развитии недостаточности фолиевой кислоты, если не предпринять мер для коррекции этого состояния. Однако уровень фолиевой кислоты в сыворотке плохо отражает реальные запасы ее в организме.

-Уровень фолатов в эритроцитах показывает, каковы запасы фолиевой кислоты организма в период жизни эритроцита. Если концентрация фолатов низкая как в сыворотке, так и в эритроцитах, это свидетельствует о недостаточности фолиевой кислоты.

- Повышение уровня гомоцистеина в сыворотке при нормальном содержании ММК также служит маркером недостаточности фолиевой кислоты. Хотя вышеуказанные методы диагностики дорогостоящие, они могут значительно облегчить задачу врача в трудных диагностических случаях. Поскольку при дефиците кобаламина отмечается также повышение уровня гомоцистеина, для дифференциальной диагностики требуется одновременное определение уровня ММК.

-Если этиология заболевания неясна или есть признаки мальабсорбции, необходимо провести тщательное обследование желудочно-кишечного тракта. Обычно начинают с рентгенографического исследования тонкого кишечника. Может потребоваться консультация гастроэнтеролога и биопсия тонкой кишки.

Лечение дефицита фолиевой кислоты

При недостаточном поступлении фолиевой кислоты с пищей она назначается дополнительно в дозе 2,5—10 мг/сут. внутрь. При синдромах мальабсорбции фолиевая кислота вводится внутримышечно. Терапия пожизненная или прекращается при полном восстановлении запасов организма и коррекции этиологических факторов. Наряду с фолиевой кислотой назначаются мультивитамины. Адекватность лечения определяется по уровню гомоцистеина.

Есть данные некоторых наблюдений, не исключающие эпилептогенного действия фолиевой кислоты. Больным с эпилепсией для подтверждения дефицита фолиевой кислоты необходимо определение уровня гомоцистеина в сыворотке. За исключением случаев с выраженными гематологическими и неврологическими нарушениями назначаются меньшие дозы фолиевой кислоты (1—2 мг/сут.). Показателем эффективности лечения служит нормализация уровня гомоцистеина в сыворотке.

Прогноз благоприятный при своевременно начатом лечении. Отсутствие реакции на терапию фолиевой кислотой у больных с депрессией или деменцией, вероятно, свидетельствует о том, что причиной заболевания служит не только недостаточность фолатов.