**Особенности неврологических проявлений субклинического гипотиреоза.**

 Врач-невролог Коршова Н.Г.

 УЗ Городской эндокринологический диспансер г. Минск

 Известно, что гипотиреоз, обусловлен стойким снижением действия тиреоидных гормонов

на ткани-мишени, что связано с недостатком гормонов щитовидной железы в организме

 или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. Секретируемые щитовидной

железой тироксин (Т4) и трийодтиронин ( Т3) регулируют синтез белков и оказывают влияние

на метаболическую и функциональную активность структур нервной системы. Синтез гормонов

щитовидной железы регулируется тиреотропным гормоном (ТТГ) , который синтезируется в

передних отделах гипофиза. Образование ТТГ снижается под влиянием глюкокортикоидов и

увеличивается под влиянием эстрогенов. Уровень ТТГ регулируется структурами гипоталамуса

с участием соматостатина и дофамина. Он подвержен циркадным колебаниям и может

 меняться под действием факторов окружающей среды, например температуры .

 Ингибирующий эффект реализуется под влиянием серотонинэргической системы головного

мозга. ТТГ имеется во многих отделах ЦНС и сам по себе обладает способностью тормозить

биоэлектрическую активность нейронов.

Гипотиреоз встречается в популяции в 0,2-2% случаев, среди пожилых - в 2-4% , причем у женщин

в 3 раза чаще, чем у мужчин. Особенно подвержены этому заболеванию женщины в возрасте

40-60 лет.

Субклинический гипотиреоз - синдром , обусловленный стойким пограничным снижением

уровня тиреоидных гормонов в организме , нормальным уровнем свободного Т4

(тироксина )в сочетании с умеренно повышенным уровнем тиреотропного гормона

(ТТГ). Частота субклинического гипотиреоза в популяции от 1,2% ( в группе лиц молодого

возраста) до 21% ( у лиц пожилого возраста).

К сожалению , нет четких достоверных синдромов , позволяющих с высокой вероятностью

заподозрить гипотиреоз, даже клинический , так как повышенная утомляемость, общая

слабость, сонливость, снижение аппетита, увеличение массы тела, гипомимия , нарушение

толерантности к низкой температуре окружающей среды - все эти симптомы

неспецифичны и зачастую рассматриваются врачом-интернистом как проявление астении

или воспринимаются как признаки “нормального” старения.

На практике может помочь тот факт , что гипотиреоз затрагивает все системы и органы . поэтому

его проявления будут носить чаще всего системный характер.

Для гипотиреоза , в том числе и субклинического, будет характерно наличие поражения

сердечно-сосудистой системы. При этом классические для гипотиреоза гипотония и

брадикардия встречаются не так уж часто. Наоборот , больные часто жалуются на пере-

бои в работе сердца , тахикардию , отмечается артериальная гипертензия ( преиму-

щественно диастолическая). Отмечается пастозность лица, голеней , периорбитальных

областей, преимущественно утренние отеки , негрубое увеличение массы тела. Паци-

енты отмечают, что стали "больше мерзнуть". Анемия , склонность к запорам , ломкость

ногтей, выпадениеволос, гиперпролактинэмия , нарушение менструального цикла ,

снижение слуха , частые простудные заболевания - все это может быть проявлением

гипотиреоза , в том числе субклинического.

Основной клинической особенностью неврологических синдромов при субклиническом

гипотиреозе является их'' мягкое'' течение , которое чаще всего не приводит к грубой

социальной дезадаптации и инвалидизации , но ухудшают качество жизни и , иногда ,

являются поводом для обращения к врачу.

Больные отмечают , что стали больше уставать ( повышенная утомляемость при привычной

бытовой и профессиональной деятельности), появление повышенной раздражительности ,

тревожности , сонливости( следует отметить , что у больных с субклиническим гипотиреозом

чаще встречается инсомния , чем гиперсомния).Частой жалобой является общая апатия.

Причем как апатия , так и общая слабость чаще возникают периодически , приступообразно ,

сохраняясь несколько дней , после чего возвращается нормальное самочувствие. Это

можно связать с активацией метаболизма в определенных условиях и срыва относительной

гормональной компенсации , которая существует у больных с субклиническим гипотиреозом.

Срыв компенсации может провоцироваться физической или психической нагрузкой или

могут быть ни с чем не связаны

Наиболее частыми при субклиническом гипотиреозе являются вегетативные нарушения.

Возможно развитие психовегетативного синдрома в виде пароксизмальных состояний,

сходных с паническими атаками. Может выявлятся вегетативно-сосудисто-трофический

синдром в виде сухости кожи, акрогипергидроза , акроцианоза ,изменения дермогра-

физма. Иногда выявляется синдром вегетативной недостаточности, проявляющийся

в периодически возникающем головокружении и потемнении в глазах при переходе

в вертикальное положение( недостаточное вегетативное обеспечение деятельности

сердечно-сосудистой системы, как правило, подтверждаемое при проведении орто-

статических проб). Практически облигатной является жалоба на негрубое головокру-

жение , которое носит несистемный характер , непродолжительно и часто имеет

позиционную зависимость.

Головные боли при субклиническом гипотиреозе встречаются у подавляющего большинства

пациентов и имеют в своей основе венозный, оболочечно-гипертензионный , вертеброгенный

(и их сочетание) механизмы возникновения.Причиной служит микседематозный отек , наиболее

выраженный в соединительной ткани , недостаточность функции сердца при увеличении

периферического сосудистого сопротивления и снижении скорости кровотока. Это,

вероятно, приводит к негрубому отеку оболочек головного мозга , нарушению

венозного и ликворного оттока . Характерны жалобы пациентов на’’ тяжесть’’ в голове,

дискомфорт ( голова’’ несвежая , чугунная’’), нередко в сочетании с ощущением

давления на глаза и объективным периорбитальным отеком. Как правило, эти

симптомы более выражены утром или при работе в наклонном положении.

У части пациентов возможно развитие ночных или утренних головных болей

распирающего характера , часто с тошнотой или рвотой.

Когнитивные нарушения у больных субклиническим гипотиреозом представлены

церебростеническим и легким дисмнестическим синдромами. Преобладают жалобы

на рассеянность , быстро нарастающее снижение внимания в процессе монотонной

деятельности. Некоторые пациенты отмечают забывчивость , хотя снижение памяти

редко являются основной жалобой.

При неврологическом осмотре возможно выявление недоведения глазных яблок ,

пареза конвергенции, пошатывания в позе Ромберга , повышения поверхностных

и глубоких рефлексов.У большинства пациентов выявляется негрубая , преимущест-

венно чувствительная полиневропатия , в первую очередь поражающая верхние

конечности, в сочетании с клиническими признаками туннельных синдромов.

Наиболее часто туннельные синдромы носят множественный характер с вовлечением

в процесс нервов рук ( синдромы карпального, кубитального каналов , канала Гийона)

 с преобладанием в клинической картине чувствительных нарушений. Пациенты часто

озвучивают жалобы на ощущения '' ползанья мурашек'' , онемения в руках , возникающие

в ночные и утренние часы , а также при выполнении монотонной работы , например

вязании.

Реже всего при субклиническом гипотиреозе выявляются миопатический синдром и

миотонический феномен.Негрубая миопатия может проявляться легкой слабостью в

проксимальных группах мышц. Возможно развитие судорог по типу крампи , чаще

в мышцах голеней и стоп , реже – в мышцах кисти.

Литература:

1. Спирин Н.Н., Александров Ю.К., Касаткина Е.Л. и др." Неврологические аспекты

 нарушения функции щитовидной железы" . Метод. пособие. Ярославль:Ремдер

 2007 г.; 40 с.

2. Чернова Т.О. ,Внотченко С.Л." Субклинический гипотиреоз " (обзор зарубежной

 литературы ) 2006 г.

3. Пономарев В.В., Жарикова А.В. , Малков А.Б ." Поражение нервной системы

 при эндокринопатиях". Минск: ДокторДизайн 2012 г.; 44с.