

УДК 616.43:616:89

*А.М. Дергачев***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНОЙ (ИННЕРВАЦИОННОЙ) И ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина

Ключевые слова: копулятивный цикл, нейрорегуляторная и психическая составляющие, аутоиммунный тиреоидит, сексуальное здоровье.

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) протекает с проявлениями явного или скрытого гипотиреоза, который влечет за собой дальнейшие более глубокие гормональные, соматические, неврологические и психические нарушения, которые у многих женщин приводят к нарушениям сексуального здоровья [7]. Щитовидная железа, действуя через локализованные в мозге механизмы поведения и регуляции целостной эндокринной системы, активно участвует в формировании поведенческих реакций, связанных с репродукцией [3]. При аутоиммунном тиреоидите страдает прежде всего биологический (медико-биологический) компонент сексуального здоровья, который оценивается состоянием нейрогуморальной, психической, иннервационной и генитальной составляющих. Психическая и иннервационная составляющие, связанные с деятельностью коры головного мозга, центральной и периферической нервной системы, обеспечивают нейро-психическую регуляцию сексуальной функции [6]. У больных АИТ возникают разнообразные психо-иннервационные расстройства, влияющие на проявления женской сексуальности. Возникающие нарушения сексуальной функции становятся причиной сексуальной дисгармонии супружеской пары, могут повлечь за собой моральные и физические страдания женщины, стать причиной развода и разрушения семьи [10].

Неврологические нарушения при гипофункции щитовидной железы впервые описаны В.Ордом в 1884 году и наиболее полно систематизированы Ю.Н. Аверьяновым [1]. Многие исследователи, выясняя клинические закономерности развития психопатологических явлений при нарушениях функции щитовидной

железы, отмечали, что общее направление развития психопатологической симптоматики при аутоиммунном тиреоидите с явлениями скрытого или явного гипотиреоза чаще всего идет от астении, на фоне которой легко формируется сенесто-ипохондрический и деперсонализационный симптомокомплекс, до стойкого апато-абулического синдрома и мнестико-интеллектуального снижения [2]. Подобная динамика психических расстройств отражает последовательные стадии изменения центральной нервной системы — от функционально-динамических сдвигов до органических нарушений. При этом начальный этап отделён от конечного цепью переходных состояний, характеризующихся конкретными психопатологическими синдромами, которые и определяют индивидуальную клиническую картину процесса. Смена психопатологических синдромов соответствует, как правило, переходу от одной стадии заболевания к другой. Иногда именно психические нарушения являются наиболее ранними клиническими признаками аутоиммунного тиреоидита [4]. При длительном, но сравнительно легком течении аутоиммунного тиреоидита психопатологическая симптоматика характеризуется расстройством единства влечений, нарушением инстинктов, побуждений и настроений. Подобные изменения психики, не доходящие до степени психоза, определяют общим термином «эндокринный психосиндром». Этот синдром не вызывается патологией какой-нибудь одной железы внутренней секреции, а встречается при различных эндокринных заболеваниях. Выраженность эндокринного психосиндрома в большой степени зависит от преморбидных и наследственных особенностей личности [8,9].

Материалы и методы исследований

В работе представлены данные собственных исследований, позволивших выделить три клинических синдрома нарушения нейрорегуляторной составляющей женского копулятивного цикла.

У 77 замужних женщин с аутоиммунным тиреоидитом исследовалось состояние нейрорегуляторной (иннервационной) и психической составляющих копулятивного цикла. В качестве критериев оценки исследовали наличие или отсутствие признаков поражения кортикального, субкортикального, спинального, рецепторного уровней вегетативной регуляции. Изучение неврологического статуса включало исследование черепной иннервации, мышечного тонуса, объёма движений в конечностях, исследование сухожильно-периостальных рефлексов, статики и координации, кистевых рефлексов и пато-

логических стопных знаков. Изучение состояния вегетативной нервной системы включало исследование вегетативного тонуса, вегетативной обеспеченности деятельности, вегетативной реактивности. Психопатологическую и патопсихологическую картину оценивали методами наблюдения, клинически ориентированной беседы, анализа анамнеза и подлинной медицинской документации. Кроме этого, были использованы методы психодиагностики, преимущественно методы самооценки (по Л.Ф.Бурлачук, С.М.Морозов, 1999.), а именно: шкала депрессии Зунга, опросник уровня невротизации и психопатизации, разработанный НИИ неврологии и психиатрии им. В.М.Бехтерева, шкала тревоги Тейлора, опросник САН, опросник нервно-психического напряжения (НПН), шкала астенического состояния Л.Д.Малковой.

Результаты исследований и их обсуждение

Все неврологические проявления при АИТ, зависевшие от длительности и тяжести заболевания, отмечались у всех пациенток и были связаны с преимущественно функциональными, нейродинамическими и дисциркуляторными нарушениями. Выделено три клинических синдрома. Чаще других у 39 (50,6%) женщин наблюдались функциональные расстройства в виде различных неврозоподобных синдромов. Причем, эти нарушения отмечались у пациенток с различной длительностью заболевания: у 18 (100,0%), болевших менее 1 года, у 21 (65,6%) с длительностью от 1 до 3 лет и не встречались у болеющих более 3 лет. Чаще всего они наблюдались при диффузной форме АИТ у 37 (75,5%) и у 2 (8,0%) с узловой формой и не отмечались у больных с атрофической формой заболевания. Таким образом, синдром функциональных расстройств достоверно чаще встречался у пациенток, болевших менее 1 года с диффузной формой АИТ.

У 17 (22,1%) пациенток отмечались проявления синдрома нервно-мышечных расстройств. Он не встречался у женщин, болевших АИТ менее 1 года, но был выявлен у 3 (9,4%) женщин, болевших от 1 до 3 лет, у 10 (83,3%), болевших от 3 до 5 лет и у 4 (26,7%), болевших более 5 лет. Синдром нервно-мышечных расстройств проявлялся в виде патологической мышечной утомляемости, мышечной слабости, изменении мышечного тонуса. Причем, при диффузной форме он был у 5 (10,2%), при узловой — у 11 (44,0%) и при атрофической форме АИТ — у 1 (33,3%) женщины. Таким образом, синдром нервно-мышечных рас-

стройств чаще формируется у женщин, с узловой формой болезни, длительностью от 3 до 5 лет.

У 21 (27,3%) женщин выявлен синдром поражения вегетативной нервной системы. Вегетативные расстройства чаще всего проявлялись в виде вегетативно-сосудистых нарушений с церебрально-сосудистыми кризами. К проявлениям этого синдрома относили и кожно-трофические расстройства, протекавшие в виде постоянной или периодической сухости кожи, ломкости волос и ногтей, кератоза ладоней и подошв.

К вегетативной группе расстройств можно также можно отнести и вегетативно-висцерально-сосудистый синдром с выраженной астенией. Синдром поражения вегетативной нервной системы не встречался у женщин, болевших менее 1 года. Однако он был выявлен у 8 (25,0%), болевших от 1 до 3 лет, у 2 (16,7%) женщин, болевших от 3 до 5 лет, а среди болевших более 5 лет выявлен у 11 (73,3%). Синдром поражения вегетативной нервной системы был выявлен у 7 (14,3%) пациенток с диффузной, у 12 (48,0%) с узловой и у 2 (66,7%) с атрофической формой АИТ. Таким образом, синдром поражения вегетативной нервной системы чаще отмечался у пациенток с атрофической формой АИТ, длившегося более 5 лет.

При изучении психического статуса обследованных женщин оказалось, что те или иные психопатологические проявления имелись у всех пациенток. Так, у 39 (50,6%) женщин отмечался эксплозивный, у 18 (23,3%) истерический, у 15 (19,4%) астенический и у 5 (6,5%) обсессивно-

фобический синдром.

У 52 (67,5%) женщин отмечалось снижение когнитивных функций. У 23 (29,9%) временами появлялось чувство суетливости, у 21 (27,2%) внутреннего напряжения, раздражительности, повышенной обидчивости, ранимости. У 15 (19,5%) женщин периодически появлялось чувство страха, особенно по утрам. У 48 (62,3%) отмечалась повышенная чувствительность к звукам и свету. У 39 (50,9%) женщин периодически развивалось психопатоподобное поведение по типу эксплозивного и/или дистимического – склонность к конфликтам, повышенная возбудимость, надоедливость, неуживчивость, ворчливость, на фоне которых легко формируются сексуальные дисгармонии.

В ходе специального психологического исследования установлено, что у 19 (24,7%) женщин имели место слабо выраженная степень напряжения, у 20 (25,9%) умеренное, а у 38 (49,3%) выраженное нервно-психическое напряжение. У 13 (16,9%) больных отмечалась слабовыраженная астения, у 20 (25,9%) астения была умеренной, а 44 (57,1%) отмечали выраженную астению. У 32 (41,6%) женщин выявлена слабая степень, у 31 (40,2%) умеренная степень снижения настроения, а у 14 (18,9%) была выявлена депрессия. В ходе исследования была выявлена зависимость степени выраженности нервно-психического напряжения, астении и сниженного настроения от давности и формы заболевания. Установлено, что при большей длительности течения АИТ степень выраженности этих нарушений была большей.

Слабо выраженная степень нервно-психического напряжения у пациенток с длительностью болезни менее 1 года была у 12 (66,7%), при сроке болезни от 1 до 3 лет у 5 (15,6%), от 3 до 5 лет у 1 (8,3%), свыше 5 лет также у 1 (6,7%). Умеренная степень нервно-психического напряжения при давности заболевания до 1 года выявлена у 4 (22,2%), от 1 до 3 лет у 11 (34,4%), от 3 до 5 лет у 3 (25%), а при давности заболевания свыше 5 лет у 2 (13,3%) пациенток. Выраженная степень нервно-психического напряжения при длительности заболевания менее 1 года отмечалась у 2 (11,1%), при сроке от 1 до 3 лет у 16 (50,0%), от 3 до 5 лет у 8 (66,7%), а свыше 5 лет у 12 (80,0%) женщин.

Такая же закономерность выявлена и в отношении степени астении. Так, слабо выраженная астения при сроке заболевания менее 1 года отмечалась у 8 (44,4%), от 1 до 3 лет у 3 (9,4%), от 3 до 5 лет у 1 (8,3%), а свыше 5 лет у 1 (6,7%) больной. Умеренная степень ас-

тении при длительности АИТ менее 1 года выявлена у 7 (38,9%), от 1 до 3 лет у 10 (31,2%), от 3 до 5 лет у 2 (16,7%), а при длительности свыше 5 лет у 1 (6,7%) больной. Выраженная степень астении при сроке болезни менее 1 года была у 3 (16,7%), от 1 до 3 лет у 19 (59,4%), от 3 до 5 лет у 9 (75,0%), а свыше 5 лет у 13 (86,6%) пациенток.

В ходе исследования установлено, что слабая степень снижения настроения в группе болевших АИТ менее 1 года отмечена у 12 (66,7%) пациенток, от 1 до 3 лет у 14 (43,7%), от 3 до 5 лет у 3 (25,0%), а у болевших более 5 лет слабая степень снижения настроения не встречалась. Умеренная степень снижения настроения при сроке болезни менее 1 года выявлена у 6 (33,3%) пациенток, от 1 до 3 лет у 15 (46,9%), от 3 до 5 лет у 5 (41,7%), а свыше 5 лет у 5 (33,3%). Депрессия или выраженная степень снижения настроения при длительности АИТ менее 1 года не встречалась, от 1 до 3 лет наблюдалась у 3 (9,4%), от 3 до 5 лет у 4 (33,3%), а свыше 5 лет у 7 (46,7%) пациенток.

В ходе исследований нами выявлена зависимость формы заболевания и степени психологических отклонений. Так, у пациенток с диффузной (гиперпластической) формой АИТ слабая степень нервно-психического напряжения выявлена у 16 (32,6%), умеренная у 15 (30,6%), выраженная у 18 (36,7%). При узловой форме преобладала выраженная степень нервно-психического напряжения. Слабая степень была у 3 (12,0%) женщин, умеренная у 4 (16,0%), а выраженная степень нервно-психического напряжения обнаружена у 18 (72,0%). У 1 (33,3%) пациентки с атрофической формой АИТ выявлена умеренная степень, а у 2 (66,6%) выраженная степень нервно-психического напряжения. Слабая степень астении чаще отмечалась у пациенток с диффузной формой АИТ – 11 (22,4%), при узловой у 2 (8,0%) и не встречалась при атрофической форме. Умеренная степень астении при диффузной форме АИТ выявлена у 13 (26,5%), при узловой у 7 (28,0%) и не обнаружена у пациенток с атрофической формой. Выраженная степень астении у пациенток с диффузной формой выявлена у 25 (51,0%), с узловой у 16 (64,0%), и у 3 (100,0%) с атрофической формой АИТ.

Такая же закономерность выявлена и при исследовании степени снижения настроения. Так, слабая степень выявлена у 24 (49,0%) пациенток с диффузной формой АИТ, у 8 (32,0%) с узловой и не встречалась при атрофической форме заболевания. Умеренная степень снижения настроения выявлена у 21 (42,8%) пациенток с диффузной формой АИТ, у 10 (40,0%) с узловой и не вы-

явлена при атрофическом варианте. В то же время выраженная степень снижения настроения (депрессия) при диффузной форме выявлена у 4 (8,2%), у 7 (28,0%) при узловой и у 3 (100,0%) с атрофической формой АИТ. Таким образом, наиболее тяжкие психопатологические расстройства выявлены у пациенток болевших более 3 лет при

узловой и атрофической формах АИТ.

Психические нарушения являются наиболее ранними клиническими признаками аутоиммунного тиреоидита. Наиболее тяжелые психопатологические расстройства формируются при длительном течении АИТ при узловой и особенно атрофической форме заболевания.

О.М.Дергачов

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНОЇ (ИННЕРВАЦІЙНОЇ) ТА ПСИХІЧНОЇ СКЛАДОВИХ БІОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК ПРИ АУТОІММУННОМУ ТИРЕОІДИТІ

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У роботі наводяться дані власних досліджень 77 пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом (АИТ). Вивчено клінічні особливості порушення нейрорегуляторної та психічної складових жіночого копулятивного циклу.

Виділено три основних синдроми порушення нейрорегуляторної складової. У половини пацієнток відзначався синдром функціональних розладів, що виявлявся у вигляді різних неврозоподібних станів. У п'ятій частини пацієнток були прояви синдрому нервово-м'язових розладів з патологічною м'язовою стомлюваністю, м'язовою слабкістю, зміною м'язового тону. У третини пацієнток виникав синдром поразки вегетативної нервової системи у вигляді вегетативно-судинних порушень з церебрально-судинними кризами (панічні атаки) та астенією. До цього ж синдрому також відносили шкірно-трофічні розлади. Оцінюючи стан психічної складової, встановлено, що приблизно в половини пацієнток відзначався експлозивний, у чверті істеричний, у п'ятій частини астенічний синдром.

У роботі наводяться дані спеціального психологічного дослідження, де виділені три ступені ваги виразності нервово-психічної напруги, астенії та зниженого настрою.

Встановлено, що психічні порушення є найбільш ранніми клінічними проявами АИТ. Найбільш важкі психоневрологічні розлади при АИТ формуються при тривалому плині, у пацієнток з вузловою та атрофічною формами захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2001. — № 1 (8). — С. 31-34)

A.M.Dergachov

CLINICAL FEATURES OF DISTURBED NEUROREGULATORY (INNERVATIONAL) AND PSYCHIC COMPONENTS OF THE BIOLOGIC COMPONENT OF SEXUAL HEALTH IN WOMEN UNDER AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Donetsk Regional Clinical Territorial Association.

The work presents findings of our investigation of 77 patients with autoimmune thyroiditis (AIT). Clinical features of disturbed neuroregulatory and psychic components of the female copulative cycle have been studied.

The basic syndromes of the disturbed neuroregulatory component have been determined. Half of the patients have been noted to have the syndrome of functional disturbances manifested in the form of various neurosislike conditions. One-fifth of the patients had manifestations of the syndrome of neurovascular disturbances with pathologic muscular fatigability, myasthenia, altered muscular tension. One-third of the patients developed the syndrome of the impaired vegetative nervous system in the form of vegetovascular disturbances with cerebrovascular crises (panic attacks) and asthenia. Some dermatotrophic disturbances were also included into this syndrome. Assessment of the psychic component state has shown that approximately one-half of the patients have explosive, one-fourth – hysteric and one-fifth – asthenic syndrome.

The work presents findings of a special psychologic study defining three degrees of the pronouncement of neuropsychic tension, asthenia and low spirits.

Psychic disturbances have been found to be the earliest clinical manifestations of AIT. The greatest psychoneurotic disturbances in AIT develop in a prolonged course, in patients with nodular and atrophic forms of the disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 31-34)

Литература

1. Аверьянов Ю.Н. Неврологические проявления гипотиреоза. // Неврологический журн. — 1996. — №1. — С. 25 — 29.
2. Белкин А.И. Нервно-психические нарушения при заболеваниях щитовидной железы. — М. Медицина, 1973. — 230 с.
3. Буявичус Р. Аффективная патология и функция системы гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа у больных аутоиммунным тиреоидитом женщин // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1994. — №6. — 49 -52.
4. Буявичус Р. Психическая патология у больных аутоиммунным тиреоидитом. // Журн. Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — №1. — С. 24 — 28.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер Ком, 1999, — 528 с.
6. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.1. Нормальная

сексология. — Харьков: ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. — 352 с.

7. Щеглов Л.М. Психосоматическая модель сексуальных расстройств. // Независимый психиатрический журнал. — 1996. — №1. — С. 37 — 38.

8. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: diagnosis and treatment. /Kothbauer — Margreiter I., Sturzenegger M., Komor J. et al. // J. Neurol. — 1996. — Vol.243, №8. — P.585 — 593.

9. Subclinical hyrothyroidism resulting from autoimmune thyroiditis in female patients with endogenous depression/ Castro N., Scafidi V., Lo Baido R. et al. // J. Endocrinol. Investig.- 1994. — Vol.17, N8. — P.641-646.

10. Thyroid autoimmunity and female gender [Review] [44 refs] /Chiovato L., Lapi P., Fiore E., Tonacchera M., Piucherra A. // J. Endocrinol. Investig. — 1993. — Vol.16, N5. — P.384-391.

Поступила в редакцию 6.05.2001г.