

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ



Шерматова Нилуфар Абдугаффаровна¹, Саидходжаева Саида Набиевна²

1 - Республиканский специализированный научно – практический медицинский Центр эндокринологии им. акад. Ё. Х. Туракулова, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БИРЛАМЧИ ГИПОТИРЕОЗДА КОГНИТИВ-ЭМОЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ТУЗИЛИШИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИ

Шерматова Нилуфар Абдугаффаровна¹, Саидходжаева Саида Набиевна²

1 - Академик Ё. Х. Туракулов номидаги Республика ихтисослаштирилган эндокринология илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

STRUCTURE AND FEATURES OF COGNITIVE AND EMOTIONAL DISORDERS IN PRIMARY HYPOTHYROIDISM

Shermatova Nilufar Abdugafforovna¹, Saidkhodjaeva Saida Nabievna²

1 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Yo. Kh. Turakulov, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: nodirah28@gmail.com

Резюме. *Замонавий тиббиёт амалиётида гипотиреоз тиреоид гормонлар даражасининг етарли эмаслиги билан белгиланадиган клиник ҳолат сифатида қаралади. Тиреоид гормонлар етишмовчилиги кўпга асоратларни келтириб чиқариши мумкин, бу кўпинча қайтариб бўлмайдиган оқибатларга олиб келади. Биринчи навбатда, бу жараёнлар асаб-руҳий тизимга таъсир кўрсатади, гипотиреозда бузилишлар энг кўп учрайди. Мақсад. Бирламчи гипотиреоз билан оғриган беморларда когнитив ва ҳиссий бузилишларнинг клиник-неврологик ва нейрпсихологик хусусиятларини аниқлаш. Усуллар. Ушбу иш "Бирламчи гипотиреоз" таъхиси қўйилган 19 ёшдан 60 ёшгача бўлган 110 нафар беморнинг батафсил таҳлилига асосланган. Назорат гуруҳига нейрпсихологик ҳолатни баҳолаш учун шикоят қилмайдиган ва эндокрин патологияси бўлмаган, жинси ва ёши бўйича таққосланадиган 30 киши киритилди. Барча беморлардан тадқиқотда иштирок этишига розилик олинди. Когнитив ўзгаришлар руҳий ҳолатни баҳолашининг қисқа шкаласи - MMSE ва пешона дисфункцияси батареяси - FAB ёрдамида аниқланди. Хавотирланиш ҳолати Ч.Д. Спилбергер - Ю.Л. Ханин услуги бўйича баҳоланди. Натижалар. MMSE тест натижаларига кўра, 19-40 ёшли гипотиреоз билан оғриган беморларда энгил когнитив дисфункцияларнинг мавжудлиги қайд этилган бўлса, 41-60 ёшли беморларда когнитив фаолиятнинг ўртача бузилишлари кўпроқ кузатилган. Ч.Д. Спилбергер-Ю.Л. Ханин тести маълумотларига кўра, беморлар гуруҳига қараб СТ ва ЛТ таҳлил қилинганда, статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар ($p < 0,001$) аниқланди, бу эса психоэмоционал бузилишларнинг намоён бўлиши даражаси асосий касалликнинг оғирлигига боғлиқлигини кўрсатди. Хулоса. Олинган натижалар бирламчи гипотиреоз билан оғриган беморларда одатда энгил ёки ўртача даражадаги когнитив дисфункция мавжудлигини тасдиқлайди. Шу билан бирга, психоэмоционал соҳанинг кучайиб бораётган бузилишлари касалликнинг умумий кечишига ҳам, ушбу топифадаги беморларнинг когнитив фаолиятига ҳам жуда салбий таъсир кўрсатади.*

Калим сўзлар: *когнитив етишмовчилик, катталар, гипотиреоз, руҳий-ҳиссий бузилишлар.*

Abstract. *In modern medical practice, hypothyroidism is considered a clinical condition determined by insufficient levels of thyroid hormones. Thyroid hormone deficiency can provoke the development of numerous complications, often with irreversible consequences. First of all, these processes affect the nervous and mental system, disorders in which are most common in hypothyroidism. Objective. To determine the clinical, neurological, and neuropsychological features of cognitive and emotional impairments in patients with primary hypothyroidism. Methods. This study is based on a detailed*

analysis of 110 patients aged 19 to 60 years, diagnosed with primary hypothyroidism. The control group for assessing the neuropsychological state included 30 individuals with no complaints and no endocrine pathology, comparable by gender and age. All patients gave their consent to participate in the study. Cognitive changes were assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Frontal Area Battery (FAB). Anxiety was assessed using the C.D. Spielberger – Yu.L. Khanin method. Results. According to the MMSE testing results, mild cognitive dysfunction was observed in patients with hypothyroidism aged 19-40 years, while moderate cognitive impairment was more common in patients aged 41-60 years. According to the C.D. Spielberger – Yu.L. Khanin test, when analyzing ST and LT depending on the group of patients, statistically significant differences ($p < 0.001$) were established, which indicated that the severity of psychoemotional disorders depends on the severity of the underlying disease. Conclusion. The obtained results confirm the presence of cognitive dysfunction, typically mild to moderate, in patients with primary hypothyroidism. Furthermore, progressive psychoemotional disturbances have an extremely negative impact on both the overall course of the disease itself and the cognitive performance of these patients.

Keywords: cognitive deficit, adults, hypothyroidism, psychoemotional disorders.

Введение. В современной медицинской практике, гипотиреоз рассматривается как клиническое состояние, детерминированное недостаточным уровнем тиреоидных гормонов. Эта эндокринная патология является наиболее часто встречающейся и, исходя из причин возникновения, подразделяется на первичную форму (около 95% случаев) и вторичную, также называемую как центральный или гипоталамо-гипофизарный гипотиреоз. Первичный гипотиреоз возникает вследствие непосредственного поражения щитовидной железы. В отличие от этого, вторичный гипотиреоз обусловлен дисфункцией гипофиза и/или гипоталамуса.

В зависимости от тяжести проявлений, гипотиреоз классифицируют на субклинический (легкая форма), манифестный (умеренная форма) и осложненный (тяжелая форма). Распространенность манифестного гипотиреоза варьируется от 0,2% до 2% среди населения, тогда как субклинический гипотиреоз поражает до 10% людей [1].

В современном понимании, гипотиреоз не ограничивается только эндокринным заболеванием, поскольку гормоны щитовидной железы имеют решающее значение для оптимального функционирования всех органов и систем организма. Следовательно, для поддержания здоровья и нормальной деятельности организма в целом, а не только эндокринной системы, необходим достаточный уровень гормонов щитовидной железы. В зависимости от степени тяжести гипотиреоза требуются различные стратегии диагностики и лечения, принимая во внимание возможное воздействие на различные органы и системы. Дефицит тиреоидных гормонов, вызванный разнообразными факторами, способен спровоцировать развитие множества осложнений, зачастую с необратимыми последствиями. В первую очередь, эти процессы оказывают влияние на нервно-психическую систему, нарушения в которой являются наиболее частыми при гипотиреозе [2].

При недостаточной функции щитовидной железы когнитивные и эмоциональные расстройства могут варьироваться в широком диапазоне:

от незначительных проблем с памятью и замедления мышления до выраженных психотических состояний, характеризующихся иллюзиями и галлюцинациями. В особо тяжёлых случаях пациенты испытывают апатию, значительное снижение когнитивных способностей и замедление речи. Нейропсихологическое обследование, помимо нарушений памяти, внимания и мышления, часто обнаруживает отклонения в практике и зрительно-пространственном восприятии. Тяжесть и характер этих расстройств индивидуальны и требуют тщательной оценки для определения оптимальной стратегии лечения [3,4].

В 2005 году Н.Н. Яхно предложил систематизацию когнитивных нарушений, в соответствии с которой выделяют три уровня их выраженности: лёгкий, умеренный и тяжёлый. Тяжёлые когнитивные расстройства характеризуются значительным ограничением возможностей пациента в профессиональной сфере и в повседневной жизни. Такие отклонения серьёзно влияют на способность человека выполнять привычные задачи. Умеренные когнитивные нарушения рассматриваются как приобретённые расстройства различной природы. Они не оказывают существенного влияния на профессиональную и бытовую активность, однако создают определённые трудности при выполнении сложных или нестандартных задач, требующих высокой концентрации внимания и когнитивной гибкости. Незначительные когнитивные нарушения возможно выявить посредством нейропсихологической диагностики, при этом фиксируются замедление скорости психомоторных ответов, а также отмечаются проблемы с поддержанием и фокусировкой внимания, умеренное ухудшение кратковременной памяти [5,6].

В предыдущих научных исследованиях были зафиксированы убедительные свидетельства о взаимосвязи между гипотиреозом и умеренными когнитивными расстройствами. Авторы этих работ указывали на ухудшение внимания, памяти, когнитивных способностей, небольшие нарушения логического мышления, причём некоторые из них могли быть слабо выражены [7,8].



Рис. 1. Общее распределение пациентов по полу

Научно доказано, что когнитивные нарушения при гипотиреозе в основном проявляются в легкой или умеренной форме. Только у незначительной части пациентов с этой патологией возможно развитие серьезных изменений в высших корковых функциях, проявляющихся симптомами деменции. Разнообразие клинических проявлений когнитивных расстройств у людей с гипотиреозом неоднократно отмечалось как российскими, так и зарубежными исследователями. Однако, до сих пор нет четкого консенсуса относительно природы, времени начала и степени выраженности когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов, страдающих этим заболеванием.

Следовательно, актуальность изучения проблем гипотиреоза в клинической практике обусловлена тем, что дефицит гормонов щитовидной железы может приводить к серьезным осложнениям, затрагивающим все органы и системы организма. Центральная нервная система также подвержена негативному воздействию, что проявляется в виде когнитивных и психоэмоциональных дисфункций.

Цель исследования. Определить клинико-неврологические и нейропсихологические особенности когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с первичным гипотиреозом.

Материалы и методы. В основу настоящей работы был положен детальный анализ 110 пациентов в возрасте от 19 до 60 лет, с диагнозом «Первичный гипотиреоз». Критериями исключения из исследования были: возраст моложе 19 и старше 60 лет; присутствие выраженных отклонений в психической деятельности; тяжёлые органические изменения головного мозга; эпилептиформные (в том числе эпилепсия) расстройства; тяжелая сопутствующая соматическая патология; отсутствие письменного согласия на участия в исследовании.

Из общего количества пациентов лиц мужского пола было – 40 (36,36%), женского пола – 70 (64,64%) (рис. 1).

Пациенты от 19 до 40 лет, составляли – 65 (59,09%) больных, из них – 22 (33,8%) мужчины и – 43 (66,2%) женщины. Лиц от 41 до 60 лет было обследовано – 45 (40,9%) больных, из них мужчин было – 18 (40,0%) пациентов и женщин – 27 (60,0%) больных. В контрольную группу для оценки нейропсихологического состояния, было включено 30 человек, не предъявляющих жалоб и не имеющих эндокринной патологии, сопоставимых по полу и возрасту. Из них лица от 19 до 40 лет составляли – 15 (50%) пациентов и от 41 до 60 лет – 15 (50%) больных.

При сравнительной оценке пола ($p = 0,509$), методом *Хи-квадрат Пирсона*, нам не удалось определить статистически достоверных различий.

В соответствии со степенью тяжести заболевания, все пациенты были разделены на две терапевтические группы: I-группа – 59 (53,6%) больных с манифестным гипотиреозом (МГ), уровень ТТГ которых находился в пределах от $7,7 \pm 3,1$ до $13,0 \pm 5,5$ мМЕд/мл, Т4св – от $9,3 \pm 1,6$ до $10,5 \pm 1,6$ пмоль/л, Анти ТПО – от 185,7 до 292,1 Ед/л; II-группа – 51 (46,3%) пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ), содержание ТТГ которых имела диапазон от $6,2 \pm 1,5$ до $7,1 \pm 1,4$ мМЕд/мл, Т4св – от $14,5 \pm 1,8$ до $14,7 \pm 1,8$ пмоль/л, Анти ТПО – от 130,8 до 203,0 Ед/л.

Обстоятельное обследование пациентов было проведено по единой схеме, содержащей в себе соматический и детальный неврологический осмотр по стандартной методике [9,10]. Обследование включало в себя сбор и анализ жалоб пациентов, данных анамнеза заболевания и жизни.

Анализ процессов высшей корковой деятельности осуществлялся при помощи комбинации нейрокогнитивных тестов, позволяющих дать детальную оценку процессам мышления, внима-

ния, долговременной и кратковременной памяти. Эмоциональную сферу изучали при помощи теста ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

Краткая шкала оценки психического статуса (англ. «Mini-Mental State Examination» – MMSE), считается мировым стандартным скрининговым нейропсихологическим методом оценки состояния высшей корковой деятельности, кроме того, данная шкала, является наиболее применяемой и рекомендуемой специалистами в области когнитивного функционирования [11]. Батарея лобной дисфункции (англ. «Frontal Assessment Battery» – FAB) является наиболее информативной при определении когнитивных дисфункций, ассоциированных с повреждением подкорковых и префронтальных структур головного мозга [12]. FAB содержит в себя 6 проб, оценивающих различные функции лобных долей. Для оценки уровня тревожности применялась шкала Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. Шкала является единственной методикой, позволяющей дифференцированно анализировать тревожность и как свойство личности (личностная тревожность), и как состояние (реактивная тревожность) [13].

Результаты исследования. При анализе неврологического статуса у пациентов двух терапевтических групп, со стороны черепно-мозговых нервов были выявлены статистически значимые различия по следующим показателям: болезненность гл. яблок (симптом Данцинг-Кунакова – $p=0,006$); ограничение движений гл. яблок ($p=0,034$); горизонтальный мелко-размашистый нистагм ($p=0,009$), асимметрия носогубных складок ($p=0,028$). Кроме этого, статистически значимые различия были установлены в показателях рефлекторной системы, это гиперрефлексия в верхних конечностях ($p=0,045$), гипорефлексия в нижних конечностях ($p=0,017$), а также координаторной сферы: атаксия ($p=0,034$); неустойчивость в позе Ромберга ($p=0,013$); интенционный тремор ($p=0,025$). Все эти вышеуказанные симптомы, как и экстрапирамидный синдром, достоверно чаще встречались в группе пациентов с манифестным гипотиреозом по сравнению с субклиническим гипотиреозом (*используемые методы:*

Хи-квадрат Пирсона, Точный критерий Фишера). Таким образом, у пациентов двух групп со стороны черепно-мозговых симптомов отмечалась мелкоочаговая неврологическая симптоматика, а проявления двигательных периферических признаков, мы связывали с начальными стадиями периферической полиневропатии на фоне гипотиреоза. По данным литературы, при полиневропатиях связанных с гипотиреозом, обычно отмечаются снижения мышечного тонуса, сухожильных рефлексов. Нарушения вибрационной чувствительности и проприоцепции, как правило, выражены слабо. Частота данных полиневропатий колеблется от 3,2 до 90,5%, это зависит от степени тяжести гипотиреоза [16].

При нейропсихологическом тестировании, в первую очередь были проанализированы жалобы пациентов, которые в основном были на нарушения функции памяти, внимания, мышления, здесь стоит отметить, что так как предъявляемые жалобы и в дальнейшем полученные результаты тестирования в обеих группах были практически одинаковые, мы всех обследуемых пациентов ($n=110$), для удобства расчётов, объединили под общей группой пациентов с первичным гипотиреозом.

На нарушение памяти из общего числа обследованных ($n=110$), жаловались – 52 (47,3%) пациента, при этом – 58 (52,7%) больных, подобных жалоб не предъявляли. Снижение концентрации внимания отмечалось у – 60 (54,5%) пациентов и отрицали наличие данного признака – 50 (45,5%) больных. Самый маленький процент, составляли больные с жалобами на снижение мышления – 40 (36,4%), при этом у – 70 (63,6%) пациентов подобных жалоб не отмечено. Все выше указанные жалобы были значительно выше показателей контрольной группы. В результате оценки нарушения памяти ($p < 0,001$), нарушения внимания ($p < 0,001$), нарушения мышления ($p = 0,016$) в зависимости от категории, нами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,016$ соответственно) (*используемые методы: Хи-квадрат Пирсона, Хи-квадрат Пирсона, Хи-квадрат Пирсона*).

Таблица 1. Анализ MMSE (балл) в зависимости от категории

Показатель	Баллы	Категория		p
		Больные	Контроль	
MMSE (балл)	24	1 (0,9)	0 (0,0)	< 0,001*
	25	7 (6,4)	0 (0,0)	
	26	36 (32,7)	1 (3,3)	
	27	26 (23,6)	6 (20,0)	
	28	24 (21,8)	11 (36,7)	
	29	11 (10,0)	4 (13,3)	
	30	5 (4,5)	8 (26,7)	

*Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)*

Таблица 2. Анализ FАВ-тестирования (степень) в зависимости от категории

Показатель	Баллы	Категория		р
		Больные	Контроль	
FAB (степень)	18-16	71 (64,5)	28 (93,3)	0,023*
	15-14	34 (30,9)	2 (6,7)	
	13-12	4 (3,6)	0 (0,0)	
	11 и меньше	1 (0,9)	0 (0,0)	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 3. Анализ тревожности (балл) в зависимости от группы пациентов

Показатели	Категории	Группа			р
		М ± SD	95% ДИ	n	
СТ (балл)	Субклинический	38,5 ± 10,5	35,5 – 41,4	51	< 0,001*
	Манифестный	47,5 ± 8,0	45,4 – 49,5	59	
ЛТ (балл)	Субклинический	40,8 ± 9,6	38,1 – 43,5	51	< 0,001*
	Манифестный	51,5 ± 7,5	49,6 – 53,5	59	

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При анализе общего результата MMSE-тестирования было выявлено, что из 110 обследованных пациентов у – 70 (63,63%) больных суммарный результат тестирования составлял – 27 и менее баллов. Из них у – 36 (32,7%) больных общий результат равнялся – 26 баллам; – 26 (23,6%) пациентов набрали – 27 баллов; у – 7 (6,4%) пациентов было – 25 баллов; – 24 балла набрал – 1 (0,9%) больной (табл. 1).

У – 24 (21,8%) пациентов основной группы и – 11 (10,0%) лиц контроля, итоговый результат составлял – 28 и – 29 баллов соответственно. Со всеми заданиями MMSE-тестирования, из – 40 (36,36%) пациентов, набравших – 28 и более баллов, справились, т.е. набрали за тест наибольшее количество баллов (30 баллов), лишь – 5 (4,5%) обследованных. Таким образом, выполнение заданий MMSE-тестирования, пациентами основной группы, было достоверно ($p < 0,001$) хуже, нежели лицами контрольной группы. В результате сравнительного анализа в зависимости от набранного балла, были установлены существенные межгрупповые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: *Хи-квадрат Пирсона*). Связь категории и MMSE (балл) была средней (V Крамера = 0,42).

По полученным результатам анализа MMSE, нами были определены средние показатели тестирования пациентов с первичным гипотиреозом и группы контроля. Так в группе больных с гипотиреозом, средние значения MMSE-тестирования составляли – 27,1 ± 1,3 балла. У лиц группы контроля, аналогичные показатели, равнялись – 28,4 ± 1,2 баллам, что соответствовало пределам референсных значений. Согласно полученным данным при сравнении MMSE в зависимости от категории, были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: *t-критерий Стьюдента*).

Сравнительный анализ баллов MMSE в зависимости от возраста пациентов обеих терапевтических групп (МГ и СГ), показал средний результат, у пациентов 19-40 лет – 27,2 ± 1,4 балла, что приходилось на границу легких и умеренных когнитивных нарушений, а у пациентов 41-60 лет – 26,8 ± 1,1 балла, который соответствовал умеренной выраженности когнитивного дефицита. Данное положение объясняется тем, что у более молодых пациентов, когнитивные нарушения при гипотиреозе, как правило носят функциональный и обратимый характер, тогда как у больных более старшего возраста, когнитивный дефицит приобретает более выраженный характер и причинами тому могут быть длительность заболевания, снижение нейропластичности и сопутствующие возрастные изменения.

Таким образом по полученным результатам видно, что наличие легких когнитивных дисфункций преобладало у пациентов с гипотиреозом 19-40 лет, тогда как умеренные расстройства когнитивной деятельности были более присущи пациентам 41-60 лет.

По результатам тестирования «батарея лобных дисфункций – FАВ» были определены следующие значения (табл. 2.).

В группе больных гипотиреозом – 16-18 баллов было определено у – 71 (64,5%) пациента, что соответствовало нормальным показателям тестирования. Идентичные показатели из группы контроля набрали – 28 (93,3%) респондентов. Итоговые значения – 14-15 баллов были зафиксированы у – 34 (30,9%) пациентов, тогда как в контрольной группе у – 2 (6,7%) респондентов, 13-12 балла у – 4 (3,6%) больных и у – 1 (0,9%) пациента было – 11 баллов. Таким образом по результатам FАВ-тестирования у – 38 (34,54%) пациентов с гипотиреозом была отмечена умеренная лобная дисфункция, а у – 1 (0,9%) пациента выявлена вы-

раженная степень лобной дисфункции или как высказываются некоторые авторы деменция лобного типа. При сравнительном анализе FAV (степень) в зависимости от категории, нами были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,023$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона). Связь категории и FAV (степень) была слабой (V Крамера = 0,26).

В соответствии с полученными результатами были определены средние значения FAV-исследования, так в группе больных с первичным гипотиреозом средние показатели тестирования, находились на границе между умеренной лобной дисфункцией и отсутствием лобной дисфункции – $16,1 \pm 1,5$ балла. В контрольной же группе полученные результаты констатировали отсутствие лобной дисфункции – $16,8 \pm 1,0$ балла.

По данным ранее проведенных исследований, у лиц, страдающих гипотиреозом также достаточно часто обнаруживаются клинические проявления тревожных состояний. Биологическими механизмами формирования тревожных расстройств являются изменения обмена медиаторов ГАМК – гаммааминомасляная кислота, серотонина, адреналина, норадреналина в головном мозге, что возникает и при гипотиреозе [14].

Состояние психоэмоциональной сферы у пациентов обследуемых групп оценивали по уровню тревожности с помощью теста Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, позволяющего определить степень ситуационной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности. Балльная оценка в зависимости от группы продемонстрировала, что в группе пациентов с субклиническим гипотиреозом достоверно ($p < 0,001$) доминировала СТ умеренной степени – $38,5 \pm 10,5$ балла, тогда как в группе больных с манифестным гипотиреозом статистически значимо ($p < 0,001$) преобладала СТ высокой степени – $47,5 \pm 8,0$ балла (табл. 3).

Аналогичная картина наблюдалась и с показателями ситуационной тревожности, так в группе больных с субклиническим гипотиреозом достоверно ($p < 0,001$) преобладала ЛТ умеренной степени – $40,8 \pm 9,6$ балла, а в группе с манифестным гипотиреозом достоверно ($p < 0,001$) доминировала высокая степень ЛТ – $51,5 \pm 7,5$ балла.

При оценке СТ, ЛТ в зависимости от группы пациентов, нами были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$, $p < 0,001$ соответственно) (используемые методы: t -критерий Уэлча, t -критерий Уэлча). Таким образом по полученным нами результатам степень выраженности психоэмоциональных нарушений напрямую зависела от степени тяжести основного заболевания. В настоящее время, по результатам ранее проведенных исследований установлено, что функциональные отклонения ЩЖ могут оказывать значительное влияние на психоэмоциональное состоя-

ние пациентов. Причинами тому являются гормоны щитовидной железы, воздействующие на норадренергическую и серотонинергическую нейротрансмиссии, существенно инспирирующие на этиологию тревожных расстройств. Механизм, лежащий в основе изменений в ткани головного мозга при гипотиреозе, включает в себя нарушения нейрональной активности, разнородные отклонения метаболического статуса клеток мозга и гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), генную экспрессивность в глиальных или нейрональных клетках и др. [15].

Выводы. Полученные нами результаты, подтверждают факт наличия у пациентов с первичным гипотиреозом когнитивной дисфункции, как правило легкой или умеренной степени. При этом нарастающие расстройства психоэмоциональной сферы, крайне негативно сказываются как на общем течении самого заболевания, так и на когнитивной деятельности пациентов с первичным гипотиреозом. В связи с этим важным является определение наличия и степени выраженности церебральных нарушений у пациентов с гипотиреозом, уже на ранних стадиях заболевания, с обязательным контролем их в динамике. Это в свою очередь будет способствовать своевременной и адекватной коррекции данных расстройств, что несомненно благоприятно отразится на состоянии когнитивной и психоэмоциональной деятельности пациентов, а также улучшит их качества жизни.

Литература:

1. Быкова О.Н., Гузева В.И., Гузева В.В., Гузева О.В., Разумовский М.А., Чокмосов М.С. Когнитивные нарушения у пациентов, страдающих гипотиреозом, перенесших ишемический инсульт в бассейне левой внутренней сонной артерии. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2 (54) – 2016.
2. Диффузный эутиреоидный зоб / Е.А. Трошина [и др.] // Сборник методических рекомендаций (в помощь практическому врачу) / Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии МЗ РФ. – Москва. – 2017. – С. 3–20.
3. Damulin I.V., Strusenko A.A. Umerennie kognitivnie rasstroystva sosudistogo geneza // Trudniy patsient № 10, TOM 16, 2018 S. 28-31.
4. Djos Yu.S., Kalinina L.P. Kognitivnie vizvannie potentsiali v neyrofiziologicheskix issledovaniyax (obzor) // Journ. med.-biol. issledovaniy. 2018.T. 6, № 3. S. 223–235.
5. Яхно, Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11, № 9. – С. 38-39.

6. Емелин, А.Ю. Возможности диагностики и лечения когнитивных нарушений на недементных стадиях / А.Ю. Емелин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 5(12). – С. 78-83.
7. Joy Mathew C, Jose M, Yels'haikh A O, yet al. (September 22, 2020) Is Hyperthyroidism a Possible Etiology of Early Onset Dementia? Cureus 12(9).
8. Ozer E., Yilmaz R. Effect different anesthetic techniques on mental outcome in elderly patients undergoing off-pump coronary artery bypass graft surgery. J. cardiovasc. Science. 2017. Vol. 29(1). P. 17-22.
9. Триумфов, А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: краткое руководство / А. В. Триумфов. – Л.: Медицина, 1974. – 247 с.
10. Михайленко, А. А. Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика): учебное пособие / А. А. Михайленко. – СПб: Фолиант, 2012. – 432 с.
11. Mitchell, A.J. The Mini-Mental State Examination (MMSE): Update on Its Diagnostic Accuracy and Clinical Utility for Cognitive Disorders / A.J. Mitchell // Cognitive Screening Instruments. – 2016. – P. 37-48.
12. Cunha, P.J. The frontal assessment battery (FAB) reveals neurocognitive dysfunction in substance-dependent individuals in distinct executive domains: Abstract reasoning, motor programming, and cognitive flexibility / P.J. Cunha, S. Nicastrì, A.G. de Andrade // Addictive behaviors. – 2010. – Vol. 35, № 10. – P. 875-881.
13. Spielberger, C.D. Test anxiety inventory / C.D. Spielberger // The Corsini encyclopedia of psychology. – Consulting Psychologist Press, 2010. – P. 31-35.
14. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей / Р.А. Евсегнеев. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. - 592 с.
15. Lekurwale V., Acharya S., Shukla S., Kumar S. Neuropsychiatric manifestations of thyroid diseases. Cureus. 2023; 15 (1): e33987.
16. Wood-Allum C., Shaw P. Thyroid disease and the nervous system. Handb. Clin. Neurol. 2014; 120: 703–735.

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Шерматова Н.А., Саидходжаева С.Н.

Резюме. В современной медицинской практике, гипотиреоз рассматривается как клиническое состояние, детерминированное недостаточным уровнем тиреоидных гормонов. Дефицит тиреоидных гормонов, способен спровоцировать развитие множества осложнений, зачастую с необратимыми последствиями. В первую очередь, эти процессы оказывают влияние на нервно-психическую систему, нарушения в которой являются наиболее частыми при гипотиреозе. Цель. Определить клиничко-неврологические и нейропсихологические особенности когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с первичным гипотиреозом. Методы. В основу настоящей работы был положен детальный анализ 110 пациентов в возрасте от 19 до 60 лет, с диагнозом «Первичный гипотиреоз». В контрольную группу для оценки нейропсихологического состояния, было включено 30 человек, не предьявляющих жалоб и не имеющих эндокринной патологии, сопоставимых по полу и возрасту. У всех пациентов было получено согласие на участие в исследовании. Определение когнитивных изменений производилось с помощью краткой шкалы оценки психического статуса – MMSE и батареи лобной дисфункции – FAB. Состояние тревожности оценивали по методике Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина. Результаты. По результатам MMSE тестирования, наличие легких когнитивных дисфункций отмечалось у пациентов с гипотиреозом 19-40 лет, тогда как умеренные расстройства когнитивной деятельности были более присущи пациентам 41-60 лет. По данным теста Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, при анализе СТ и ЛТ в зависимости от группы пациентов, были установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$), которые указывали на то, что степень выраженности психоэмоциональных нарушений зависит от тяжести основного заболевания. Заключение. Полученные результаты, подтверждают факт наличия у пациентов с первичным гипотиреозом когнитивной дисфункции, как правило легкой или умеренной степени. При этом нарастающие расстройства психоэмоциональной сферы, крайне негативно сказываются как на общем течении самого заболевания, так и на когнитивной деятельности данной категории пациентов.

Ключевые слова: когнитивный дефицит, взрослые, гипотиреоз, психоэмоциональные расстройства.