

ния системы тройничного нерва могут быть определены по параметрам тригеминальных соматосенсорных вызванных потенциалов и данных ЭНМГ. Методами нейрофункционального исследования нервной системы установлены диагностически значимые параметры функционального состояния системы тройничного нерва для оценки воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта.

Нейропротекторная терапия при лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени приводит к восстановлению показателей нейрофизиологии системы тройничного нерва (тригеминальные вызванные потенциалы и данные ЭНМГ). Применение нейропротекторной терапии способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в тканях пародонта, повышает клиническую эффективность врачебных манипуляций.

**Конфликт интересов.** Работа проводилась в рамках НИР кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СГМУ.

#### Библиографический список

1. Адмакин О. И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климатогеографических зонах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 1999. 27 с.
2. Лепилин А. В., Ерокина Н. Л., Рогатина Т. В., Хлусов И. Ю. Применение динамической магнитотерапии и чрескожной электростимуляции в комплексном лечении больных с переломами нижней челюсти при воспалительных заболеваниях пародонта // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2009. № 4. С. 37–40.
3. Abd FI-Aleem S. A., Morales-Aza B. M., Donaldson Lf. Sensory neuropeptide mRNA up-regulation is bilateral in periodontitis in the rat: a possible neurogenic component to

symmetrical periodontal disease // Eur. J. Neurosci. 2004. Vol. 19, № 3. P. 650–658.

4. Quantitative analysis of contrast enhanced MR of the inferior alveolar nerve in inflammatory changes of the mandible / A. Gouschalk, S. Gerber, L. Anders [et al.] // Rofo. 2003. Vol. 175, № 10. P. 1344–1352.

5. Ажипа Я. И. Трофическая функция нервной системы. М.: Наука, 1990. 672 с.

6. Воложин А. И., Магид Е. А., Ерошенко В. Ф., Темкин Э. С. К вопросу о значении чувствительной иннервации в патогенезе стоматологических заболеваний // Бoleвые и вегетотрофические нарушения в области лица и полости рта. М., 1982. С. 92–95.

#### Translit

1. Admakin O. I. Stomatologicheskaja zabolevaemost' nase-lenija v razlichnyh klimatogeograficheskix zonax Rossii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk, M., 1999. 27 s.

2. Lepilin A. V., Erokina N. L., Rogatina T. V., Hlусov I. Ju. Primenenie dinamicheskoi magnitoterapii i chreskoznojj jelektronejrostimuljacji v kompleksnom lechenii bol'nyh s perelomami nizhejnoj cheljusti pri vospalitel'nyh zabolevanijah parodonta // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoj kul'tury. 2009. № 4. S. 37–40.

3. Abd FI-Aleem S. A., Morales-Aza B. M., Donaldson Lf. Sensory neuropeptide mRNA up-regulation is bilateral in periodontitis in the rat: a possible neurogenic component to symmetrical periodontal disease // Eur. J. Neurosci. 2004. Vol. 19, № 3. P. 650–658.

4. Quantitative analysis of contrast enhanced MR of the inferior alveolar nerve in inflammatory changes of the mandible / A. Gouschalk, S. Gerber, L. Anders [et al.] // Rofo. 2003. Vol. 175, № 10. P. 1344–1352.

5. Azhipa Ja. I. Troficheskaja funkcija nervnoj sistemy. M.: Nauka, 1990. 672 s.

6. Volozhin A. I., Magid E. A., Eroshenko V. F., Temkin Je. S. K voprosu o znachenii chuvstvitel'noj innervacii v patogeneze stomatologicheskix zabolevanij // Bolevyje i vegetotroficheskie narushenija v oblasti lica i polosti rta. M., 1982. S. 92–95.

УДК 616.832–004.2:616.891]–071

Оригинальная статья

### ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

**Е. В. Лукина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры неврологии ФПК ППС им. К. Н. Третьякова, кандидат медицинских наук; **Д. Е. Кузнецова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, студентка 6 курса педиатрического факультета

### ASSESSMENT LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

**E. V. Lukina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology, Postgraduate Education Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **D. E. Kusnetsova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Student.

Дата поступления — 23.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Лукина Е. В., Кузнецова Д. Е.** Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 484–488.

**Цель:** анализ уровня тревожности и тяжести депрессии у больных рассеянным склерозом. **Материал и методы.** Чтобы определить уровень депрессии и тревожности у больных РС в зависимости от пола, возраста, течения, длительности заболевания, была отобрана группа пациентов с достоверным диагнозом Рассеянный склероз по критериям Ч. Позера, состоящая из 79 человек с длительностью заболевания более двух лет. Использовалась специально разработанная анкета, которая включала в себя таблицы для оценки жалоб, данных анамнеза, неврологического статуса больного и стандартные опросники (тест на тревожность Тейлора, шкала депрессии НИИ психоневрологии им. Бехтерева, индекс общего психологического благополучия). **Результаты.** Такие аффективные расстройства, как тревожность, депрессия, достаточно часто встречаются у больных рассеянным склерозом, однако выражены они в группах больных, получающих и не получающих ПИТРС, по-разному. **Заключение.** Следует рекомендовать практикующим неврологам при лечении больных рассеянным склерозом обращать внимание на наличие или отсутствие у них определенного спектра психических нарушений, в первую очередь тревожно-депрессивного синдрома, который нуждается в персонифицированной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, тревожность, депрессия.

**Lukina E. V., Kusnetsova D. E.** Assessment level of anxiety and depression in patients with multiple sclerosis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 484–488.

In patients with multiple sclerosis observed polymorphism of the emergency psychiatric disorders with a wide range of psychopathological phenomena — from neurotic and personality disorders to psychotic states and epileptiform syndrome. However, the problems of mental health problems in people with MS for a long time little attention was paid. The aim of our study was to analyze the level of anxiety and depression severity in patients with multiple sclerosis. According to this objective have been identified objectives of the study: to determine the level of depression and anxiety in MS patients according to sex, age, course, duration of disease. For our work was selected group of patients with documented diagnosis of multiple sclerosis, Charles Poser criteria, consisting of 79 persons, with a disease duration of more than 2 years. We used a specially designed questionnaire, which included a table to assess complaints, anamnesis, the neurological status of the patient, and standard questionnaires (test anxiety, Taylor Depression Scale Research psychoneurology them. Spondylitis, the index of overall psychological well-being). The study found that mood disorders such as anxiety, depression, often occurs in patients with multiple sclerosis. However, they are expressed in groups of patients receiving and not receiving DMD, in many ways. Thus, it should be recommended to practical neurologists in the treatment of multiple sclerosis patients to pay attention to whether or not they have a certain range of mental disorders, and above all, anxious-depressive syndrome, which is in need of medical and non-pharmacological correction.

**Key words:** multiple sclerosis, anxiety, depression.

**Введение.** Еще в конце прошлого столетия Ж.-М. Шарко указывал, что при рассеянном склерозе (РС) часто отмечается нарушение памяти, могут развиваться аффективные расстройства и снижение интеллекта. И хотя не существует нервно-психических расстройств, специфических только для данных больных, многие из них встречаются весьма часто при названной патологии. К сожалению, проблемам нарушений в психической сфере у больных РС длительное время уделялось мало внимания. По данным многих ученых, психоэмоциональные проблемы, ассоциированные с РС, часто недооцениваются медиками, внимание которых обычно сконцентрировано на физических аспектах болезни [1, 2]. Однако психические нарушения при данном заболевании часто вызывают более тяжелые страдания, чем физические проблемы.

Происхождение нервно-психических расстройств при РС связано со следующими моментами: органическим повреждением головного мозга, психологической реакцией больных на заболевание и его отдельные проявления, ограничением трудоспособности и ухудшением качества жизни, побочным действием лекарственных препаратов, эффектом терапии и комплексом этих факторов.

У больных РС отмечается чрезвычайный полиморфизм психических нарушений с широким спектром психопатологических явлений — от невротических и личностных расстройств до психотических состояний и epileptiformного синдрома [3–9]. Наиболее распространенными в клинической картине данной категории больных являются аффективные расстройства, такие, как тревожность и депрессия.

Депрессия при РС является самым частым аффективным синдромом. По данным разных авторов, она встречается у 37–54% пациентов с рассеянным склерозом, примерно 25% из них нуждаются в наблюдении у психиатра [2, 7, 10, 11]. Подтверждением того, что депрессия может быть самостоятельным симптомом РС, является значительно большая ее частота при данной патологии, чем в популяции и при других тяжелых неврологических заболеваниях. Например, при боковом амиотрофическом склерозе депрессия отмечается в 3, а при миодистрофиях в 4 раза реже, чем при рассеянном склерозе [10–12]. Тревожные расстройства встречаются, по данным других авторов, почти у 25% пациентов с РС, заметно преобладая у женщин, особенно на начальных стадиях заболевания [4, 7].

Однако в настоящее время психоэмоциональные нарушения у больных РС недостаточно часто пра-

вильно диагностируются и в связи с этим недостаточно лечатся, что снижает качество жизни данной категории больных.

**Цель:** провести анализ уровня тревожности и тяжести депрессии у больных с РС.

В соответствии с целью поставлены следующие задачи исследования: определить уровень депрессии и тревожности у больных РС в зависимости от пола, возраста, течения, длительности заболевания.

**Методы.** Для работы отобрана группа пациентов с достоверным диагнозом Рассеянный склероз по критериям Ч. Позера, состоящая из 79 человек, с длительностью заболевания более двух лет. Средний возраст пациентов составил  $37,7 \pm 9,77$  года. В группе было 61 (77%) женщина и 17 (23%) мужчин. Соотношение М:Ж=1:3,4. Средняя продолжительность болезни  $8,4 \pm 5,62$  года. Средний возраст дебюта заболевания  $29,5 \pm 6,76$  года.

У 49% больных заболевание манифестируется пирамидной симптоматикой в виде парезов, у 30% — нарушениями координаторной сферы. Симптомы нарушения чувствительности отмечены у 11% больных, а симптомы поражения зрительного анализатора — у 6%. Самые редкие симптомы начала заболевания: нарушение функция тазовых органов (как правило, это проявлялось в виде частичной задержки или императивных позывов на мочеиспускание) и глазодвигательные нарушения.

Ремиттирующий тип течения рассеянного склероза имели 67 человек (85%), а 12 человек (15%) — прогрессирующий. Причем у 8 больных (10%) болезнь имела вторично-прогрессирующее течение, как исход ремиттирующей фазы, а у 4 больных (5%) — ремиттирующе-прогрессирующее течение. Больных с первично-прогрессирующим типом течения рассеянного склероза в нашем исследовании не было.

Некоторые пациенты получают иммуномодулирующую терапию (глатирамера ацетат, бета-интерферон). Из 79 человек в группу получающих данную терапию вошли 35 человек (44%), а остальные 44 человека (56%) получают лишь симптоматическую терапию (антиоксиданты, вазоактивные, нейротрофические препараты).

Нами была разработана специальная анкета, которая включала в себя таблицы для оценки жалоб, данных анамнеза, неврологического статуса больного и стандартные опросники (тест на тревожность Тейлора, шкала депрессии НИИ психоневрологии им. Бехтерева, индекс общего психологического благополучия). Обработка полученных данных проводилась с помощью пакета анализа Microsoft Office Excel 2007. Определяли среднее значение параметров и ошибку среднего. Достоверность различий считали статистически значимой при  $p < 0,05$ .

**Ответственный автор** — Лукина Елена Владимировна.  
Адрес: 410056, г. Саратов, ул. Б. Садовая, 137.  
Тел.: (845-2) 52-56-62.  
E-mail: lukina-elena72@yandex.ru

**Результаты.** В нашем исследовании тяжелой депрессии не наблюдали ни у кого из больных. Только 2% больных РС имеют маскированную депрессию среди больных, не получающих препараты, ингибирующие течение рассеянного склероза (ПИТРС); 9% больных, не получающих ПИТРС, и 6% больных, получающих ПИТРС, имеют легкую депрессию; 88% больных, получающих только симптоматическое лечение, и 94% больных, получающих ПИТРС, по шкале депрессии НИИ психоневрологии им. Бехтерева имеют склонность к депрессии (таблица).

**Уровни тревожности и депрессии у больных, получающих и не получающих ПИТРС, %**

Параметр		Получают ПИТРС	Не получают ПИТРС
Уровень тревожности	Очень высокий	0	5
	Высокий	33	28
	Средний с тенденцией к высокому	39	30
	Средний с тенденцией к низкому	25	33
	Низкий	3	5
Уровень депрессии	Тяжелая	0	0
	Маскированная	0	2
	Легкая	6	9
	Склонность к депрессии	94	88
	Отсутствие депрессии	0	0

Если учитывать неврологический статус данных пациентов, то при наличии выраженной пирамидной недостаточности и сочетании её с тазовыми нарушениями выявляется маскированная депрессия. Легкая же депрессия наблюдалась при любой очаговой неврологической симптоматике. Особого внимания заслуживает группа больных, в клинике которых имелись координаторные нарушения. В этой группе у пациентов без ПИТРС легкая депрессия встречалась в 40% случаев, а с ПИТРС в 58% случаев встречалась склонность к депрессии.

При оценке уровня тревожности по тесту Тейлора в группе больных, получающих ПИТРС, очень высокие показатели тревожности отсутствовали, однако высокие показатели встречались в большом проценте случаев (33%). В группе пациентов, не получающих ПИТРС, очень высокие показатели наблюдались в 5% случаев, а высокие — в 28% случаях. Средний уровень тревожности у больных, получающих и не получающих ПИТРС, практически совпал и составил 63–64% (таблица).

Если учитывать неврологический статус больных, то очень высокий уровень тревожности отмечался при выраженной пирамидной недостаточности и сочетании её с тазовыми нарушениями (в группе больных, не получающих ПИТРС).

Наибольший процент очень высокого уровня тревожности (20%) был отмечен в группе больных, где в клинике превалировала мозжечковая недостаточность и вестибулярные нарушения, причем у больных, не получающих ПИТРС, тогда как в другой группе больных был максимальным высокий уровень тревожности (60%).

Уровень индекса общего психологического благополучия (ИОПБ) у больных РС снижен практически в два раза, независимо от приема ПИТРС.

Таким образом, такие аффективные расстройства, как тревожность, депрессия, достаточно часто встречаются у больных рассеянным склерозом. Выраженность их в группах больных, которые получают и не получают ПИТРС, статистически недостоверна ( $p > 0,1$ ).

**Обсуждение.** В связи с большой частотой депрессии при рассеянном склерозе высказывались предположения о генетической предрасположенности к ней при данном заболевании. В нашем исследовании в 4% случаев у больных рассеянным склерозом был отмечен отягощенный семейный анамнез по данному заболеванию. Однако природа депрессивного синдрома при данном заболевании до настоящего времени окончательно не ясна. Кроме того, высказывались предположения и об органической природе депрессии при рассеянном склерозе [2]. Проявления депрессии при рассеянном склерозе состоят преимущественно в раздражительности и чувстве фрустрации, в отличие от чувства вины и безнадежности, характерных для депрессии у пациентов, не страдающих рассеянным склерозом.

Депрессия при РС может проявляться на самых ранних стадиях болезни, когда больные ещё не имеют инвалидизации по EDSS [11, 13]. Отмечают высокую частоту депрессии у молодых пациентов по сравнению с пожилыми [14–16]. По данным нашего исследования была выявлена следующая закономерность: с возрастом уровни депрессии и тревожности возрастают у пациентов с ремиттирующим типом течения данного заболевания (рис. 1).

В нашем исследовании тревожные расстройства были почти у 48% пациентов.



Рис. 1. 1 — 20–30 лет; 2 — 30–40 лет; 3 — старше 40 лет

Сочетание тревожных расстройств с депрессией в большей степени, чем изолированные депрессия и тревожные расстройства, сопровождается суицидальными мыслями, большими соматическими осложнениями и социальной дезадаптацией. Создается впечатление, что тревожные расстройства и депрессия в значительной степени связаны с активностью заболевания, т.е. с частотой обострений, и меньше — с его продолжительностью, что подтвердилось в нашем исследовании. (рис. 2, 3). Было замечено, что у больных с ремиттирующим типом течения заболевания, у которых отмечалась частота обострений в год «2 раза и более», имелись наивысшие показатели тревожности и депрессии.

Исследуя зависимость уровня тревожности и депрессии от продолжительности заболевания рассе-



янным склерозом, мы выявили, что при ремиттирующем течении заболевания тенденция к достижению порогового уровня депрессии и тревоги отмечается уже в первые годы болезни и продолжает прогрессивно расти по мере увеличения продолжительности заболевания. Но при стаже более десяти лет уровень тревоги и депрессии снижается, что объясняется адаптацией больных к «безысходной ситуации» (рис. 4).

**Заключение.** Учитывая изложенное, следует рекомендовать практическим неврологам при лечении больных РС обращать внимание на наличие или отсутствие у них определенного спектра психических нарушений, в первую очередь тревожно-депрессивного синдрома, который нуждается в персонализированной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

Кроме того, из нашей работы следует, что для контингента больных, которые получают ПИТРС (независимо от давности их применения), характерны более низкие показатели тревожности и депрессии. Видимо, это связано с тем, что лечение рассеянного склероза уменьшает спектр свойственных для него проблем, как для самого болеющего, так и для окружающих его людей. Этот спектр достаточно широкий. Он касается как медико-физической, так и социально-психологической сферы жизни, поэтому лечение каждого пациента влияет не только на процесс прогрессирования РС, но и на социально-психологическую сторону качества жизни.

**Конфликт интересов.** Работа выполнена в рамках научных направлений деятельности кафедры неврологии ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Наличие в рукописи описания объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского) нет.

#### Библиографический список

1. Малкова Н.А., Иерусалимский А.П. Рассеянный склероз. Новосибирск: Гос. мед. ун-т МЗ и СР РФ, 2006.
2. Рассеянный склероз / под ред. И.Д. Столярова. СПб., 2001.
3. Неврология, детская психоневрология, прикладная психология / Н.В. Коновалов [и др.]. М.: Изд-во МГУ, 1930.
4. Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. М., 1986.
5. Матвеева Т.В., Менделевич В.Д., Речаник Д.П. Структура психических расстройств у больных рассеянным склерозом // Невролог. вестн. 2002. № 1/2. С. 43–45.
6. Менделевич В.Д., Чумакова Н.Н., Басанов С.В. Случай шизофреноподобного психоза при рассеянном склерозе или казуистическое сочетание двух болезней // Журн. невропатол. и психиатр. 1990. № 1. С. 58–60.
7. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М., 2003. 157 с.
8. Parker W. Disseminated sclerosis presenting as schizophrenia // Med. J. of Australia. 1956. Vol. 1. P. 405–407.
9. Mental changes as an early feature of multiple sclerosis / P. Young [et al.] // J. Neurol. Neurosurg., Psychiat. 1976. № 10. P. 1008–1013.
10. Caine E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide // Neurology. 2002. Vol. 59. P. 662–63.
11. Kneebone I. I., Dunmore E. C., Evans E. Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults // Aging. Ment. Health. 2003. Vol. 7, № 3. P. 182–185.
12. Kesselring J., Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis // J. Neurol. 2001. Vol. 248. P. 180–83.

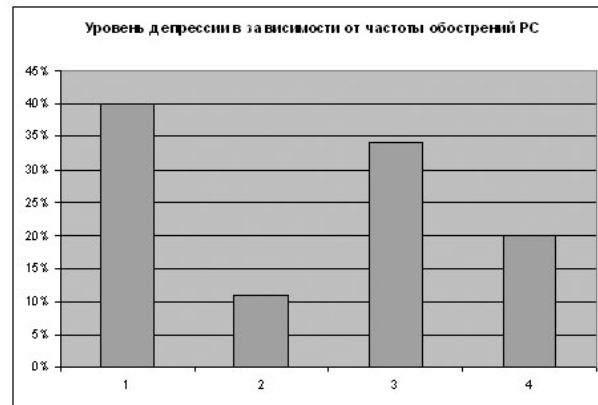


Рис. 2. 1 — частота обострений 2 раза в год и более; 2 — частота обострений 1 раз в год; 3 — частота обострений 1 раз в 2–3 года; 4 — частота обострений 1 раз в 4–5 лет

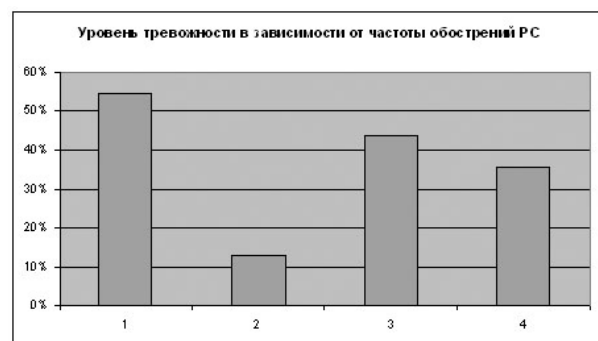


Рис. 3. 1 — частота обострений 2 раза в год и более; 2 — частота обострений 1 раз в год; 3 — частота обострений 1 раз в 2–3 года; 4 — частота обострений 1 раз в 4–5 лет

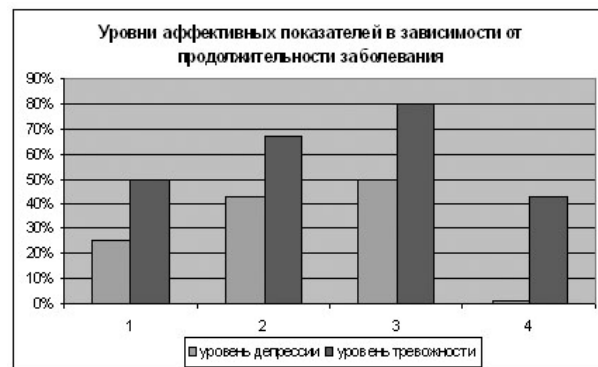


Рис. 4. 1 — 1–3 года; 2 — 3–5 лет; 3 — 5–10 лет; 4 — стаж заболевания более 10 лет.

13. Hause C. G., Tinnefeld M., Lienemann M. Depression and cognitive impairment in disability-free early multiple sclerosis // Behav. Neurol. 2003. Vol. 14, № 1/2. P. 39–45.
14. Multiple sclerosis and hysteria / R. Louis [et al.] // J. A. M. A. 1980. Vol. 23. P. 2418–2421.
15. Шульга А.И. Неврологическая, висцеральная симптоматика рассеянного склероза: дис. ... д-ра мед. наук. Киев, 1975.
16. Эдмин П.И. Рассеянный склероз // БМЭ. М., 1934. Т. 28. С. 318–327.

#### Translit

1. Malkova N. A., Ierusalimskij A. P. Rassejannyj skleroz. Novosibirsk: Gos. med. un-t MZ i SR RF, 2006.
2. Rassejannyj skleroz / pod red. I. D. Stoljarova. SPb., 2001.

3. Neurologija, detskaja psihoneurologija, prikladnaja psihologija / N. V. Kononov [i dr.]. M.: Izd-vo MGU, 1930.
4. Korkina M. V., Martynov Ju. S., Malkov G. F. Psihicheskie narushenija pri rassejannom skleroze. M., 1986.
5. Matveeva T. V., Mendelevich V. D., Rechanik D. P. Struktura psihicheskikh rasstrojstv u bol'nyh rassejannym sklerozom // Nevrolog. vestn. 2002. № 1/2. S. 43–45.
6. Mendelevich V. D., Chumakova N. N., Basanov S. V. Sluchaj shizofrenopodobnogo psihoza pri rassejannom skleroze ili kazuisticheskoe sochetanie dvuh boleznej // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. 1990. № 1. S. 58–60.
7. Shmidt T. E., Jahno N. N. Rassejannyj skleroz. M., 2003. 157 s.
8. Parker W. Disseminated sclerosis presenting as schizophrenia // Med. J. of Australia. 1956. Vol. 1. P. 405–407.
9. Mental changes as an early feature of multiple sclerosis / P. Young [et al.] // J. Neurol. Neurosurg., Psychiat. 1976. № 10. P. 1008–1013.
10. Caine E. D., Schwid S. R. Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide // Neurology. 2002. Vol. 59. P. 662–63.
11. Kneebone I. I., Dunmore E. C., Evans E. Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults // Aging. Ment. Health. 2003. Vol. 7, № 3. P. 182–185.
12. Kesselring J., Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis // J. Neurol. 2001. Vol. 248. P. 180–83.
13. Hause C. G., Tinnefeld M., Lienemann M. Depression and cognitive impairment in disability-free early multiple sclerosis // Behav. Neurol. 2003. Vol. 14, № 1/2. P. 39–45.
14. Multiple sclerosis and hysteria / R. Louis [et al.] // J. A. M. A. 1980. Vol. 23. P. 2418–2421.
15. Shul'ga A. I. Nevrologicheskaja, visceral'naja simptomatika rassejannogo skleroza: dis. ... d-ra med. nauk. Kiev, 1975.
16. Jedmin P. I. Rassejannyj skleroz // BMJe. M., 1934. T. 28. S. 318–327.

УДК 616.441–008.61]–071–073.7

Оригинальная статья

## ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

**Е. Б. Лутошкина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **И. И. Шоломов** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой нервных болезней, профессор, доктор медицинских наук.

### NEUROPSYCHOLOGICAL AND NEUROIMAGING STATUS IN PATIENTS DIFFUSE TOXIC GOITER

**E. B. Lutoshkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **I. I. Sholomov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of the Department of Nervous Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 04.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

**Лутошкина Е. Б., Шоломов И. И.** Особенности нейропсихологического и нейровизуализационного статуса у больных диффузным токсическим зобом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 488–491.

**Цель:** выявить особенности нейропсихологического и нейровизуализационного статуса у больных с ДТЗ. **Материал и методы.** В основу работы положен анализ результатов неврологического, нейропсихологического и нейровизуализационного исследований 53 больных ДТЗ со стажем заболевания не более пяти лет. Группу сравнения составили 33 пациента с хронической ишемией головного мозга различного генеза, группу контроля — 10 здоровых добровольцев. **Результаты.** Выявлено, что у больных ДТЗ уже на ранних стадиях заболевания имеют место изменения нейропсихологического и нейровизуализационного статуса, что свидетельствует о целесообразности обследования данной категории пациентов неврологом для назначения соответствующей терапии. **Заключение.** Проведена оценка нейровизуализационного и нейропсихологического статуса больных с ДТЗ. Цель, поставленная в исследовании, достигнута.

**Ключевые слова:** диффузный токсический зоб, нейропсихологический статус, нейровизуализация.

**Lutoshkina E. B., Sholomov I. I.** Neuropsychological and neuroimaging status in patients diffuse toxic goiter // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 488–491.

**Aim of the study:** to identify the features of neuropsychological and neuroimaging status in patients with Graves' disease. **Materials and methods.** The study is based on the analysis of the results of neurological, neuropsychological and neuroimaging studies in 53 patients with diffuse toxic goiter with the experience of the disease is not more than 5 years. **Results.** Found that patients with diffuse toxic goiter in the early stages of the disease there are changes in neuropsychological and neuroimaging status, which indicates the feasibility study of this category of patients for a neurologist appointment of appropriate therapy. **Conclusion.** The study evaluated the neuroimaging and neuropsychological status of patients with Graves' disease. The goal set in the study achieved.

**Key words:** diffuse toxic goiter, neuropsychological status, neuroimaging.

**Введение.** Заболевания щитовидной железы играют лидирующую роль среди всех форм эндокринной патологии во многих регионах России, уступая лишь сахарному диабету. Одним из распространенных дистиреоидных состояний является диффузный токсический зоб (ДТЗ). ДТЗ встречается с частотой 23 на 100 тыс. населения, причем в последние годы отмечается рост заболеваемости [1–3].

Разнонаправленность изменений функции щитовидной железы при ДТЗ приводит к многочисленным

проявлениям поражения нервной системы [1–5]. За последнее десятилетие в литературе представлены лишь разрозненные сведения об отдельных неврологических синдромах при гипертиреозе, что не учитывает всё многообразие форм патологии и их патоморфоз в связи с современным типом и тяжестью течения зоба. Между тем поражение нервной системы (НС) настолько часто возникает при ДТЗ, что врачи в конце XIX — начале XX столетия называли это заболевание «нейротиреозом» и «тиреоневрозом», подчеркивая тем самым обязательное вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы (ЦНС). К тому же дальнейшие исследования

**Ответственный автор** — Лутошкина Елена Борисовна.  
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.  
Тел.: (8452) 288812, 89033830473.  
E-mail: elenfeb77@mail.ru