

♦ РЕЦЕНЗИЯ

© М. Н. СОЛУН, 2003

УДК 616.43-06:616.8(049.32)

А. П. Калинин, С. В. Котов. **Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях.** — М., 2001. — 272 с.

Выход в свет рецензируемой монографии можно рассматривать как событие в научной жизни, имеющее особое значение для представителей двух медицинских специальностей: неврологии и эндокринологии.

В сравнительно небольшой по объему монографии авторы сумели на современном уровне представить неврологическую характеристику многообразных заболеваний эндокринной сферы, в том числе болезней гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, щитовидной железы и паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы (сахарный диабет и инсулинома), половых желез. Всего в монографии 6 глав.

В краткой рецензии невозможно осветить затронутые авторами аспекты неврологической симптоматики при эндокринных заболеваниях, поэтому постараюсь отразить в ней то, что мне показалось наиболее значимым.

Каждая глава начинается либо с краткого анатомо-физиологического очерка с последующим рассмотрением основных типов неврологических расстройств, либо с описания физиологического действия гормонов той или иной железы внутренней секреции. Этот прием позволяет при чтении монографии достаточно быстро ориентироваться в существе вопроса.

Раздел "Болезнь Иценко—Кушинга" написан на основе анализа собственного большого материала, включающего в себя наблюдение 184 больных. Авторы отметили, что нередко первыми проявлениями болезни становились вегетососудистые, вегетотрофические нарушения. При клиническом неврологическом обследовании практически у всех пациентов выявлены признаки цереброваскулярной патологии, неполноценного кровоснабжения мозга. Характерны изменения когнитивных функций, депрессивный фон настроения. Примерно у 1/3 пациентов выявляются сосудистые кризы, которые в части случаев приводят к развитию инсультов.

Весьма часто обнаруживается полинейромиопатический синдром, основу которого составляет поражение периферических нервов в сочетании с усилением катаболических процессов в мышцах. Авторы рассматривают основные параклинические способы диагностики и принципы лечения пациентов с подобной неврологической симптоматикой.

Столь же интересно и также с привлечением собственного материала (32 наблюдения) описан первичный гиперальдостеронизм (ПГА), характеризующийся комплексом симптомов, обусловленных артериальной гипертензией, а также поражением нервно-мышечной системы и почек.

К числу наиболее ранних неврологических симптомов ПГА авторы относят начальные проявления недостаточного кровоснабжения головного мозга, на фоне которого в дальнейшем развиваются сосудистые кризы. Последние характеризуются сочетанием общемозговой симптоматики с выраженными психоэмоциональными нарушениями. Характерно формирование у больных ПГА дисциркуляторной энцефалопатии с нарушением высших корковых функций. Авторы выделяют отличительные признаки цереброваскулярных нарушений при ПГА: молодой возраст больных, преобладание среди них женщин, более раннее появление церебральных симптомов артериальной гипертензии с последующим присоединением таких симптомов, как полиурия, никтурия, слабость, эпизоды падений, обусловленные миоплегией.

При описании неврологической симптоматики феохромоцитомы авторы, располагая 28 клиническими наблюдениями, указывают, что примерно в 50% случаев заболевание проявляется лишь пароксизмальной гипертензией. У 26 из 28 пациентов выявлены признаки сосудисто-мозговой патологии. В монографии приведено развернутое описание феохромоцитомного криза, течение которого может осложниться развитием инсульта. Отдавая должное использованию общепринятых гормональных методов диагностики, авторы подчеркивают значение

электроэнцефалографии и приводят описание характерных для феохромоцитомы изменений.

Среди многочисленных заболеваний щитовидной железы наиболее яркой неврологической симптоматикой характеризуется, как известно, диффузный токсический зоб (ДТЗ).

Авторы монографии приводят описания эпизодов вегетативных нарушений симпатической окраски (так называемые панические атаки), различных фобий, что способствует расширению и углублению представлений врачей о неврологических проявлениях ДТЗ.

Особое внимание уделено описанию синдрома мышечной слабости. Опасно для больных возникновение приступов генерализованной мышечной слабости, захватывающей мышцы шеи, туловища и конечностей, что наблюдается изредка при наличии выраженных проявлений ДТЗ. Возможно также развитие острой и хронической миопатии, которая характеризуется быстрой утомляемостью, мышечной слабостью и атрофией мышц.

Несомненна практическая значимость описания разнообразных проявлений тиреотоксического криза и их патогенетической основы.

Не только избыток тиреоидных гормонов, но и их дефицит, лежащий в основе гипотиреоза, обуславливают развитие неврологической симптоматики. По мнению авторов монографии, у взрослых пациентов нередко развивается гипотиреоидная энцефалопатия, характеризующаяся различными проявлениями, в том числе возникновением панических атак. Возможно также развитие дисфагии, диспноэ, полинейропатии.

Особого внимания заслуживает приводимое авторами описание гипотиреоидной комы — редко встречающегося и потому редко распознаваемого тяжелого осложнения гипотиреоза.

Не касаясь в данной рецензии вопросов диагностики и лечения многообразных неврологических расстройств, присущих сахарному диабету (эти аспекты подробно освещены в монографии С. В. Котова, А. П. Калинина, И. Г. Рудаковой "Диабетическая нейропатия", вышедшей в свет в 2000 г.), я позволю себе коротко остановиться на приводимой авторами неврологической характеристике инсулиномы. Соответствующая глава содержит результаты 80 собственных наблюдений.

Большой интерес для врачей представляет описание клинической картины инсулиномы и других заболеваний, обуславливающих возникновение органического гиперинсулинизма. Поражение центральной нервной системы характеризуется развитием гипогликемической дисметаболической энцефалопатии, а также острых нервно-психических нарушений, возникающих во время гипогликемических пароксизмов. Поражение периферической нервной системы заключается в развитии дистальной сенсомоторной полинейропатии.

Авторы приводят перечень ошибочных диагнозов и их частоту при органическом гиперинсулинизме, что красноречиво свидетельствует о наличии серьезных диагностических трудностей. Преодолению последних может в части случаев помочь использование критериев дифференциальной диагностики гипогликемических пароксизмов у больных органическим гиперинсулинизмом и эпилепсией, а также ознакомление с приводимыми клиническими примерами.

Касаясь вопросов диагностики инсулиномы, авторы приводят классическую триаду Whipple, которая сохранила свою значимость и сегодня, а также рассматривают лабораторные методы, отдавая предпочтение пробе с голоданием (длительностью до 72 ч). Что же касается методов дооперационной визуализации инсулиномы, то наиболее информативным является инвазивное исследование — целиакография. Неоспорим приоритет клинических проявлений гиперинсулинизма.

Монография написана на высоком научном уровне с использованием великолепных иллюстраций, наглядных клинических примеров, в связи с чем может быть рекомендована широкому кругу врачей.

М. Н. Солун (Саратов)