

Особенности цереброваскулярных нарушений у больных с диффузным токсическим зобом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: цереброваскулярные нарушения, диффузный токсический зоб

Общезвестно, что гиперфункция щитовидной железы при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) приводит к многочисленным проявлениям поражения нервной системы. Очевидно, что избыток тиреоидных гормонов в той или иной степени влияет на состояние мозговой гемодинамики, а также непосредственно на вещество головного мозга, что в свою очередь является основным звеном в формировании тиреотоксической энцефалопатии.

Целью исследования явилось изучение особенностей цереброваскулярных нарушений у пациентов с ДТЗ.

Материал и методы

Критериями включения в исследование являлись: женский пол, возраст 20-60 лет, ДТЗ легкой и средней степени тяжести, стаж заболевания не должен превышать 1 год, подписанное информированное согласие. Критерии исключения: любые другие эндокринологические или неврологические заболевания в настоящее время или в анамнезе, любая соматическая патология в стадии декомпенсации, беременность, кормление грудью, показания к оперативному вмешательству на щитовидной железе.

Участвующие в исследовании больные были разделены на 2 группы в зависимости от состояния гормонального тиреоидного фона: группа в состоянии гипертиреоза (ГТТ – 38 чел.) с манифестным ДТЗ и группа в состоянии медикаментозного эутиреоза (ГЭТ – 30 чел.). Пациентки ГЭТ получали лечение у эндокринолога в течение не менее 6 мес. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и социальному статусу. Все пациентки подвергались рутинному неврологическому и нейропсихологическому обследованию, а также для определения состояния церебрального сосудистого русла выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов. 35 больным выполнялась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.

Результаты

Нами было обследовано 68 женщин с ДТЗ, средний возраст которых составил 41,5±3,3 лет. При проведении неврологического осмотра все пациенты предъявляли разнообразные жалобы к неврологу, которые более подробно представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что выраженность неврологических жалоб напрямую связана с уровнем тиреоидных гормонов: у пациентов, достигших эутиреоза, наступило явное улучшение самочувствия, тогда как у большинства пациентов с впервые выявленным ДТЗ имелись ярко выраженные неврологические симптомы. Обращает на себя внимание, что медикаментозный эутиреоз не во всех случаях приводил к полному исчезновению неврологических жалоб.

По результатам неврологического осмотра были определены наиболее часто встречающиеся у пациентов с ДТЗ синдромы, которые представлены в таблице 2.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее характерными синдромами для пациентов с ДТЗ являются астено-невротический, пирамидный, дисмнестический и мозжечковый. Эта закономерность сохраняется и в группе пациентов с эутиреозом при значительном уменьшении выраженности данных нарушений.

По данным УЗДГ у 88% больных ГТТ имеются признаки церебрального ангиоспазма, причем его выраженность напрямую зависела от степени выраженности гипертиреоза. Признаки экстравазальной компрессии на шейном уровне определялись у 56% пациентов, при этом выраженность компрессии коррелировала со степенью увеличения железы. Утолщение сосудистой стенки диагностировано у 25% пациентов (толщина сосудистой стенки > 1,1мм). Наряду с этим, признаки стенозирующего атеросклероза у данной группы больных не выявлялись.

При обследовании пациентов ГЭТ было обнаружено, что, несмотря на достигнутый эутиреоз, явления ангиоспазма не исчезли (выявлены в 67% случаев). У ряда больных ГЭТ отмечалось уменьшение выраженности экстравазальной компрессии и возврат к норме толщины сосудистой стенки ($p > 0,5$ – статистически не достоверно).

По данным МРТ у 58% (20 чел. из 35 прошедших обследование) пациентов обеих групп выявлены очаги дистрофического и постишемического характера в веществе мозга (при отсутствии в анамнезе данных за травмы, артериальную гипертензию и другие патологические процессы, которые могли бы привести к появлению подобных изменений). В основном количество очагов было небольшим, сами очаги имели малые размеры и локализованы преимущественно перивентрикулярно. У 39% пациентов обнаружены арахноидальные изменения ликворокистозного характера без указания на травму в анамнезе. Также было обнаружено, что изменения вещества мозга более выражены у пациентов ГЭТ, что, возможно связано с продолжительностью существования ДТЗ.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии избытка тиреоидных гормонов на состояние мозговой гемодинамики, в том числе позволяет сделать вывод о том, что важными факторами, способствующими формированию тиреотоксической энцефалопатии, являются выраженный церебральный ангиоспазм, требующий назначения специфической терапии, и экстравазальная компрессия церебральных сосудов. Характер изменений на МРТ головного мозга свидетельствует о скорости вовлечения в процесс вещества мозга при ДТЗ и необходимости дополнительного раннего назначения ноотропной, нейрометаболической и вазоактивной терапии.

Таблица 1. Структура неврологических жалоб у больных с ДТЗ

Жалоба	ГГТ (38 чел.)	ГЭТ (30 чел.)
Головная боль	35 чел. (92,1%)	10 чел. (33,3%)
Раздражительность, плаксивость	38 чел. (100%)	18 чел. (60%)
Головокружение	30 чел. (79%)	5 чел. (16,7%)
Шум в голове и ушах	21 чел. (55,2%)	7 чел. (23,3%)
Пошатывание при ходьбе	14 чел. (36,8%)	2 чел. (6,6%)
Нарушение сна	28 чел. (73,6%)	13 чел. (43,3%)

Таблица 2. Структура наиболее частых неврологических синдромов у больных с ДТЗ

Синдром	ГГТ	ГЭТ
пирамидный	33 чел. (86,7%)	12 чел. (40%)
мозжечковый	32 чел. (84,2%)	8 чел. (26,7%)
эписиндром	2 чел. (5,3%)	-
астено-невротический	38 чел. (100%)	15 чел. (50%)
дисмнестический	35 чел. (92,1%)	10 чел. (33,3%)

Литература

1. Калинин А.П. Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях / А.П. Калинин, В.М. Котов // М.: Медицина, 2001. – С. 99-126.
2. Пироева К.Э. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях. / К.Э. Пироева, М.Х. Тамкаева // М.: Медицина, 2004. – С. 20-28.
3. Балаболкин М.И. Эндокринология / М.И. Балаболкин. // М.: Универсум Паблишинг, 1998.
4. Болезни щитовидной железы / Под ред. Л.И. Браверманна // М.: Медицина, 2000.
5. Вершев П.С. Заболевания щитовидной железы / П.С. Вершев, Г.А. Мельниченко, Н.С. Кузнецов // М., 1996. – С. 49-60.
6. Toft A. Thyroid hormone treatment, how and when? / A. Toft // Thyroid Intern. – 2001. – 4: 16-8.
7. Герасимов Г.А. Мифы отечественной тиреодологии и аутоиммунный тиреоидит / Г.А. Герасимов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев // Журн. «Consilium medicum», Т3, №11, 2001 г. – С. 304-310.