

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ / ENDOCRINOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.136.4>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. СЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТРАЕКТОРИЯ И НЕОЧЕВИДНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

История болезни

Новоселя Н.В.^{1,*}, Кокуева О.В.², Заболотских Т.Б.³

¹ORCID : 0000-0003-1774-9125;

^{1,2}Кубанский медицинский институт, Краснодар, Российская Федерация

³Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (ankvin[at]yandex.ru)

Аннотация

Головная боль – достаточно частая жалоба у современного человека. Она может выступать как самостоятельное явление или как симптом другого заболевания. Наиболее частые виды головной боли составляют тройку – мигрень, головная боль напряжения и кластерная головная боль. В настоящее время известно более 200 причин головной боли. Снижение функции щитовидной железы затрагивает многие метаболические процессы в организме, этим недугом чаще страдают женщины. Для пациентов с гипотиреозом характерно развитие множества неврологических расстройств, которые характеризуется незаметным началом и медленным прогрессированием. Среди встречающейся патологии могут быть вестибулоатактические расстройства, сонливость, периферическая мионевропатия и патология черепных нервов, атаксии и другие расстройства.

Гипотиреоз относится к частым, но не очевидным причинам головной боли, поэтому обычно не входит в стандартный диагностический перечень. Снижение функции щитовидной железы может в некоторых случаях осложняться гидроперикардом.

Ключевые слова: гипотиреоз, головная боль, гидроперикард, гиперплазия слизистой желудка.

A CLINICAL CASE STUDY. COMPLEX DIAGNOSTIC TRAJECTORY AND NON-OBVIOUS CAUSES OF HEADACHES

Case study

Novoselya N.V.^{1,*}, Kokueva O.V.², Zabolotskikh T.B.³

¹ORCID : 0000-0003-1774-9125;

^{1,2}Kuban Medical Institute, Krasnodar, Russian Federation

³Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

* Corresponding author (ankvin[at]yandex.ru)

Abstract

Headache is a fairly common complaint among modern people. It can appear as an independent phenomenon or as a symptom of another disease. The most frequent types of headache are the three – migraine, tension headache and cluster headache. There are currently more than 200 known causes of headaches. Decreased thyroid function affects many metabolic processes in the body, this disease more often affects women. Patients with hypothyroidism are characterized by the development of many neurological disorders, which are marked by an imperceptible onset and slow progression. Among the pathology encountered can be vestibuloatactic disorders, drowsiness, peripheral myoneuropathy and pathology of cranial nerves, ataxia and other disorders.

Hypothyroidism is among the frequent but not obvious causes of headache, so it is not usually included in the standard diagnostic list. Decreased thyroid function can in some cases be complicated by hydropericardium.

Keywords: hypothyroidism, headache, hydropericardium, gastric mucosal hyperplasia.

Введение

Головная боль – достаточно частая жалоба у современного человека, согласно данным ВОЗ (2016), около 50% опрошенных сообщали о головной боли хотя бы один раз на протяжении последнего года. 1,7-4% взрослого населения мира страдает от головной боли, продолжающейся 15 или более дней ежемесячно. Среди них 50-75% составляют лица трудоспособного возраста. Боль может выступать как самостоятельное явление или как симптом другого заболевания. В настоящее время известно более 200 причин головной боли. Наиболее частые виды головной боли составляют тройку – мигрень, головная боль напряжения и кластерная головная боль. Мигрень часто осложняется так называемыми абзусными болями на фоне приема анальгетиков, если их употреблять 15 или больше дней в месяц в течение последних трёх месяцев [1], [2]. При головной боли, вызванной злоупотреблением лекарствами, тупая постоянная головная боль присутствует большую часть дней или часть каждого дня.

Снижение функции щитовидной железы затрагивает многие метаболические процессы в организме. По данным Петуниной Н. А., это страдание чаще вовлекает женщин старшей возрастной группы, где показатель распространенности достигает 12% [3], [4], [5]. Гипотиреоз относится к частым, но неочевидным причинам головной боли, поэтому обычно не входит в диагностический перечень. Для пациентов с гипотиреозом характерно развитие множества неврологических расстройств, которые характеризуются незаметным началом и медленным прогрессированием. Среди встречающейся патологии могут быть вестибулоатактические расстройства, сонливость,

периферическая мионевропатия и патология черепных нервов, атаксии, пароксизмальные нарушения сознания (синкопальные состояния, эпилептические припадки), депрессия, головная боль [6]. В некоторых публикациях, в частности проф. И.В. Дамулина и врача Г.О. Оразмурадова (2011), за счет гипотиреоза может возникнуть поражение II, V, VII, VIII пар черепных нервов, демиелинизирующая полиневропатия, фибромиалгия, развитие дистрофических изменений позвоночника, синдром «повисшей головы», редко острый психоз, повышение креатинфосфокиназы и холестерина [6].

Цель статьи в постановке проблемы междисциплинарной дифференциальной диагностики и координации врачей разных специальностей при обследовании и лечении больных.

Описание клинического случая

Под нашим наблюдением находилась больная 67 лет, которая 28.10.22 обратилась с жалобами на сильную головную боль. Указанная жалоба усилилась в последние 2 месяца, она также похудела на 10 кг за это время. Неоднократно обращалась к врачам по месту жительства, вызывала скорую помощь. 22.04.22 была выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга, заключение признаков внутримозговой гематомы, ишемического повреждения головного мозга не выявлено. Для купирования головной боли самостоятельно и по рекомендации врачей больная постоянно принимала анальгетики, в том числе многократно делала внутримышечные инъекции диклофенака. Со слов пациентки анальгетики уменьшали головную боль, но не купировали полностью.

Длительно страдает гипертонической болезнью, гиперлипидемией, по поводу чего получает лечение; лизиноприл 10 мг, аторвастатин 20 мг в день. Гипотиреоз более 5 лет, получала 25 мкг левотироксина натрия, однако 4 месяца назад на фоне нормального анализа тиреотропного гормона (ТТГ) по совету эндокринолога прекратила прием левотироксина.

Инфекционный гепатит, венерические заболевания, туберкулез, аллергические реакции отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредные привычки отсутствуют. Ранее отмечает хорошую физическую выносливость, занималась лечебно-спортивными тренировками. Наследственность отягощена – по гипертонической болезни (мать). Беременностей – 1, роды – 1. Менструальный цикл отсутствует, удаление матки по поводу миомы 10 лет назад.

Status praesens: Рост = 156 см, вес = 50 кг, ИМТ = 20,8 кг/м². При обращении общее состояние относительно удовлетворительное. Тонус мускулатуры сохранен. Кожные покровы обычной влажности, обычного цвета. Стриг нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Система органов дыхания: Дыхание через нос свободное, ЧДД = 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца расширены влево, по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС = 81 в минуту, ритм правильный, АД при осмотре (левая рука) = 136/82 мм рт ст, (правая рука) = 140/90 мм рт ст. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Система органов пищеварения: Язык влажный, чистый. Зубы санированы. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, участвует в акте дыхания. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Щитовидная железа при пальпации подвижная, мягкая, безболезненная, 0 ст по ВОЗ.

Система мочеотделения: Область почек визуально не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании выявлено в общем анализе крови от 18.10.22 гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $2,02 \times 10^9$ /л, 34% нейтрофилов, 55% лимфоцитов, уровень тромбоцитов 165×10^9 /л, в биохимическом анализе – повышение креатинкиназы до 195 Ед/л. Снижение лейкоцитов было расценено как реакция на большое количество анальгетиков (в том числе метамизола), дана рекомендация прекратить их прием.

В динамике от 7.12.22 лейкоциты повысились до $3,7 \times 10^9$ /л, эритроциты $3,89 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 166×10^9 /л, СОЭ 6 мм/час. Остальные анализы, такие как мочева кислота 218 мкмоль/л, креатинин 57 мкмоль/л, билирубин общий 4,9 мкмоль/л, АЛТ 13,2 МЕ/л, АСТ 21 МЕ/л, сывороточное железо 30,7 мкмоль/л, общий белок 69 г/л, С реактивный белок 0,2 мкг/л, триглицериды 1 мкмоль/л, ПТВ 11,3 сек, гликированный гемоглобин 5,5%, креатинкиназа 100 Ед/л, электролиты крови в пределах нормы (калий 4,2, натрий 141, хлор 105 мкмоль/л).

Консультирована неврологом. Высшие корковые функции сохранены. Черепно-мозговые нервы без патологии. Пальпация точки правого затылочного нерва болезненна. Рефлексы: сухожильные и периостальные (сгибательно-локтевой, разгибательно-локтевой, карпорадиальный, коленный, с Ахиллова сухожилия) симметричны. Симптомы натяжения (Ласега) отсутствуют. Глубокие рефлексы D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Двигательные функции не нарушены. Менингеальные симптомы отсутствуют. Чувствительных, координаторных нарушений нет. Заключение – цервикогенная головная боль, затылочная невралгия справа, назначен габапентин, amitriptilin по схеме, лечебно-диагностическая блокада правого затылочного нерва. Пациентка получала лечение указанными препаратами с некоторым улучшением, но головная боль сохранялась ежедневно, уменьшилась ее интенсивность.

21.11.22 выполнено УЗИ органов брюшной полости, заключение признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, синдром поражения полого органа. Устно пациентке сообщили, что у нее онкология. На следующий день выполнена фиброгастродуоденоскопия, по заключению имеются единичные эрозии желудка, недостаточность кардии, очаговой атрофический гастрит, гиперплазия слизистой антрального отдела желудка, сдавление извне субкардиального отдела желудка. По результату биопсии от 29.11.22 очаги полной кишечной метаплазии, фовеолярная гиперплазия. Для уточнения причин такой ситуации рекомендовано выполнить анализ на *H. pylori*, по результату в анализе кала антигена *H. pylori* не выявлено.

По данным Звенигородской Л.А., гиперплазия слизистой желудка у лиц пожилого возраста часто возникает на фоне длительного приема ингибиторов протонной помпы [7]. Она характеризуется возникновением фовеолярной гиперплазии, удлинением желудочных ямок и образованием высоких валиков поверхностного эпителия, а в ряде

случаев – формированием гиперплазиогенных полипов (ГП). Это связано со стимуляцией гастрином и другими гормонами роста эпителия на фоне подавления кислотной продукции. Согласно данным S. Camtak и соавт., при анализе материала 120 тыс. эндоскопических биопсий было выявлено 5877 гипертрофических полипов, самым частым типом полипов желудка были полипы фундальных желез (77%) [8]. ГП составили 14%, полипоидная фовеолярная гиперплазия – 2,7%, аденокарциномы – 1,3%, лимфомы – 0,9% и аденомы – 0,7% [9]. В некоторых работах маркером для оценки неопластической трансформации клеток выступает белок Ki-67. Он может быть в клетках во всех фазах митотического цикла, кроме фазы G0. Поэтому Ki-67 выступает важным показателем всех делящихся клеток и широко используется как маркер пролиферации. В ГП выявляется более высокий индекс Ki-67 по сравнению с не измененной слизистой оболочкой, участками гиперплазии и метаплазии [9].

30.11.22 выполнена компьютерная томография (КТ), заключение – гидроперикард (слой жидкости до 17 мм), застойные явления в легких. Дивертикулы ободочной и сигмовидной кишки, долихосигма, энтероптоз, кисты обеих почек. Однако врачом-кардиологом, к которому обратилась больная после КТ, рекомендовано выполнить ЭХО-КГ, на которой выявлены признаки порока митрального клапана 1 ст, склеродегенеративные изменения аортального клапана, митрального клапана, гипертрофия левого желудочка (межжелудочковая перегородка 12 мм), умеренного гидроперикарда (выпот под верхушкой 5 мм), фракция выброса (ФВ) более 60%.

С целью выявления причин гидроперикарда выполнен анализ на ТТГ от 10.12.22 – 5,77 мкМЕ/мл [10]. Из анамнеза известно, что пациентка длительно принимала тироксин 25 мкг в день по поводу аутоиммунного тиреоидита. Поскольку ранее проведенное обследование не уточнило причины возникновения сдавления извне субкардиального отдела желудка было выполнено повторное УЗИ органов брюшной полости (27.12.22) со специалистом экспертного класса, в результате которого патологии не выявлено. На этот момент больная уже принимала левотироксин натрия 2 недели. Сдавление расценено как контур другого органа у худощавой больной. На фоне приема тироксина состояние больной улучшалось, головная боль уменьшилась, хотя продолжала беспокоить по утрам, но не требовала приема анальгетиков.

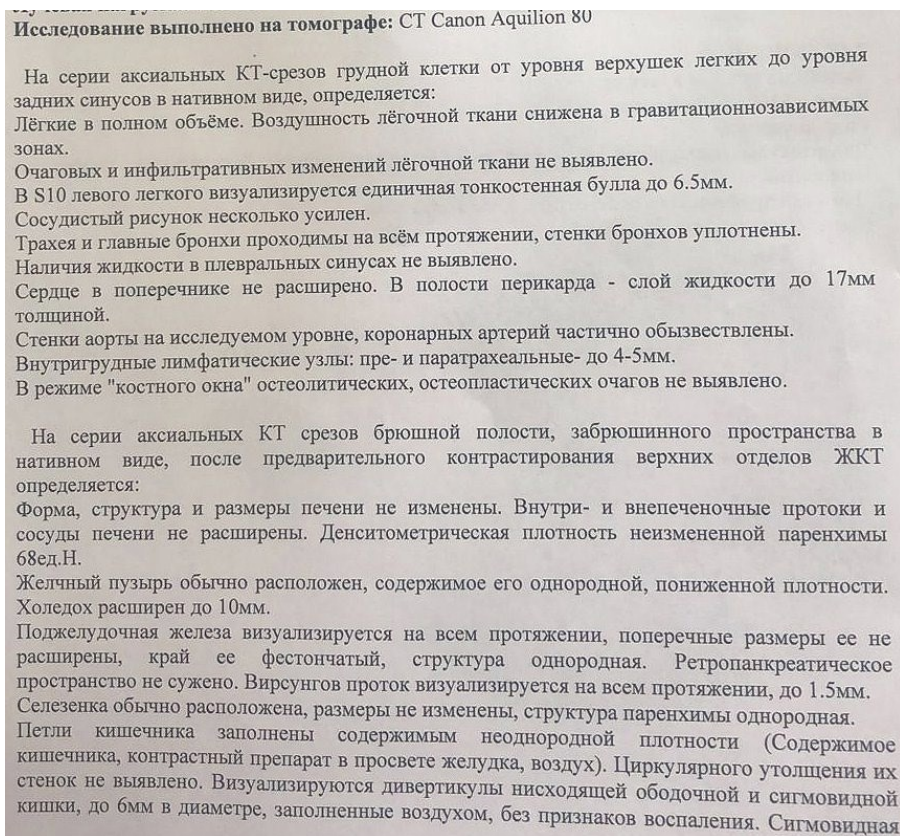


Рисунок 1 - Компьютерная томография грудной клетки

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.136.4.1>

Заключение

У представленной пациентки имеется несколько причин головной боли среди, которых и недостаточность функции щитовидной железы. Это подтверждается выявлением гипотиреоза, положительным ответом на лечение тироксином, литературными данными. Диагноз цервикогенной головной боли выставлен неврологом, верифицирован проведением КТ головного мозга. Сложность диагностики и лечения в данном случае заключалась в том, что пациентка обращалась к врачам разного профиля – кардиологам, неврологам, врачам ультразвуковой диагностики, но комплексного анализа ее состояния не проводилось. Поэтому для успешной диагностики и лечение очень важно, чтобы все результаты обследований координировал один врач.

Благодарности

Моему учителю.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Acknowledgement

To my teacher.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Максимова М.Ю. Абузусная головная боль / М.Ю. Максимова, Т.Ю. Хохлова, Л.А. Мота // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — № 117(9). — С. 99-102. — DOI: 10.17116/jnevro20171179199-102.
2. Li X. Altered Cerebral Neurovascular Coupling in Medication-Overuse Headache: A Study Combining Multi-Modal Resting-State fMRI with 3D PCASL / X. Li, M. Liu, W. Fan [et al.] // Front Neurosci. — 2023. — Vol. 17. — DOI: 10.3389/fnins.2023.1139086.
3. Петунина Н.А. Гипотиреоз / Н.А. Петунина // Справочник поликлинического врача. — 2009. — № 12. — С. 38-42.
4. Spanou I. Relationship of Migraine and Tension-Type Headache With Hypothyroidism: A Literature Review / I. Spanou, A. Bougea, G. Liakakis // Headache. — 2019. — Vol. 59(8). — P. 1174-1186. — DOI: 10.1111/head.13600.
5. Tepper D.E. Headache Attributed to Hypothyroidism / D.E. Tepper, S.J. Tepper, F.D. Sheftell [et al.] // Curr. Pain Headache Rep. — 2007. — Vol. 11(4). — P. 304-309. — DOI: 10.1007/s11916-007-0208-2.
6. Дамулин И.В. Неврологические нарушения при гипотиреозе / И.В. Дамулин, Г.О. Оразмурадов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2011. — № 111(3). — С. 82-86.
7. Звенигородская Л.А. Особенности клинического течения и лекарственной терапии язвенной болезни у пожилых людей / Л.А. Звенигородская // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10. — № 8. — С. 27-33.
8. Carmack S.W. The Current Spectrum of Gastric Polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients / S.W. Carmack, R.M. Genta, C.M. Schuler [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104(6). — P. 1524-1532. — DOI: 10.1038/ajg.2009.139.
9. Данилова Н.В. Аденокарцинома в гигантском гиперпластическом полипе желудка / Н.В. Данилова, П.В. Попов, Н.А. Олейникова [и др.] // Архив патологии. — 2017. — № 79(6). — С. 43-52.
10. Orlande P.R. Hypothyroidism / P.R. Orlande // Medscape. — 2022. — URL: <https://emedicine.medscape.com/article/122393-overview/> (accessed: 07.05.23).

Список литературы на английском языке / References in English

1. Maksimova M.Yu. Abuzusnaja golovnaja bol' [Medication Overuse Headache] / M.Yu. Maksimova, T.Yu. Chochlova, L.A. Mota // Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. — 2017. — № 117(9). — P. 99-102. — DOI: 10.17116/jnevro20171179199-102. [in Russian]
2. Li X. Altered Cerebral Neurovascular Coupling in Medication-Overuse Headache: A Study Combining Multi-Modal Resting-State fMRI with 3D PCASL / X. Li, M. Liu, W. Fan [et al.] // Front Neurosci. — 2023. — Vol. 17. — DOI: 10.3389/fnins.2023.1139086.
3. Petunina N.A. Gipotireoz [Hypothyroidism] / N.A. Petunina // Spravochnik poliklinicheskogo vracha [Directory of a Polyclinic Doctor]. — 2009. — Vol. 12. — P. 38-42. [in Russian]
4. Spanou I. Relationship of Migraine and Tension-Type Headache With Hypothyroidism: A Literature Review / I. Spanou, A. Bougea, G. Liakakis // Headache. — 2019. — Vol. 59(8). — P. 1174-1186. — DOI: 10.1111/head.13600.
5. Tepper D.E. Headache Attributed to Hypothyroidism / D.E. Tepper, S.J. Tepper, F.D. Sheftell [et al.] // Curr. Pain Headache Rep. — 2007. — Vol. 11(4). — P. 304-309. — DOI: 10.1007/s11916-007-0208-2.
6. Damulin I.V. Nevrologicheskie narusheniya pri gipotireoze [Neurologic Disorders in Hypothyreosis] / I.V. Damulin, G.O. Orazmuradov // Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. — 2011. — № 111(3). — P. 82-86. [in Russian]
7. Zvenigorodskaya L.A. Osobennosti klinicheskogo techeniya i lekarstvennoj terapii jazvennoj bolezni u pozhilyh ljudej [Features of the Clinical Course and Drug Therapy of Peptic Ulcer in the Elderly] / L.A. Zvenigorodskaya // Consilium medicum. — 2008. — Vol. 10. — № 8. — P. 27-33. [in Russian]
8. Carmack S.W. The Current Spectrum of Gastric Polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients / S.W. Carmack, R.M. Genta, C.M. Schuler [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104(6). — P. 1524-1532. — DOI: 10.1038/ajg.2009.139.
9. Danilova N.V. Adenokarcinoma v gigantskom giperplasticheskom polipe zheludka [Adenocarcinoma in a Giant Hyperplastic Polyp of the Stomach] / N.V. Danilova, P.V. Popov, N.A. Olejnikova [et al.] // Arhiv patologii [Archive of Pathology]. — 2017. — № 79(6). — P. 43-52. [in Russian]
10. Orlande P.R. Hypothyroidism / P.R. Orlande // Medscape. — 2022. — URL: <https://emedicine.medscape.com/article/122393-overview/> (accessed: 07.05.23).