

К.Б. Бұраева, Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, Л.М. Есен, А.А. Мұталиева
Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
«Неврология, психиатрия, наркология» кафедрасы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ГИПОТИРЕОЗЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЕМІН ЖҮРГІЗУДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық жағдайды зерттеу негізгі неврологиялық бұзылыстарды анықтауға, оларда левотироксинмен гормондарды алмастыру терапиясын қолдана отырып динамикасын зерттеуге мүмкіндік берді. Компенсацияланбаған біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде неврологиялық бұзылулардың таралуының клиникалық көрінісінде келесі белгілер мен синдромдар маңызды орын алады: бас аурулары (+ арқа аурулары) - 82,4%, депрессия - 81,4%, үрей бұзылыстары басым 78,4%, вегетативті-қан тамырлары синдромы - 97,1%, неврозға ұқсас синдром - 92,1%, когнитивті бұзылулар - 74,5%, полиневропатия - 85,2%, туннельдік нейропатия - 65% жағдайда. Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық бұзылулар көбінесе жеңіл және аз орташа дәрежеде көрінді, яғни, неврологиялық бұзылуларды диагностикалау үшін невропатологтың қосымша тексерісі қажет болды. Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде неврологиялық бұзылулардың таралу ерекшеліктерін білу, өз кезегінде, эндокринологтың қатысуымен неврологиялық бұзылулары бар жүкті әйелдерді жан-жақты тексеруге мүмкіндік береді, бұл өз кезегінде жүкті әйелдерде эндокриндік бұзылулардың уақтылы диагнозын арттырады.

Түйінді сөздер: біріншілік гипотиреоз, левотироксин, неврологиялық бұзылыстар, жүктілік, бас ауыру, үрей бұзылыстары, вегето-тамырлы синдром, невроз тәрізді синдром, когнитивті бұзылыстар, полиневропатия, туннельдік нейропатиялар

Кіріспе

Қалқанша без - бұл үлкен эндокриндік орган. Дені сау әйелдердегі қалқанша безінің көлемі 16 см жетеді, Қалқанша безіндегі қан ағымы бүйректен асып түседі және 4-6 мл/мин/г құрайды. Гистологиялық бұл тиреоциттермен қапталған орташа диаметрі 200 мкм фолликулалардың жинақталуы. Интрафолликулярлы коллоид құрамында тироглобулин болады. Қалқанша безінің гормондарын тироксин және трийодтиронинді синтездеуге арналған субстрат - амин қышқылы тирозин мен йод болып табылады. Йодтың тәуліктік қажеттілігі 100 мкг-ден 500 мкг-ға дейін. Аз йод тұтыну эндемиялық зобтың дамуына әкеледі. Циркуляцияда тироксин (Т4) және трийодтиронин (Т3) негізінен тасымалдау ақуызымен байланысты болады. Қалқанша безінің гормондарының көпшілігі тироксинді байланыстыратын глобулинмен (ТБГ), аз бөлігі тироксинді байланыстыратын преальбуминмен байланысты. Қалқанша безінің гормондарының салыстырмалы түрде аз бөлігі қанда еркін, метаболикалық белсенді күйде болады. Қан айналымынан тироксиннің жартылай шығарылу мерзімі - 6-7 күн. Трийодтиронин үшін бұл көрсеткіш әлдеқайда аз - шамамен 30 сағатты құрайды.

Қалқанша безінің қызметі гипофиздің тиреотропты гормонының (ТТГ) бақылауында болады. ТТГ гипофиз тиротрофтарымен бөлінеді және молекулалық массасы 8000 Б болатын гликопротеин болып табылады. Басқа гликопротеин гормондары сияқты (фолликула белсендіруші гормон, лютеиндеуші гормон, хорионикалық гонадотропин), ТТГ екі бірліктен тұрады: а және р. Р-суббірлік ерекше қасиеттерге ие, ал а-суббірлік барлық гликопротеин гормондарында бірдей.

Гипофиздің тиреотропты қызметі қалқанша қоздырғыш функциясы гипоталамиустық тиреотропин-рилизинг гормонның (ТРГ) бақылауында. (ТРГ) - трипептид болып табылады (пироглютамил-гистидил-пролинамид). Басқа эндокриндік жүйелердегідей (гипоталамо - гипофиздік - гонадальды, гипоталамо - гипофиздік - адренортикалық), гипоталамо - гипофиздік - тиреоидты жүйеде теріс кері байланыс механизмі қандағы қалқанша безінің гормондарын эутироид деңгейінде ұстап тұрады. Қандағы Т3 және Т4 деңгейінің жоғарылауы ТРГ және ТТГ түзілуін тежейді, ал қалқанша безінің гормондарының төмендеуі, керісінше, гипоталамуста ТРГ және гипофизда ТТГ өндірісін ынталандырады. Қоршаған орта температурасының төмендеуі қалқанша безінің жұмысын (суықтық стресс) ынталандырады. Артық мөлшердегі йод қалқанша безінің гормондарының синтезін тежейді.

Физиологиялық жүктілік кезінде әйел денесінде метаболикалық өзгерістер болады. Ол өзгеріс негізінен стероидты (эстриол, эстрон, эстрадиол, прогестерон) және ақуызды (плаценталық -лактогенді гормон, хорионикалық гормон) гормондарын уақытша бөлетін плацентаның пайда болуымен байланысты.

Осылайша, жүктілік кезінде қалқанша безінің ұлғаюы плацентаның гормоналды қызметіне, тұтынылған йод пен йодурия мөлшеріне байланысты болады. Бауырдың ТБГ өндірісінің жоғарылауы қандағы жалпы Т3 және Т4 құрамының жоғарылауына әкеледі. Осыған сәйкес, жүктіліктің соңында қалқанша безінің гормондарының бос фракцияларының деңгейі біршама төмендейді [126, 153]. Йод тапшылығы бар аймақтарда жүктілік кезіндегі гипотироксинемия жиірек дамиды және айқын болады [33, 75]. Жүктілік кезіндегі ТТГ деңгейі жүкті емес әйелдердегі физиологиялық ауытқулардан асып кетпейді. Тек гипертиреозбен ауыратын жүкті әйелдерде ХГ әсерінен қанда ТТГ деңгейі 0,2 мМЕ/л -ден төмендейді.

Қалқанша безінің гормондары психикалық статуска қалай әсер ететін механизмдер қазіргі уақытта толық зерттелмеген.

Амбулаториялық-емханалық қызметтегі медициналық консультациялық көмекті ұйымдастырудағы ең көп талқыланатын мәселелердің бірі - эндокринологиялық жетіспеушілігі және неврологиялық бұзылулары бар жүкті әйелдердің арнайы тобына гинекологиядағы тексеру алгоритмдерін әзірлеу.

Бұл мәселені зерттеу нәтижелерінің қолда бар әдебиеттерде айқын болмауы бізді зерттеу жүргізуге итермеледі.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық статусын зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық бұзылыстардың таралуын зерттеу үшін 18 жастан 40 жасқа дейінгі біріншілік гипотиреоз диагнозы бар 102 жүкті әйелге зерттеу жүргізілді. Зерттеуге Шымкент қаласы мен Түркістан облысының әйелдерге кеңес беру орталығында біріншілік гипотиреозы компенсацияланбаған жүкті әйелдер алынды.

Алғашқы тексеру кезінде гипотиреоздың ұзақтығы 2 айдан 18 жылға дейін болды (гипотиреозбен 4 - 9 жылдан бері ауыратын жүкті әйелдер басым).

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық жағдайды тексеру зерттеу басында және 3 айдан кейін гипотиреоздың компенсация кезеңінде жүргізілді. Компенсация критерийі ТТГ деңгейінің 0,4-тен 4,0 мМЕд/мл аралығынды болуы.

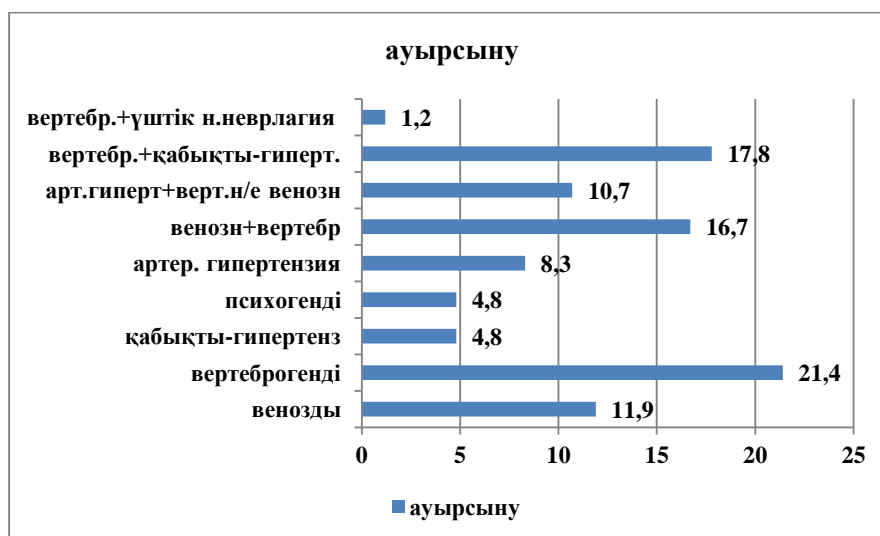
Науқастарға жүргізілген клиникалық неврологиялық тексеру негізінде, негізгі неврологиялық синдромдарға баллдық бағалау жүргізілді.

Біріншілік гипотиреозы бар 84 тексерілген жүкті әйелдерде әр түрлі сипаттағы бас ауруы байқалды, бұл 82,4% құрайды.

Субклиникалық гипотиреозбен ауыратын науқастар 88,1% жағдайда (37 адам), ал клиникалық гипотиреозы бар науқастардың 78,3% -ында (47 адам) бас ауруы байқалды. Субклиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде ауырсыну синдромының деңгейі жоғары екені көрінеді.

Цефалгия бойынша көрсеткіш субклиникалық гипотиреозда орташа алғанда $1,98 \pm 0,84$ баллды, клиникалық гипотиреозы бар пациенттер тобында - $1,83 \pm 0,61$ балл (р < 0.05) құрайды. Зерттелген топтардағы цефалгиялық синдромның ауырлығынан айтарлықтай айырмашылықтар алынған жоқ.

Бас ауруына шағымданатын гипотиреозбен ауыратын науқастарда цефалгияның тек бір түрі 51,2% жағдайда анықталды (43 адам). Басқа жағдайларда бас ауруының түрі аралас болды (сурет 1).



Сурет 1 - Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде ауырсынудың таралуы

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердің эмоционалды бұзылыстары бойынша зерттеу жүргізу кезінде, олардың ішінде 83 (81,4%) әйелде депрессиялық көріністердің болуын көрсетті.

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде жағдайлардың жартысынан көбінде «жеңіл депрессиялық эпизод» (59,0%), 34 науқаста «елеулі депрессиялық эпизод» байқалды (40,9%). Сонымен қатар, клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдер тобында «елеулі депрессиялық эпизод» болған науқастардың үлесі субклиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдер тобына қарағанда 2 есе көп болды.

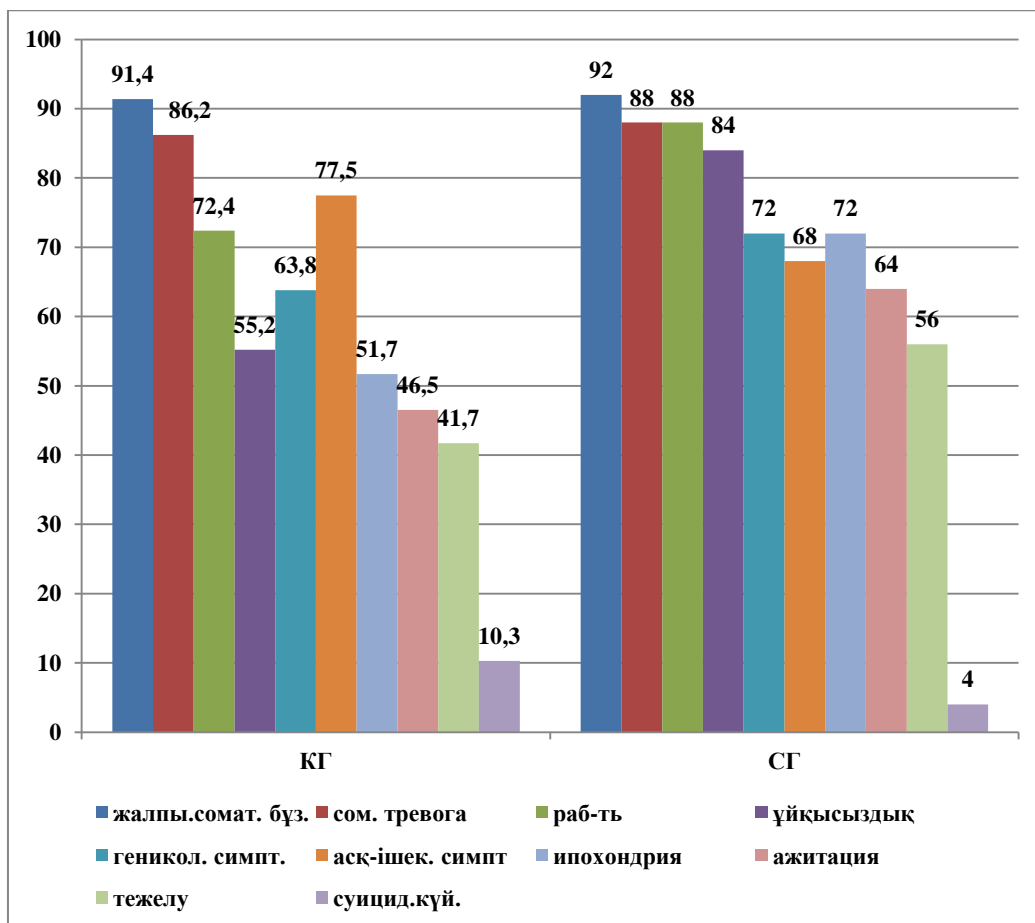
Клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде Гамильтонның депрессиялық шкаласы бойынша орташа мәні $15,7 \pm 5,6$ баллды құрады, бұл елеулі депрессияға сәйкес келеді.

Субклиникалық гипотиреоз (СГ) бар науқастарда Гамильтон шкаласы бойынша орташа балл $10,6 \pm 3,5$ құрады, бұл жеңіл депрессияға сәйкес келеді.

Манифесттік және субклиникалық гипотиреозда (СГ) науқастар депрессиямен бірдей жиі ауыратыны, бірақ манифесттік гипотиреозда «елеулі депрессиялық эпизод» субклиникалық гипотиреозбен ауыратын науқастарға қарағанда жиі (5,8 есе) байқалды. Бұл факт депрессияның ауырлық дәрежесінің гипотиреоздың ауырлығына тәуелді екенін көрсетеді.

Клиникадағы жетекші белгілер жалпы соматикалық белгілер болды: бас, аяқ-қол ауырлығы, бел ауырсынуы, бас ауруы көпшілігінде байқалды (91,5%), ал науқастардың жартысында бұл шағымдар маңызды белгілердің бірі болды.

Үрей компонентінің болуы гипотиреоздағы депрессияның ерекшелігі болды. Соматикалық үрей науқастардың 86,7% -ында анықталды, ол МГ және СГ бірдей жиі кездесті.



Сурет 2 – біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі депрессияның клиникалық көріністері

Невротикалық (үрей) бұзылыстардың сипатын бағалау МКБ-10 диагностикалық критерийлерін қолдану арқылы жүргізілді. Толық жиналған анамнез және объективті тексеруден кейін тексерілген 80 жүкті әйелдің (78,4%) генерализденген үрей бұзылыстары критерийлеріне сай екендігі анықталды.

Қалқанша безінің патологиясы жоқ жүкті әйелдердің бақылау тобында Шихан үрей шкаласы бойынша орташа балл $16,6 \pm 7,2$ болды. Клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдер тобында $43,1 \pm 9,7$, субклиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдер тобында - $32,5 \pm 9,6$. Клиникалық айқын үрей 4 жас әйелде байқалды.

Манифестті гипотиреозбен науқастардың басым көпшілігінде үрей анықталды және жағдайлардың 84,5% жетті. Бұл топта елеулі үрей (50%) және айқын дәрежесі бар науқастар басым болды. Гипотиреоздың субклиникалық формасы бар жүкті әйелдер тобында негізінен үрейдің елеулі деңгейі байқалды (66,7%), ал айқын дәрежесі белгілі бір деңгейде ғана (7,1%) болды.

Бұл мәліметтер эндокриндік жеткіліксіздіктің манифестті гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі үрейдің ауырлығына әсерін бағалауға мүмкіндік береді. Осылайша, айқын үреймен ауыратын науқастардың үлесі гипотиреоздың субклиникалық формасына ($p = 0.028$) қарағанда МГ бар жүкті әйелдер арасында 4,8 есе жоғары болды.

Симптомдар МГ бар жүкті әйелдерде айқын байқалды, бұл гипотиреоз осы топтағы психикалық бұзылулардың дамуына үлкен үлес қосатынын көрсетеді. СГ ауыратын науқастар тобында симптомдар көп жағдайда бірінші топтағыдай бірдей кездеседі.

Зерттеудің маңызды міндеттерінің бірі үрей деңгейін анықтау ғана емес, сонымен бірге оның компоненттерін сипаттау болды: жағдайлық (СТ) және жеке (ЛТ) мазасыздық.

Жүкті әйелдердің бақылау тобында СТ орташа көрсеткіші $34,5 \pm 6,8$ құрады. Бұл топта төмен үрей 9 (33,3%) адамда, ал 18-де елеулі деңгейде (66,6%) тіркелді.

МГ жүкті пациенттер тобында СТ шкаласы бойынша орташа балл - $50,3 \pm 11,6$ болды. Топта төмен реактивті (ситуациялық) үрей 2 науқаста (3,4%), елеулі - 17 науқаста (29,3%), 39 науқаста жоғары (67,2%) байқалды; бақылау топтарымен салыстырғанда дәлдік айырмашылықтар ($p < 0.01$).

СГ бар жүкті әйелдер тобында СТ шкаласы бойынша орташа мән $39,6 \pm 12,0$ құрады (бұл бақылау тобының көрсеткіштерінен айтарлықтай жоғары, $p = 0.0029$); 9 науқаста (21,4%) төмен реактивті (ситуациялық) үрей анықталды, 20 науқаста елеулі (47,6%), жоғары - 13 пациентте 30,9% (8); орташа балл бақылау тобының мәндеріне жақын болды ($p = 0.059$).

Қалқанша безінің патологиясының ауырлығына байланысты гипотиреозы бар жүкті әйелдер тобында айтарлықтай айырмашылықтар байқалды. Сонымен, манифестті гипотиреозбен ауыратын әйелдер тобында жоғары үрей басым болды, ал төмен үрей байқалмады, ал субклиникалық гипотиреоз тобында көпшілік үрейдің елеулі дәрежесінде болды.

Қалқанша безінің патологиясы жоқ жүкті әйелдердің бақылау тобында ЛТ шкаласы бойынша орташа балл $38,3 \pm 6,7$ құрады. 5 (16,6%) адамда төмен үрей, 20 (66,6%) - орташа, 2 (6,6%) - жоғары болды.

У пациенток с манифестным гипотиреозом среднее значение ЛТ равнялось $56,1 \pm 9,4$.

Манифестті гипотиреозбен ауыратын науқастарда ЛТ орташа көрсеткіші $56,1 \pm 9,4$ құрады. ЛТ шкаласы бойынша көрсеткіштер статистикалық тұрғыдан СТ пациенттеріне қарағанда едәуір жоғары болды ($p < 0.05$). Бұл топта төмен үрей байқалмады, 8 науқаста орташа (13,8%), жоғары 50 науқаста (86,2%). үрейдің ауырлығы бақылау топтарымен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болды ($p < 0.01$).

Субклиникалық гипотиреоз тобындағы жеке мазасыздықтың ауырлық дәрежесі келесідей болды: төмен 8 науқаста (19,0%), елеулі 20 науқаста (47,6%), айқын 14 науқаста (33,3%) байқалды; ЛТ шкаласы бойынша орташа балл $43,5 \pm 12,6$ құрады. Бақылау тобымен арасында статистикалық айырмашылықтар болған жоқ ($p > 0.05$).

Біздің зерттеуімізде субклиникалық және манифестті гипотиреозы бар науқастар арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар байқалды. Сонымен, манифестті гипотиреоз кезінде жоғары дәрежелі үрей белгілері басым, ал гипотиреоздың субклиникалық формасы бар жүкті әйелдер тобында елеулі дәрежеде үрей басымырақ болды.

Осылайша, үрейдің дамуы гипотиреозы бар жүкті науқастарға тән (үрей белгілерінің ауырлығы бақылау топтарына қарағанда едәуір жоғары). Ең жиі кездесетін көріністер - бұл көңіл-күйдің тұрақсыздығы, ұйқының бұзылуы, асқазан-ішек және жүрек-тамыр белгілері.

Қолданылған шкала бойынша СВД біріншілік гипотиреозбен ауыратын 99 жүкті әйелде (97,1%) анықталды. Барлық науқастарда синдром екі шкалада да анықталды. Науқас толтырған шкала бойынша орташа балл $45,53 \pm 11,99$ балл, дәрігер толтырған шкала бойынша орташа балл $41,75 \pm 9,60$ балл құрады.

СВД субклиникалық гипотиреозы бар 41 науқаста (97,6%) және клиникалық гипотиреозы бар барлық науқастарда (58 науқас) байқалды. Қолданылған шкала бойынша субклиникалық және клиникалық гипотиреозы бар науқастарда СВД ауырлығында айтарлықтай айырмашылықтар байқалған жоқ.

Науқас толтырған шкала бойынша орташа балл субклиникалық гипотиреоз үшін $45,11 \pm 11,46$ балл, клиникалық гипотиреоз - $41,67 \pm 12,20$ балл құрады.

Дәрігер толтырған шкала бойынша орташа балл субклиникалық гипотиреоз үшін $45,12 \pm 8,6$ балл, клиникалық гипотиреоз үшін $40,50 \pm 4,50$ балл құрады.

Вегетативті-тамырлы-трофикалық, психо-вегетативті синдром және прогрессивті вегетативті жеткіліксіздік синдромы біріншілік гипотиреозбен ауыратын науқастарда СВД ішінде бөлінді [15].

Вегетативті-тамырлы трофикалық синдром СВД бар біріншілік гипотиреозы бар барлық жүкті әйелдерде анықталды. жеңіл түрде және негізінен құрғақ тері, акрогипергидроз, акроцианоз және дермографизмнің өзгеруімен көрінді.

Психовегетативті синдром дүрбелең шабуылына ұқсас пароксизмальды жағдайлармен көрінді. Субклиникалық гипотиреозбен ауыратын науқастарда психо-вегетативті бұзылулар 14,3% (6 адам), клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде - 18,3% (11 адам) анықталды.

Қарастырылған пациенттерде прогрессивті вегетативті жетіспеушілік есиндромы жеңіл түрде болды. Науқастар мезгіл-мезгіл тұрған кезінде көздің айналуы мен қарауытуы, жалпы әлсіздік кезеңдерін атап өтті. Компенсацияланбаған гипотиреозы бар жүкті әйелдерде ортооклиностастикалық сынақ жүргізу кезінде нормадан ауытқушылық байқалды, бұл вегетативті қамтамасыз етудің жеткіліксіздігі ретінде қарастырылды [15]. Бұл синдром СВД белгілері бар 43 науқаста (43,4%) байқалды.

Субклиникалық гипотиреоз кезінде бұл синдром 17 жүкті әйелде (41,4%), клиникалық гипотиреозда 26 жүкті әйелде (43,3%) байқалды.

Зерттелген 94 науқаста неврозға ұқсас синдром байқалды (92,1%). Субклиникалық гипотиреоз кезінде неврозға ұқсас синдроммен ауыру 90,4% (38 адам), клиникалық гипотиреозда - 93,3% (56 адам).

Бұл синдромның орташа ауырлығы субклиникалық гипотиреозбен ауыратын науқастарда $1,56 \pm 0,64$ баллды, ал клиникалық гипотиреозбен ауыратын науқастарда - $1,02 \pm 0,46$ баллды құрады ($p < 0.05$).

Субклиникалық гипотиреозбен жеке үрейдің орташа көрсеткіші $54,90 \pm 9,10$ баллды, ал клиникалық гипотиреозбен - $55,30 \pm 9,02$ баллды құрады.

Реактивті үрей мазасыздықты уақытша клиникалық жағдай ретінде бағалауға мүмкіндік береді. Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердің көпшілігінде оның себебі мен ауырлығына қарамастан елеулі сипатта болды. Реактивті алаңдаушылық субклиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде байқалды және $45,95 \pm 8,10$ баллды құрады, ал клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде - $33,80 \pm 8,20$ баллды ($p < 0.05$) көрсетті.

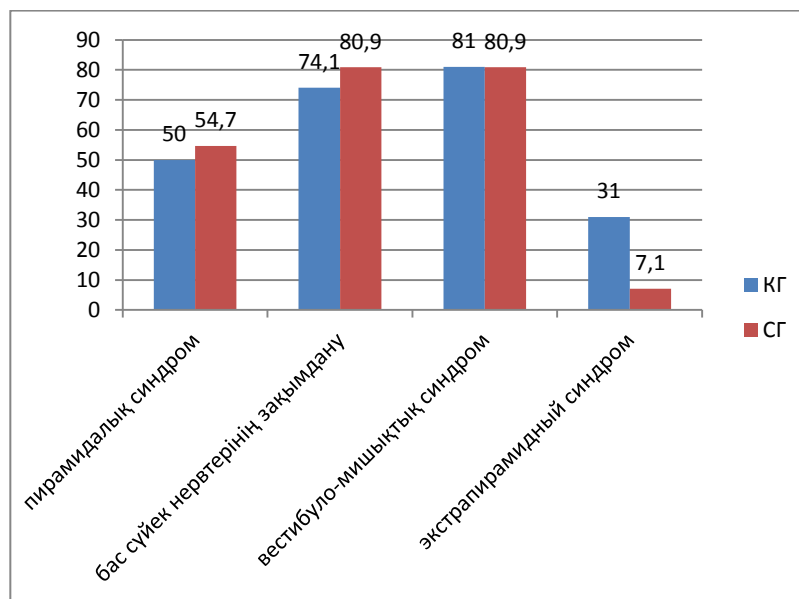
Зерттелгендерде когнитивті бұзылуды компенсацияланбаған біріншілік гипотиреозы бар 76 жүкті әйел атап өтті (74,5%). Науқастардың ешқайсысында әлеуметтік бейімделуіне кедергі әкелетін ауыр когнитивті бұзылулар болған жоқ (қолданылған шкала бойынша 3 балл). 49 науқаста (64,4%) когнитивті бұзылулар жеңіл болды (1 балл). Науқастар есте сақтау қабілетінің азаюына және алаңдаушылыққа шағымданады, бұл жұмыс қабілеттілігін төмендетпейді және әлеуметтік әлсіздікке әкелмейді. Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде когнитивті бұзылудың орташа деңгейі $1,35 \pm 0,50$ баллды құрады.

Субклиникалық және клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде когнитивті бұзылыстың пайда болу жиілігінде де, ауырлығында да айтарлықтай айырмашылықтар болған жоқ.

Зейіннің, есте сақтаудың және логикалық ойлаудың өзгеруінің ауырлығы гипотиреоздың себебі мен ауырлығына байланысты болды.

Осылайша, клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде гипотиреоздың субклиникалық формасы бар науқастарға қарағанда когнитивті бұзылулар басым болды. Барлық үш сынақ кезінде айқын гормоналды жетіспеушілігі бар жүкті әйелдер субклиникалық гипотиреозы бар науқастарға қарағанда көп қателіктер жіберді. Айырмашылықтар логикалық ойлау күйін көрсететін қарапайым аналогия бойынша тапсырмаларды орындау кезінде айқын болды. Бұл гипотиреоз кезінде логикалық ойлау үлкен дәрежеде зардап шегеді, ол үшін көптеген таным процестерін біріктіру қажет.

Біріншілік гипотиреоз кезіндегі орталық жүйке жүйесінің зақымдану құрылымындағы психоэмоционалды және когнитивті бұзылулардан басқа, біз пирамидалық синдромның белгілерін, краниальды нервтердің зақымдану синдромын, сондай-ақ вестибуло-мишықтық және экстрапирамидалық бұзылыстарды анықтап, зерттедік. Көбінесе біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде бас сүйек нервтерінің зақымдану белгілері және вестибуло-мишықтық синдромы анықталды (3 сурет).



Сурет 3 - біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі синдромдардың кездесу жиілігі (%)

Органикалық мидың зақымдану көрінісі біріншілік гипотиреоздың ауырлығына байланысты болды. Айқын гормоналды тапшылығы бар науқастарда экстрапиримидальдық бұзылулар жиірек, ал пирамидалық синдром, бас сүйек нервтері зақымдану синдромы және вестибуло-мишықтық бұзылыстары субклиникалық және клиникалық гипотиреозы бар жүкті әйелдерде бірдей жиілікпен анықталды (сурет).

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде перифериялық жүйке жүйесінің зақымдану синдромында жиі кездесетіні - полиневропатия. Бұл тексерілген 87 науқаста анықталды (85,2%).

Полиневропатия жағдайлардың 41,4% -ында жеңіл (36 адам), елеулі 58,6% -да (51 адам) болды; қолданылатын шкалада айқын полиневропатия анықталмады. Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде полиневропатияның орташа көрсеткіші $6,46 \pm 2,51$ баллды құрады.

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі полиневропатияның клиникалық көрінісі сенситивті сипатта, жеңіл және орташа көріністермен қолдарында болды.

Зерттелген біріншілік гипотиреозбен ауыратын жүкті әйелдердің арасында 65,0% жағдайда (65 адам) туннельдік нейропатияның клиникалық белгілері анықталды. Тексерілген науқастардың T_0 орташа көрсеткіші $2,32 \pm 0,80$ баллды құрады.

Полиневропатия жағдайындағыдай, қалқанша безінің гипофункциясының әр түрлі ауырлығымен ауыратын науқастарда туннельдік синдромдардың айқындылығы мен жиілігінде айтарлықтай айырмашылықтар болған жоқ.

Туннельді нейропатиялар науқастардың 59,5% -ында (25 адам) және клиникалық гипотиреозы бар науқастардың 68,9% -да (40 адам) байқалды.

Туннельдік нейропатиялар патологиялық процесте негізінен жоғарғы жақтың нервтерін қатыстырумен бірнеше белгілірмен көрінді. Клиникалық көріністе сезудің бұзылыстары басым болды. Туннельді синдромдардың ауырлығы мен жиілігі біріншілік гипотиреоздың пайда болу себептеріне байланысты болды.

Салыстыру тобына қабылданған жүкті әйелдерде полиневропатия және туннельды синдромдары болған жоқ.

Өмір сапасы мен психикалық сфера көрсеткіштері арасындағы байланысты талдау өмір сапасы мен депрессияның ауырлығы арасындағы корреляциялық байланысты көрсетті - $r = -0,42$.

Жалпы, біріншілік гипотиреозбен ауыратын науқастардың өмір сүру деңгейі сау адамдармен салыстырғанда едәуір төмен болды.

«Физикалық денсаулық» және «жыныстық құмарлық» бойынша қанағаттанудың ең төмен көрсеткіштері байқалды.

Тұлғааралық қатынастар саласында аз әсер еткен.

Науқастар көбінесе өздерінің өмірлерінен қанағаттанушылықты «орташа» және «жоғары» деп бағалады. Өмір сапасының төмен көрсеткіштері МГ-мен ауыратын науқастар тобында, СГ бар пациенттер тобында байқалды.

Қорытынды

Осылайша, біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық жағдайды зерттеу негізгі неврологиялық бұзылыстарды анықтауға, оларда левотироксинмен гормондарды алмастыру терапиясын қолдана отырып динамикасын зерттеуге мүмкіндік берді.

Компенсацияланбаған біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде неврологиялық бұзылулардың таралуының клиникалық көрінісінде келесі белгілер мен синдромдар маңызды орын алады: бас аурулары (+ арқа аурулары) - 82,4%, депрессия - 81,4%, үрей бұзылыстары басым 78,4%, вегетативті-қан тамырлары синдромы - 97,1%, неврозға ұқсас синдром - 92,1%, когнитивті бұзылулар - 74,5%, полиневропатия - 85,2%, туннельдік нейропатия - 65% жағдайда.

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдердегі неврологиялық бұзылулар көбінесе жеңіл және аз орташа дәрежеде көрінді, яғни, неврологиялық бұзылуларды диагностикалау үшін невропатологтың қосымша тексерісі қажет болды.

Біріншілік гипотиреозы бар жүкті әйелдерде неврологиялық бұзылулардың таралу ерекшеліктерін білу, өз кезегінде, эндокринологтың қатысуымен неврологиялық бұзылулары бар жүкті әйелдерді жан-жақты тексеруге мүмкіндік береді, бұл өз кезегінде жүкті әйелдерде эндокриндік бұзылулардың уақтылы диагнозын арттырады.

ƏDEBIETTER TİZİMİ

1. Hershman J.M. Human chorionic gonadotropin and the thyroid: hyperemesis gravidarum and trophoblastic tumors // *Thyroid*. - 1999. - Vol.9, №7. - P. 653-657.
2. Kennedy R.L. Evidence for a thyrotrophic activity of human chorionic gonadotropin: study of sequential changes in normal pregnancy and patients with choriocarcinoma // *J. Endocrinol.* - 1990. - Vol. 124. - P. 84-91.
3. Yoshimura M., Pekary A.E., Pang X.P. Thyrotrophic activity of basic isoelectric forms of human chorionic gonadotropin extracted from hydatidiform mole tissues // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 1994. - Vol.78. - P. 862-866.
4. Glinoe D., DeNayer P., Bourdoux P. Regulation of maternal thyroid during pregnancy // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* - 1990. - Vol.71. - P. 276- 287
5. Wohlik N., Osorio M., Aguayo J. Thyroid profile in normal pregnancy // *Rev. Med. Chil.* - 1993. - Vol.121. - P. 652 – 659.
6. Зельцер М.Е., Мезинова Н.Н., Кобзарь Н.Н. Состояние щитовидной железы у беременных с анемией в условиях зубной эндемии // *Проблемы эндокринологии.* - 1994. - №5. - С.20-22.
7. Vermiglio F., Lo Presti V.P., Castagna M.G. Increased risk of maternal thyroid failure with pregnancy progression in an iodine deficient area with major iodine deficiency disorders // *Thyroid*. - 1999. - Vol.9. - P. 19- 24.
8. Вейн А.М. с соавт. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. - М.: Медицинское информативное агентство, 2000. - 752с.
9. Варламова Т.М., Керова А.Н., Абуд И.Ю. Аутоиммунный тиреоидит и беременность // *Акуш. и гин.* - 1999. - №4. - С.22-25.
10. Киселева Т.П. Аутоиммунный тиреоидит и йодная профилактика во время беременности // *Проблемы эндокринологии.* - 2003. - №6. - С. 41-43.

К.Б. Бураева, Г.Б. Абасова, Г.А. Диханбаева, Л.М. Есен, А.А. Муталиева

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Резюме: Обследование неврологического статуса у беременных с первичным гипотиреозом позволило выделить основные неврологические нарушения, изучить их динамику под влиянием заместительной гормональной терапии левотироксинем. В клинической картине распространенности неврологических нарушений у беременных с некомпенсированным первичным гипотиреозом значимое место в занимают следующие симптомы и синдромы: головные (+ спинные) боли – 82,4% случаев, депрессия - 81,4% с преимущественно тревожными расстройствами в 78,4% случаев, вегето-сосудистый синдром – 97,1% случаев, неврозоподобный синдром – 92,1% случаев, когнитивные нарушения – 74,5% случаев, полиневропатия – 85,2% случаев, туннельные невропатии – в 65% случаев. Неврологические расстройства у беременных с первичным гипотиреозом носили в основном легкую и в меньшей степени умеренную степень тяжести, т.е. для диагностирования неврологических нарушений необходимо было дополнительное обследование неврологом. Знание об особенностях распространения неврологических нарушений у беременных с первичным гипотиреозом позволит в свою очередь своевременно проводить комплексное обследование беременных с неврологическими расстройствами с привлечением эндокринолога, что позволит в свою очередь повысить своевременную диагностику эндокринных нарушений у беременных лиц.

Ключевые слова: первичный гипотиреоз, левотироксин, неврологические нарушения, беременность, головные боли, тревожные расстройства, вегето-сосудистый синдром, неврозоподобный синдром, когнитивные нарушения, полиневропатия, туннельные невропатии.

K.B. Buraeva, G.B. Abassova, G.A. Dikhanbaeva, L.M. Esen, A.A. Mutaliev

OPTIMIZATION OF INTRODUCTION OF PREGNANT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM

Resume: Examination of the neurological status in pregnant women with primary hypothyroidism made it possible to identify the main neurological disorders, to study their dynamics under the influence of hormone replacement therapy with levothyroxine. In the clinical picture of the prevalence of neurological disorders in pregnant women with uncompensated primary hypothyroidism, the following symptoms and syndromes occupy a significant place: headaches (+ back) pains - 82.4% of cases, depression - 81.4% with mainly anxiety disorders in 78.4% of cases vegetative-vascular syndrome - 97.1% of cases, neurosis-like syndrome - 92.1% of cases, cognitive impairment - 74.5% of cases, polyneuropathy - 85.2% of cases, tunnel neuropathy - in 65% of cases. Neurological disorders in pregnant women with primary hypothyroidism wore mostly mild and to a lesser degree moderate severity, i.e. to diagnose neurological disorders, an additional examination by a neurologist was necessary. Knowledge of the peculiarities of the spread of neurological disorders in pregnant women with primary hypothyroidism will, in turn, allow for a comprehensive examination of pregnant women with neurological disorders with the involvement of an endocrinologist, which in turn will increase the timely diagnosis of endocrine disorders in pregnant women.

Keywords: primary hypothyroidism, levothyroxine, neurological disorders, pregnancy, headaches, anxiety disorders, vegetative-vascular syndrome, neurosis-like syndrome, cognitive impairment, polyneuropathy, tunnel neuropathies.