

КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГИПОТИРЕОЗА

Е.Б. Михайлова

*Республиканская клиническая психиатрическая больница
(главрач — докт. мед. наук Ф.Ф. Гатин) МЗ РТ, г. Казань*

Проблемы, связанные с исследованием гипотиреоза, являются чрезвычайно актуальными, поскольку при дефиците тиреоидных гормонов, которые абсолютно необходимы для нормального функционирования практически каждой клетки, развиваются тяжелые изменения всех без исключения органов и систем, в том числе психической сферы. Термин "субклинический" в буквальном смысле означает отсутствие каких-либо клинических проявлений заболевания. Врачи часто не обращают внимания на такие жалобы больного, как небольшое снижение работоспособности, плохое настроение, нарушение сна. Сами больные привыкают к перiorбитальным отекам, списывая их на усталость, бессонницу. Сонливость, вялость, медлительность, забывчивость, сухость кожи и другие симптомы пожилые пациенты объясняют возрастными изменениями в организме [1]. Такие симптомы очень часто связывают с субклиническим гипотиреозом (СГ) не при первичном осмотре, а уже после обнаружения соответствующих СГ гормональных сдвигов при лабораторном исследовании. Лабораторные показатели включают в себя незначительное повышение уровня ТТГ при нормальных уровнях Т3 и Т4. Учитывая изменения гормонального фона при соответствующих клинических проявлениях заболевания, эндокринологи подтверждают наличие субклинического гипотиреоза. Аналогичным образом ряд симптомов удается ретроспективно выявить и при субклиническом гипотиреозе. Именно поэтому некоторые авторы считают термин "субклинический" не вполне правильным и предлагают термин "минимальная тиреоидная недостаточность".

Результаты эпидемиологических исследований показывают, что общая распространенность манифестного гипотиреоза в популяции составляет 0,2 — 2%, субклинического — примерно от 7 до 10% среди женщин и от 2 до 3% среди мужчин. В группе женщин старшего возраста распространенность всех форм гипотиреоза может дости-

гать 12% и более. По данным Фрамингемского исследования, из 2139 обследованных пациентов (мужчин — 892 и женщин — 1256) старше 60 лет СГ был выявлен у 126 (5,9%), причем среди женщин почти в 2 раза чаще (7,7% против 3,3%) [3]. Эти данные позволяют считать, что гипотиреоз является одним из самых распространенных эндокринных заболеваний.

Важность исследования клинических психопатологических проявлений при СГ обуславливается также полиморфизмом и неоднородностью проявлений психических расстройств. Та или иная степень психических расстройств наблюдается у всех без исключения больных СГ, а иногда они доминируют в клинической симптоматике. При длительно нелеченном заболевании развивается тяжелый гипотиреоидный хронический психосиндром, вплоть до психозов, по своей структуре приближающихся к эндогенным. Ряд исследователей [1, 2] считают, что наиболее частыми психопатологическими проявлениями как субклинического, так и манифестного гипотиреоза являются депрессивные расстройства.

С целью выявить клинико-динамические особенности психических расстройств при СГ и оценить степень и характер влияния биологических, терапевтических и социальных факторов на их формирование, а также определить эффективность психофармакологического и психотерапевтического лечения было обследовано 258 больных на протяжении 2001—2005 гг. 1-я, клиническая, группа состояла из 138 больных мужского и женского пола, страдающих СГ с теми или иными признаками психических расстройств. В группе преобладали лица женского пола (75,36%), что подтверждает выводы других исследователей [1, 3] о том, что СГ значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Среди обследованных нами больных СГ наибольший процент составила возрастная группа от 56 лет и старше (28,98%), а наименьший (2,17%) — от 18 до 20 лет, что соответствует указаниям [4, 5] на то, что данное забо-

левание чаще обнаруживается в более позднем возрасте. 2-я, терапевтическая, группа состояла из 120 больных СГ, специально отобранных из 258 обследованных для изучения терапевтического эффекта оптимальных способов лечения психической патологии. Удалось выделить следующие, наиболее часто встречающиеся формы психических расстройств при СГ: депрессивные (32,61%), органические психические (28,98%), личностные (19,57%) и невротические (18,84%). В рамках выделенных нами форм психические состояния отличались как по выраженности, так и по структуре.

Депрессивные расстройства по выраженности психопатологических проявлений были тяжелыми, средней тяжести, легкими, а по структуре клинической картины — астенодепрессивными, дисфорическими, ипохондрическими, истеродепрессивными.

В группе органических психических расстройств тяжесть психического состояния определялась присутствием признаков органической триады — церебрастения, эмоциональная лабильность, интеллектуально-мнестическое снижение. В случае присутствия всех признаков триады психическое состояние характеризовалось как тяжелое, при наличии двух первых признаков — как среднее, только первого — как относительно легкое. По структуре клинической картины можно было выделить астенические состояния с ипохондрическими включениями, по типу неврастения и с тревожными включениями.

В группе невротических расстройств наиболее часто встречались генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, социальная фобия и соматизированное расстройство, в группе расстройств личности и поведения — истерическое, эмоционально-неустойчивое и тревожное ("уклоняющееся", "избегающее"). В двух последних группах тяжесть психического состояния определялась в основном присутствием астенического, депрессивного или астенодепрессивного радикалов. Психопатологические проявления при СГ весьма многообразны. Их форма, а также выраженность психических расстройств в немалой степени зависят от социальных факторов. Внешние условия, в которых протекает заболевание, следует рассматривать как одну из причин, обуславливающих многообразие психопатологических проявлений.

Рассмотренные нами социально-демографические показатели (пол, возраст, место проживания, уровень образования,

профессия, жилищно-бытовые условия, семейное положение и взаимоотношения в семье) являются важными факторами в возникновении тех или иных форм психических расстройств. Все они отличаются по силе воздействия на психику (патогенности), влиянию на формирование той или иной формы психической патологии ("таксису" к определенному заболеванию) и механизму воздействия.

По механизму влияния на формирование психических расстройств следует выделить непосредственно и опосредованно действующие факторы. К первым относятся такие показатели, как условия проживания, семейное положение, взаимоотношения в семье, поскольку они принимают непосредственное участие в патогенезе психических расстройств, оказывая влияние на психику как психотравмирующие, астенизирующие, дезадаптирующие факторы. Вторые включают уровень образования и место жительства (город/село). В патогенезе психических расстройств в этих случаях принимают участие не сами показатели, а их последствия, например неумение адекватно оценить состояние здоровья, несвоевременное обращение к врачу, несоблюдение гигиенических (в том числе психогигиенических) правил. При анализе соотношений между такими факторами, как пол и форма психического расстройства, оказалось, что среди лиц мужского пола статистически достоверно чаще в процентном соотношении встречаются расстройства личности и поведения (26,47% от всех форм психических расстройств у мужчин и 17,31% у женщин), а также органические нарушения, не носящие характера личностной патологии (32,35% у мужчин и 27,88% у женщин). У больных женского пола чаще отмечались депрессивные (35,58% у женщин и 23,53% у мужчин) и невротические (19,23% у женщин и 17,65% у мужчин) расстройства.

При распределении основных форм психических расстройств в зависимости от возраста оказалось, что в самой молодой группе (18–20 лет) наблюдались только невротические (66,67%) и личностные (33,33%) расстройства. В группе от 21 до 25 лет наиболее часто встречались проявления органического поражения головного мозга, преимущественно церебрастенического характера (50,0%). В этой группе также нередко отмечались невротические (25,0%) и личностные (25,0%) расстройства. С возраста 31–35 лет начинают преобладать (в процентном соотношении) аффективные расстройства. В группе от 31 до 35 лет они

составляют 41,67% от всех случаев психической патологии, выявленной в данном возрасте. В этой же группе достаточно часты проявления органического поражения головного мозга, в основном в виде элементов психоорганического синдрома. Реже в данной возрастной группе имеют место невротические и личностные расстройства. Похожая картина распределения основных форм психических расстройств наблюдается и в последующих группах (36–40 и 41–45 лет). В группе от 46 до 50 лет преобладают аффективные (36,36%), органические (31,82%) и личностные (33,73%) расстройства.

Среди лиц, проживающих в сельской местности, более часты развернутые формы невротических синдромов, выраженные формы аффективных расстройств и более заметны признаки органического расстройства. Данная картина психических заболеваний у сельских жителей обусловлена, очевидно, несвоевременным обращением к врачу, выявлением заболевания на более поздних стадиях, более низким, чем в городе, уровнем терапевтических мероприятий. Результаты изучения взаимосвязи профессионального статуса и психопатологических проявлений у обследованного нами контингента больных показали наличие определенных особенностей: у лиц с низкой квалификацией труда, безработных, пенсионеров чаще наблюдаются выраженные проявления психических расстройств, связанные с органическим поражением головного мозга, у лиц с высокой квалификацией труда — расстройства аффективного и невротического уровня, причем они носят чаще выраженный или умеренно выраженный характер.

У больных СГ в результате нарушения нейрогуморальной регуляции страдают, как правило, системы внутренних органов. В исследуемом нами контингенте больных практически у всех (в 93,48% случаев) наблюдались заболевания внутренних органов (за исключением гипотиреоза). Лишь в девяти (6,52%) случаях на момент обследования не было выявлено нарушений внутренних органов.

Среди соматических заболеваний наиболее часто определялись признаки поражения сердечно-сосудистой системы (45,65%). У значительного числа обследованных была диагностирована патология желудочно-кишечного тракта (28,26%), гипертонические расстройства и повышение нервно-мышечной возбудимости (19,57%). Сочетанная соматическая патоло-

гия наблюдалась у 29 (21,01%) человек, и лишь у 9 (6,52%) она отсутствовала.

Клиническая картина СГ полиморфна, при этом среди симптомов соматического характера исследователи чаще всего указывают на признаки поражения сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервно-мышечной систем. Частота возникновения и разнообразие нарушений сердечно-сосудистой системы объясняется различными механизмами воздействия дефицита тиреоидных гормонов на сердце и кровеносные сосуды.

Наиболее частые сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе — миокардиодистрофия, перикардальные выпоты, изменения сократительной способности миокарда и центральной гемодинамики по типу синдрома гиподинамии. СГ у части больных может быть причиной тяжелой симптоматической гипертензии.

Отклонения со стороны дыхательной системы характеризуются мышечной дискоординацией, центральными регуляторными нарушениями, альвеолярной гипервентиляцией, гипоксией, гиперкапнией и отеком слизистой оболочки дыхательных путей. Нарушения нейрогуморальной регуляции также приводят к изменению тонуса мускулатуры кишечника и желчевыводящих путей, что проявляется соответствующей симптоматикой.

Для того чтобы проследить взаимосвязь психопатологических проявлений с патологией со стороны внутренних органов, необходимо сопоставить длительность основного заболевания и психических расстройств с длительностью, вызванных основным заболеванием нарушений соматического и психопатологического характера. Кроме того, обязательно исследование структуры и характера проявлений заболеваний внутренних органов в каждой выделенной нами клинической группе психических расстройств (табл. 1). В связи с тем, что было всего трое больных, у которых длительность СГ на момент обследования превышала 10 лет, мы не стали оценивать полученные данные.

С целью оптимизации лечения психических расстройств у больных СГ нами было проведено специальное исследование. Поскольку, как это было выявлено при клиническом анализе материала, одним из наиболее частых проявлений СГ являются астенические, депрессивные или астенодепрессивные состояния, встречающиеся как изолированно, так и в структуре иных психических расстройств, мы решили для лечения выбрать лиц именно с этой патоло-

гией. Для этого нами были отобраны из 258 больных СГ, находившихся на лечении в отделении неврозов и психосоматических заболеваний, 120 человек, которые были обследованы на предмет целесообразности применения антидепрессанта группы СИОЗС (флувоксамина и препарата гинкго-билоба – нейрометаболического церебропротектора танакана) в лечении пациентов СГ с наиболее часто встречаемыми психическими расстройствами (астенодепрессивные, депрессивные, астенические синдромы). 1-я (контрольная) группа состояла из 40 мужчин и женщин в возрасте от 30 до 60 лет с СГ и патологией сердечно-сосудистой системы и/или желудочно-кишечного тракта. В психопатологической картине заболевания у них отмечались астенические и депрессивные расстройства различной выраженности. В основную группу вошли 80 больных с теми же демографическими данными и имеющих ту же патологию, что и больные контрольной группы. Лица контрольной группы лечили традиционными антидепрессантами трициклической структуры (амитриптилин, азафен) в обычных дозах. Основная группа была разделена на четыре подгруппы, по двадцать человек в каждой. В первой подгруппе использовали препарат гинкго-билоба в дозе 120 мг/сут, во второй – антидепрессант группы СИОЗС флувоксамин по 100–150 мг/сут, в третьей – танакан комбинированно с флувоксамин, в четвертой – психофармакологический метод лечения флувоксамин и танаканом сочетали с психотерапевтическими методами (поведенческая и когнитивная психотерапия). Курс лечения больных всеми перечисленными методами составлял один месяц.

Для объективизации выраженности депрессивных расстройств в основной и контрольной группах до и после лечения нами использовалась шкала оценки депрессий Монтгомери–Асберга (МОАК-50). Эффективность лечения определяли также по динамике клинического состояния, наличию или отсутствию побочных эффектов, изменениям социальной и профессиональной адаптации. При анализе изменения психического состояния у больных до и после терапевтического курса (табл. 2) оказалось, что в контрольной группе в 47,0% наблюдений перемен в психическом состоянии не наблюдалось, в 52,0% отмечалось некоторое его улучшение. Полного выздоровления ни в одном случае не произошло. В 37,0% случаев имели место побочные эффекты, обусловленные отрицательным воздействием

на функционирование щитовидной железы (повышение уровня тирео-тропного гормона ТТГ), состояние ССС и ЖКТ.

В группе больных, лечение которых ограничивалось танаканом, в 50,0% случаев изменений в психическом состоянии не наблюдалось, в 40,0% – имелось клиническое улучшение и в 10,0% – выздоровление. Побочных эффектов фармакотерапии в данной терапевтической подгруппе не прослеживалось.

Во второй подгруппе основной группы больных, которых лечили флувоксамин, клиническое состояние осталось без изменений в 20,0% случаев, улучшение психического состояния было в 55,0%, выздоровление (исчезновение психопатологических проявлений) – в 25,0%. Побочные эффекты отмечались в 15,0% случаев.

В третьей подгруппе основной группы больных, получавших как флувоксамин, так и танакан, психопатологическая картина осталась без изменений лишь в одном случае. В 40,0% случаев имело место улучшение клинического состояния и в 55,0% – полное купирование психопатологических расстройств. Побочные эффекты, как и в предыдущей подгруппе, возникли в 15,0% случаев.

В четвертой подгруппе (подгруппа комплексной терапии) во всех случаях после курса лечения наблюдалась положительная динамика, при этом в 60,0% случаев – улучшение клинической картины и в 40,0% – полное исчезновение психических расстройств. Побочные эффекты фармакотерапии отмечались в 10,0% случаев.

В контрольной группе улучшение психического состояния происходило в основном за счет редукции депрессивного радикала. Отрицательный эффект терапии был связан с подавлением функции щитовидной железы (повышением уровня ТТГ в процессе терапии), что обуславливалось выраженным седативным действием трициклических антидепрессантов. В первой подгруппе основной группы (лечение танаканом) состояние улучшилось благодаря исчезновению астенической симптоматики, а выздоровление в двух случаях – за счет купирования как астенических, так и депрессивных расстройств. Отсюда можно сделать заключение о том, что в последних двух случаях депрессивная симптоматика носила вторичный характер. У больных, леченных флувоксамин, наблюдалось улучшение состояния в целом за счет уменьшения/исчезновения как астенической, так и депрессивной симптоматики.

Таблица 1

Распределение психических расстройств в зависимости от длительности основного заболевания										
Длительность СГ на момент обследования	Структура психических расстройств									
	аффективные		психические вследствие повреждения или дисфункции головного мозга		невротические		личностные		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 6 мес	3	6,67	2	5,00	1	3,85	2	7,41	8	5,92
От 6 мес до года	9	20,00	7	17,50	5	19,23	7	25,93	28	20,74
От 1 года до 5 лет	15	33,33	10	25,00	5	19,23	9	33,33	39	28,88
От 6 до 10 лет	17	37,33	19	47,50	15	57,69	9	33,33	60	44,44

Таблица 2

Изменения психического состояния после терапевтического курса										
Терапевтические подгруппы	Изменение клинического состояния в результате лечения									
	без перемен		клиническое улучшение		выздоровление		побочные эффекты		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Контрольная группа	19	47,0	21	52,00	0	0,00	15	37,00	40	
Леченные										
танаканом	10	50,00	8	40,00	2	10,00	0	0,00	20	
флувоксамином	4	20,00	11	55,00	5	25,00	3	15,00	20	
флувоксамином + танаканом	1	5,00	8	40,00	11	55,00	3	15,00	20	
флувоксамином + танаканом + психотерапией	0	0,00	12	60,00	8	40,00	2	10,00	20	

Выздоровление также отмечалось за счет полного исчезновения обоих психопатологических радикалов. Результаты данного наблюдения могут свидетельствовать как о положительном влиянии флувоксамина на астенические состояния, так и о том, что у этих пациентов астенические состояния являлись вторичными, т.е. возникали в результате депрессии либо были обусловлены СГ. Оптимальной оказалась комбинированная терапия флувоксаином и танаканом, что связано с психоактивирующим антиастеническим эффектом танакана и безопасным анксиолитическим эффектом антидепрессанта. Подобный подход к терапии пациентов СГ с психопатологическими расстройствами способствует позитивным изменениям психического состояния и не утяжеляет проявлений СГ, является профилактикой развития манифестного гипотиреоза, психоэндокринного синдрома и в дальнейшем инвалидизации больных.

Проанализировав определенные формы и методы профилактики психических расстройств у больных СГ, мы выделили основные подходы к решению, связанные с профилактикой. Приступая к выполнению профилактических мероприятий, следует выбирать приоритетные направления пре-

венции в соответствии с клинико-динамическими особенностями и тяжестью психических расстройств. Профилактические мероприятия должны проводиться поэтапно, с учетом выраженности психических нарушений. В ходе лечебно-профилактических мероприятий необходимо осуществлять дифференцированный подход с учетом особенностей СГ, а также соблюдать такие принципы, как комплексность, последовательность и преемственность.

ВЫВОДЫ

1. Формирование психических расстройств при субклинической форме гипотиреоза определяется соматическими расстройствами, вызванными основным заболеванием, а социальные факторы следует рассматривать в качестве патогенетических. Внешние условия, в которых протекает заболевание, следует считать одной из причин, обуславливающих многообразие психопатологических проявлений.
2. Соматическая патология оказывает влияние на формирование тех или иных форм психических расстройств и на их выраженность.
3. Астенодепрессивные состояния при субклиническом гипотиреозе наблюда-

ются практически всегда, поэтому лечение лиц с психическими расстройствами следует начинать с лекарственных препаратов, терапевтический эффект которых направлен именно на указанную патологию и исключает отрицательное воздействие на функцию щитовидной железы. Это будет предупреждать развитие манифестного гипотиреоза и соответственно утяжеление психических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левченко И.А., Фадеев В.В. // Пробл. эндокринол. — 2002. — №2. — С.15.
2. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотериоз. Руководство для врачей. — М., 2002.
3. Sawin C. T. // Med. Clin. North Am. — 1985. — Vol. 69. — P. 989—1004.

4. Michalopoulou G., Alevizaki M., Piperinos G. et al. // Eur. J. Endocrinol. — 1998. — Vol. 138. — P. 141—145.

5. Yuen A. P., Wei W. L., Lam K. H., Ho C. M. // Clin. Otolaryngol. — Vol. 20. — P. 145—149.

Поступила 20.04.06.

CLINICAL AND THERAPEUTICAL PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS DURING SUBCLINICAL FORMS OF HYPOTHYROIDISM

E.B. Mikhailova

Summary

Clinico-dynamic peculiarities of psychological disorders in subclinical forms of hypothyroidism were studied, the role of biological, therapeutical and social factors was underlined. The efficacy of psychopharmacological and psychotherapeutical treatment was evaluated. Differential treatment options for these patients were introduced.

УДК 616.12+616.24] — 07:611 — 018.74

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ СОЧЕТАННОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.А. Мишина

Кафедра терапии (начальник — докт. мед. наук М. Качковский)
Самарского военно-медицинского института

На протяжении последнего десятилетия изучается роль дисфункции эндотелия в патогенезе различных заболеваний и, в первую очередь, сердечно-сосудистой и легочной систем [3]. Поскольку выраженность данных показателей может влиять на тяжесть клинической картины и развитие дыхательной и сердечной недостаточности, становится понятным интерес к изучению патогенетических механизмов возникновения и прогрессирования эндотелиальной дисфункции у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне ИБС, а также участия данного нарушения в синдроме "взаимногоотягощения".

Цель исследования — изучить состояние эндотелиальной функции у больных с обострением ХОБЛ, протекающим на фоне ИБС, и выявить роль дисфункции эндотелия в патогенезе синдрома "взаимногоотягощения" при сочетанной кардиореспираторной патологии.

Основой для настоящей работы послужили наблюдения за 366 больными, среди которых было 247 мужчин и 119 женщин. Пациенты поступали в пульмонологический центр г. Самары с 2002 по 2005 г. по поводу обострения ХОБЛ и имели ИБС в качестве сопутствующей патологии. Обсле-

дование больных велось по единому протоколу. Для оценки степени взаимного влияния респираторной и кардиальной патологии при сочетанном течении параллельно проводилось наблюдение за пациентами с изолированным течением ХОБЛ и ИБС. Пациенты были разделены на три группы: 1-я (177 чел.) — ХОБЛ в стадии обострения на фоне ИБС, 2-я (96) — ХОБЛ в стадии обострения, 3-я (93) — хронические формы ИБС. Возраст больных составлял соответственно $54,9 \pm 6,2$, $56,2 \pm 4,5$ и $56,7 \pm 4,6$ года. Больные были сопоставимы по полу, длительности заболеваний, стадии ХОБЛ (1-я группа: 80 больных со среднетяжелым течением, 97 с тяжелым; 2-я: 45 больных со среднетяжелым течением, 51 с тяжелым), функциональному классу (ФК) стабильной стенокардии (1-я группа: 19 больных с I ФК, 104 со II ФК, 54 с III ФК, 3-я группа: 21 больной с I ФК, 52 со II ФК, 20 с III ФК), степени дыхательной недостаточности (ДН), ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН). В качестве контроля обследовано 86 здоровых лиц, которые были сопоставимы по возрасту с пациентами групп наблюдения. Верификация диагноза и лечение осуществлялись на основании положений "Глобальной стратегии диагнос-