

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Многие соматические заболевания протекают со специфическими и менее специфическими психо-эмоциональными расстройствами. В числе таких заболеваний наиболее заметное место занимает токсический зоб (тиреотоксикоз) — тяжелое эндокринное заболевание, протекающее с избыточной секрецией тиреоидных гормонов щитовидной железой. Еще в ранних описаниях этой патологии встречаются указания на психо-эмоциональные нарушения при тиреотоксикозе. Аффективные расстройства у больных тиреотоксикозом, а также повышенная возбудимость, быстрая истощаемость являются классическими симптомами, которые во многом определяют клиническую картину заболевания и, согласно статистическим данным, встречаются в 90-99% случаях.

В связи с этим, проведенное нами исследование было призвано детально изучить аффективные нарушения при тиреотоксикозе, как наиболее частые, а также их корреляцию с общей невротизацией больных.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 45 больных тиреотоксикозом в возрасте от 17 до 68 лет, с длительностью заболевания от 2 месяцев до 12 лет. У всех больных тиреотоксикоз был подтвержден клинически и лабораторно.

Помимо общеклинического обследования со всеми больными было проведено специальное психологическое тестирование уровня депрессии (УД) и уровня общей невротизации (НЕВР).

Для этого были применены два классических метода:

1. Тест для определения уровня депрессивности: 1) УД не более 50 баллов - состояние "без депрессии"; 2) УД от 50 до 59 состояние "легкой депрессии ситуативного или невротического генеза"; 3) УД от 60 до 69 "субдепрессивное состояние или маскированная депрессия"; 4) УД более 70 "истинное депрессивное состояние".
2. Тест "Экспресс-диагностика невроза".

Метод оценки сводится к определению общего уровня невротизма: более 24 баллов говорит о высокой вероятности невроза.

С целью определения влияния фактора последующего вида лечения (хирургического или консервативного) на психическое состояние больные были разделены на две группы: I группу составили 25 больных тиреотоксикозом, которым предусматривалось проведение оперативного вмешательства на щитовидной железе; II группу составили 20 больных тиреотоксикозом, которым предусматривалось проведение консервативного лечения.

Контрольную группу составили 25 больных, из которых у 15 больных имелся эндемический зоб (увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции) и у остальных 10 больных без какой-либо патологии щитовидной железы имелось хроническое заболевание органов брюшной полости. Включение больных с эндемическим зобом в контрольную группу преследовало цель изучить влияние увеличенной щитовидной железы (изменение внешности) на психическое состояние больных.

Результаты исследования

Полученные результаты и анализ проводимого интервью среди больных выявили, что почти 80% больных связывают начало заболевания с сильным психо-эмоциональным потрясением (как правило, потеря близкого человека в результате болезни или несчастного случая).

Было выявлено, что факт наличия соматического заболевания, не связанного с тиреотоксикозом, не является достаточной причиной

для развития депрессивных или невротических нарушений. Именно отсутствие разницы по результатам тестирования явилось основанием для объединения больных с различными нозологиями в одну общую контрольную группу.

Данные проведенных исследования в I, II и контрольной группах больных приведены в табл.1.

Результаты проведенных тестов до начала лечения

Табл.1

Наименование тестов	I группа	II группа	Контрольная группа
УД	50.3±4.1	50.6±4.9	39.6±4.9
НЕВР.	28.4±2.6	28.5±1.5	16.48±3.9

Как видно из табл.1, по сравнению с контрольной группой, показатели УД и НЕВР у больных в I и II группах завышены. Уровень УД (50,3 - 50,6) соответствует состоянию легкой депрессии ситуативного или невротического генеза, а уровень невротизма (28,4-28,5) - довольно высокому уровню невротизации.

Значения УД и НЕВР в обеих группах были выше и достоверно отличались от значений аналогичных показателей контрольной группы (табл.1).

Результаты тестирования, проведенного у больных тиреотоксикозом, выявили "умеренный" УД и "высокий" уровень НЕВР. Необходимо отметить, что при сравнении этих показателей у больных I группы с аналогичными показателями больных II группы достоверных различий не было найдено. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии зависимости этих показателей от выбора метода дальнейшего лечения (хирургического или консервативного).

Обсуждение

Результаты, полученные во время исследования, дают основание полагать, что данная патопсихологическая симптоматика неспецифична при тиреотоксикозе. Кроме того, основываясь на данных, полученных при клиническом опросе больных, возникает необходимость отметить тот факт, что нередко симптомы болезни щитовидной железы начинаются с психо-эмоционального потрясения. Поэтому, существует вероятность того, что психо-эмоциональный стресс играет роль пускового механизма при тиреотоксикозе.

Клинически наблюдаются раздражительность и беспокойство, тремор и тахикардия, часто во внутренней картине заболевания отмечаются ассоциации с болезнями сердечно-сосудистой системы. Больные тиреотоксикозом часто опасаются, что ускоренное сердцебиение свидетельствует о серьезном сердечном заболевании, или же головокружение предвещает "удар". Подобные страхи приводят к нарастанию беспокойства, что в свою очередь усугубляет симптомы тиреотоксикоза. Поэтому, проявления тиреотоксикоза часто трудно отличить от неврозов, поскольку эти заболевания на уровне патопсихологической симптоматики во многих отношениях сходны. Причем наблюдается широкий спектр патопсихологической симптоматики, характерной для разнообразных невротических расстройств. Анализ жалоб и клинических исследований выявил такие характерные для неврозов синдромы, как астено-невротические, ипохондрические явления на астеническом фоне, эмоциональная лабильность и т.д.

Следует отметить, что астенический симптомокомплекс при тиреотоксикозе (истощаемость, чувство слабости, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головная боль и т.д.), характеризовался преобладанием жалоб на чувство постоянной "физической" усталости. Причем, чувство усталости могло возникать как от незначительного физического усилия, так и вовсе без всякого усилия - самопроизвольно. Хотя последнее чувство и носило субъективный

характер, однако оно было крайне тягостным для больных. Наряду с усталостью у многих больных возникало чувство "неловкости" движений. Больные отмечали, что им стало трудно совершать работу, требующую "тонких" движений, держать в руках хрупкие предметы и т.п. Аффективные расстройства в одних случаях выражались в неоправданно бурных реакциях на обыденные жизненные раздражители, в быстрой смене настроения, в других случаях развивался сниженный фон настроения с крайне неровными отношениями больных к происходящим событиям. Причем, сами больные часто обвиняли себя в том, что якобы стали "равнодушными", "черствыми". Больные постепенно становились вялыми, безынициативными, теряли интерес к окружающим, прежним занятиям и увлечениям, появлялась апатия, переставали следить за своей внешностью. Обычно депрессивные реакции выражались в подавленно-раздражительном настроении, слезливости, стремлении к уединению, бессоннице. У больных возникали депрессивно-ипохондрические реакции с тревожным опасением за состояние здоровья (нередко канцерофобия) и множеством других жалоб. В более редких случаях больные испытывали разочарование жизненной ситуацией, отказывались от реализации своих планов, отличающихся от предыдущих, пассивностью в вопросах лечения и обследования, отсутствием побуждений к преодолению болезни. У этих больных реакция личности на болезнь приобретала стойкий сдвиг в сторону нарастания дисфорических реакций, имело место переживание своей неполноценности, отчужденности, нарастание эгоцентрического состояния.

Психодинамический аспект тиреотоксикоза заключается в том, что у больного тиреотоксикозом нарушение привычной жизненной установки в результате заболевания приводит к изменению социальных связей и отношений, акцентируя внимание больного на своих болезненных переживаниях, которые вызывают опасения, сильное чувство собственной физиологической неадекватности или

неполноценности. Это, в свою очередь, приводит к усугублению аффективной симптоматики, углубляя ее негативную направленность, что, в конечном итоге, приводит к проявлению такой психовегетативной симптоматики, как: повышение артериального давления и тахикардия; ощущение сдавливания в груди; ощущение дискомфорта или боли в области сердца; изменение секреторной и моторной активности пищеварительного тракта (сухость во рту, затруднение при глотании, ощущение дискомфорта в эпигастральной области); изменение тонуса мочевого пузыря (учащение и усиление позывов к мочеиспусканию); отсутствие эрекции и либидо, у женщины - жалобы на увеличение менструального дискомфорта и т.д.

В конце концов, висцеровегетативная симптоматика в структуре эмоциональных расстройств, проявляется фиксацией чувства беспокойства в том или ином органе и приводит к формированию соматических нарушений чисто психогенного происхождения.

Литература:

1. Белкин А. И., Нервно-психические нарушения при заболеваниях щитовидной железы, М. 1973.
2. Гаспарян Х., Мхитарян А., Актуальные вопросы психического здоровья, Ереван 1999, С. 33-34.
3. Гольбер Л. М., Гайдина Г. А., Игнатков В. Я, Алиев М. Н., Патогенез двигательных расстройств при тиреотоксикозе, М. 1980.
4. Котова С. М., Овчинников Б. В., Хетагурова Ф. К., Индивидуально-психологические проявления у больных с диффузным токсическим зобом, Пробл. эндокринологии 1997, №2, С.16-19.
5. Фридберг Д. И. Неврологический анализ тиреотоксикоза, М. 1961.
6. Freud Z., - Early psychoanalytic writing, The defence neuro-psychoses, Collier books, N9, 1963, P. 67-83.