

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ*

Чугунов В. В.¹, Маркова М. В.², Кожина А. М.³, Курило В. О.¹, Заседа Ю. І.¹,
Іщук В. В.⁴, Загуровський В. М.², Гончаров В. С.², Яворська Т. П.²

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна;

² Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна;

³ Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;

⁴ Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна
mariannochka1@ukr.net

Ендокринна патологія є важливою проблемою сучасних міждисциплінарних досліджень у галузі терапевтичних спеціальностей та психодисциплін. Успіх у розробці медикаментозних препаратів, терапевтичних систем та методів корекції ендокринної патології призвели до стабілізації перебігу ендокринних порушень із досягненням стійких станів компенсації, і тому зараз основними задачами терапевтичного процесу є досягнення високого рівня життя та

максимально можливого ступеню контролю за захворюванням [1–3]. Усе це привертає увагу в бік вивчення особливостей та факторів, що впливають на якість життя, його повсякденні патерни, які пов'язані із дотриманням терапевтичних та дієтичних рекомендацій, коморбідних психосоматичних аспектів ендокринної патології у широкому сенсі. У цьому ракурсі дані про клініко-психопатологічні та медико-психологічні кореляти ендокринної патології

* Дослідження виконано в межах наукової тематики Запорізького державного медичного університету МОЗ України «Коморбідність психічної та іншої патології» (номер державної реєстрації 0117U006966), Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України «Скринінг та діагностика субклінічного синдрому Кушинга» (номер держреєстрації 0116U003042), Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України «Стани психічної дезадаптації (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлювальної терапії та медико-психологічної корекції)» (номер держреєстрації 0115U000139) та «Медико-психологічні наслідки соціального стресу та інформаційно-психологічної війни (макро-, мікросоціальні чинники дезадаптації, механізми формування, система психодіагностики, психокорекції, психопрофілактики)» (номер державної реєстрації 0117U000371).

Установами, що фінансують дослідження, є МОЗ України.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 7.12.2019.

виступають основою подальшого розвитку уявлень щодо її комплексної терапії та підґрунтям залучення сучасних психотерапевтичних та психопрофілактичних систем [4, 5].

Наявний у структурі хронічних ендокринопатій психоендокринний синдром (ПЕС) є одним з центральних в класі соматогенної психопатології. Тим не менш, існуючі дефініції ПЕС лише окреслюють множину різнорівневих патопсихологічних та психопатологічних констеляцій, які вимагають ретельного аналізу. Розмежування клініки ПЕС і коморбідних психопатологічних станів є складним завданням в силу відсутності структурованої типології ПЕС і несистематизованості відомостей про нозологію залежності семіотики у його структурі.

Моделними варіантами ПЕС щодо аналізу їх клініко-психологічних характеристик виступають ендокринні дисфункції, пов'язані з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози [5, 6].

Синдромологічний аналіз та систематизація варіантів клінічної картини ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози є важливим міждисциплінарним завданням медичної психології, ендокринології, психіатрії та психотерапії, що й обумовлює актуальність дослідження [7, 8].

Мета роботи — встановити клініко-психопатологічну картину та сформувану типологію ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Контингент дослідження склали 216 хворих, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ен-

докринних органів і тканин МОЗ України на порушення обміну гормонів щитоподібної залози, з яких було відібрано 200 хворих із діагностованим ПЕС. Середній вік хво-

Таблиця 1

Критерії включення та виключення хворих у рамках дослідження

Критерії Група	Включення	Виключення
Загальні	<ol style="list-style-type: none"> інформована згода на участь у дослідженні; наявність верифікованого діагнозу протягом > 5 років; наявність кваліфікуючих симптомів ПЕС стан декомпенсації ендокринної патології за даними сироваткових рівнів гормонів, зареєстрованими при біохімічному обстеженні (для гіпотиреозу: Т3 св. < 2,02 pg/ml, Т4 св. < 0,93 ng/ml; ТТГ > 4,2 μIU/ml; для гіпертиреозу: Т3 св. > 4,44 pg/ml, Т4 св. > 1,71 ng/ml; ТТГ < 0,27 μIU/ml). 	<ol style="list-style-type: none"> наявність інвалідизуючої коморбідної патології; важкі когнітивно-мнестичні порушення за даними моніторингового обстеження за методикою MMSE; перенесені цереброваскулярні, церебротравматичні події та нейроінфекції в анамнезі; наявність діагностованої психічної патології нозологічного рівня; дитячий та старечий вік; стан компенсації ендокринної патології за даними сироваткових рівнів гормонів, зареєстрованими при біохімічному обстеженні (для гіпотиреозу та гіпертиреозу: Т3 св. = 2,02 – 4,44 pg/ml, Т4 св. = 0,93 – 1,71 ng/ml; ТТГ = 0,27– 4,2 μIU/ml).
Г1	наявність верифікованого діагнозу гіпотиреозу	перенесене оперативне втручання через онкологічне захворювання залози
Г2	наявність верифікованого діагнозу гіпертиреозу	наявність онкологічної патології залози

рих становив $46,33 \pm 1,36$ рік. Тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 25 pp. Першу групу (Г1) склали 100 хворих (59 чоловіків та 41 жінка) із явищами гіпотиреозу та клінічно вираженими проявами ПЕС. Середній вік у групі становив $51,53 \pm 1,82$ р. Другу групу (Г2) склали 100 хворих (62 чоловіка та 38 жінок) із явищами гіпертиреозу та клінічно вираженими проявами ПЕС. Середній вік у групі становив $49,24 \pm 1,41$ р. Контингент формувалася за критеріями включення та виключення, що наведено у табл. 1.

Для досягнення мети використовувалися наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний з метою встановлення особливостей хворих та реалізований за допомогою неструктурованого інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination, MMSE, M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh, 1975) використовувалася на етапі формування контингентів дослідження для виключення хворих із когнітивною

неспроможністю, психодіагностичний метод, реалізований за допомогою методик: Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983); Оцінювальна шкала манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978); Симптоматичний опитувальник психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, L. Derogatis et al, 1973); Опитувальник виміру агресивності і ворожих реакцій А. Басса, А. Даркі (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI, A. H. Buss, A. Durkee, 1957); Шкала імпульсивності Плутчика (Impulsiveness Scale, IS, R. Plutchik).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS 12.0 for Windows, Excel) за допомогою критеріїв перевірки статистичних гіпотез: t-критерію Стьюдента — для кількісних ознак, критерій χ^2 — для якісних.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-психопатологічне дослідження було сфокусоване на виявленні та оцінці 3 базових компонентів ПЕС: патокогнітивного, патоафективного та патоасоціативного. Наявні у хворих порушення інтелектуально-мнестичної сфери, що склали патокогнітивний компонент, знаходилися на рівні легких порушень (вище 19 балів за критеріями MMSE), а хвори, з більш глибокими рівнями когнітивного дефіциту, було виключено з дослідження на етапі формування груп.

Патоконативний компонент ПЕС оцінювався через аналіз рівнів імпульсивності у хворих, який був проведений з використанням IS, та агресивності, що визначався за допомогою BDHI. За результатами порівняння показників імпульсивності були виявлені статистично достовірні ($p < 0,001$) розбіжності між групами дослідження: середнє значення рівню імпульсивності для хворих Г1 склав $22,11 \pm 0,29$ балів, той час як для Г2 — $41,07 \pm 0,47$ балів. Результати аналізу рівня вираженості агресивних форм

реагування у хворих Г1 та Г2, що був проведений з використанням BDHI, представлений у табл. 2, з якої випливає, що у хворих с гіпертиреозом зареєстровано підвищення рівню агресивності, порівняно з хворими на гіпотиреоз за всіма проявами, окрім «образи» та «почуття провини» ($p < 0,001$).

Треба зазначити, що отримані дані аналізу щодо рівнів імпульсивності та агресивності хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози, а саме, переважання імпульсивних та агресивних форм реагування серед хворих на гіпертиреоз, співпадають з результатами інших дослідників [5, 9–11].

З метою аналізу *патоафективного компонента* ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози було проведено обстеження з використанням HADS (рис. 1).

За результатами вивчення вираженості тривожних проявів у Г1, у 62 (62 %) хворих виявлені показники знаходилися у межах норми (0–7); у 31 особи (31 %) виявлені по-

Рівні агресивних форм реагування у хворих Г1 та Г2

Підшкала	Σ_{\max}	Г1 (N = 100)		р-критерій	Г2 (N = 100)	
		Серед. бал	K ¹		Серед. бал	K ¹
Фізична агресія	10	2,04 ± 0,07	0,204	p < 0,001	7,23 ± 0,16	0,723
Опосередкована агресія	9	3,12 ± 0,1	0,347	p < 0,001	7,12 ± 0,14	0,791
Дратівливість	11	6,99 ± 0,11	0,878	p < 0,001	10,01 ± 0,11	0,91
Негативізм	5	4,02 ± 0,1	0,804	p < 0,001	2,16 ± 0,08	0,432
Образа	8	6,21 ± 0,11	0,776	p > 0,050	6,91 ± 0,13	0,364
Підозрілість	12	11,03 ± 0,11	0,919	p < 0,001	2,02 ± 0,08	0,168
Вербальна агресія	13	2,13 ± 0,1	0,164	p < 0,001	12,07 ± 0,08	0,928
Почуття провини	9	6,97 ± 0,12	0,774	p > 0,050	6,08 ± 0,11	0,453

Примітки:

K¹ коефіцієнт відношення середнього балу до максимально можливого балу за даною підшкалою (демонструє інтенсивність прояву у діапазоні від 0 до 1).

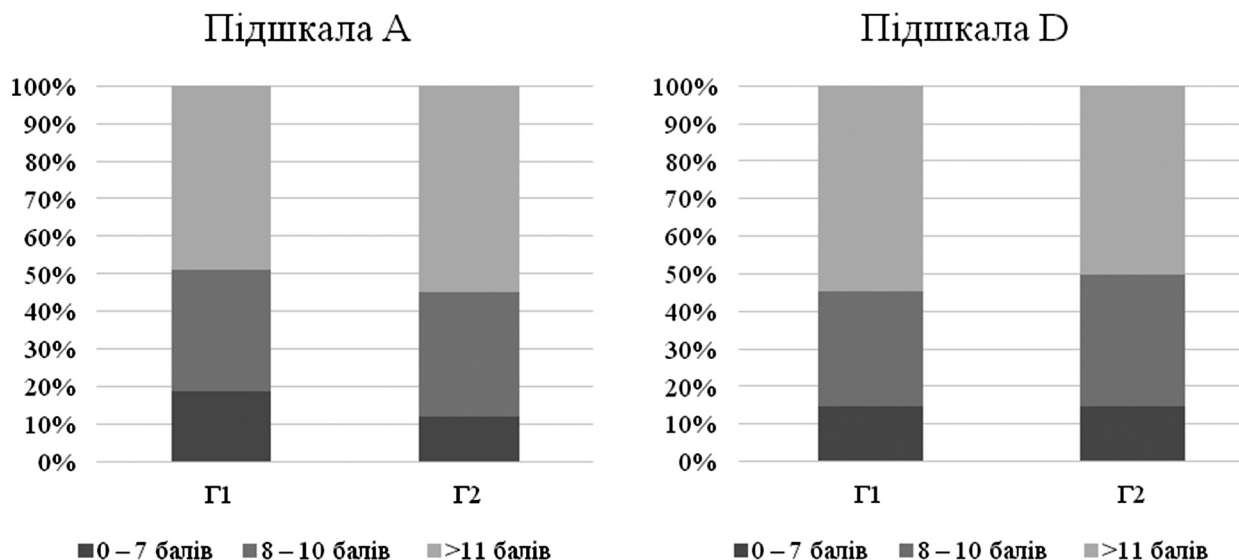


Рис. 1. Тривожні та депресивні прояви у структурі патоафективного компоненту (за HADS).

казники відповідали субклінічно вираженій тривозі (8–10); 7 (7 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (> 11). За результатами субшкали А HADS у Г2 47 (47 %) хворих виявили показники, що знаходились в межах норми (0–7), що значуще відрізнялося від результатів Г1 (p < 0,05); 31 особа (31 %) виявила показники, що відповідали субклінічно вираженій тривозі (8–10); 22 (22 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (> 11), що відрізнялося від результатів Г1 (p < 0,05). Таким чином, рівень тривоги у Г2 перевищував відповідний рівень у Г1.

За результатами вивчення вираженості депресивних проявів у Г1 21 хворий (21 %) виявив показники в межах норми (0–7); 34 особи (34 %) виявили показники, відповідні субклінічно вираженій депресії (8–10); 45 (45 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (> 11). За результатами субшкали D HADS у Г2 45 (45 %) хворих виявили показники в межах норми (0–7); 39 (39 %) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8–10), що значуще відрізняється від результатів Г1 (p < 0,05); 16 (16 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депре-

сії (> 11), що значуще відрізнялося від результатів Г1. Т. ч., рівень депресії у Г1 перевищував відповідний рівень у Г2.

Треба зазначити, що отримані дані щодо особливостей патоафективного наповнення ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози, а саме, переважання клінічно виражених тривожних феноменів серед хворих на гіпертиреоз та депресивних у хворих на гіпотиреоз, співпадають з результатами інших дослідників [12–14].

Для аналізу маніформних проявів у структурі патоафективного компоненту ПЕС було проведено дослідження за YMRS (рис. 2)

Симптоми маніформного реагування у хворих на гіпотиреоз набували форми дисомнії, дратівливості та ідеаторних порушень за умови відсутності вираженого маніформного стану; при гіпертиреозі — встановлено гіпоманіакальний стан, обумовлений психостимулюючим впливом тиреоїдних гормонів, що призводив до включення до клінічної картини ПЕС маніформної симптоматики.

Треба зазначити, що отримані дані щодо особливостей маніформного патоафективного наповнення ПЕС у хворих на по-

рушення обміну гормонів щитоподібної залози, а саме психостимулюючий вплив надлишку тиреоїдних гормонів, співпадають з результатами інших дослідників [13, 15, 17].

Патоасоціативний компонент ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози визначили за допомогою SCL-90-R. Для обох груп були характерні високі показники за шкалою «обсесивно-компульсивних розладів» (високі та дуже високі показники вираженості феномену виявили 79 % хворих Г1 та 63 % хворих Г2).

Статистично значимі ($p < 0,05$) розбіжності між групами були визначені за калами «фобічності», «паранояльності», «інтерперсональної чутливості» та «ворожості». Так для хворих на гіпотиреоз була характерна більш висока вираженість «паранояльності» (високі та дуже високі показники вираженості феномену виявили 57 % хворих) та «фобічності» (високі та дуже високі показники вираженості феномену виявили 75 % хворих), а для хворих на гіпертиреоз — висока вираженість «інтерперсональної чутливості» (високі та дуже високі показники вираженості феномену виявили 61 % хворих) та «ворожості» (високі та дуже

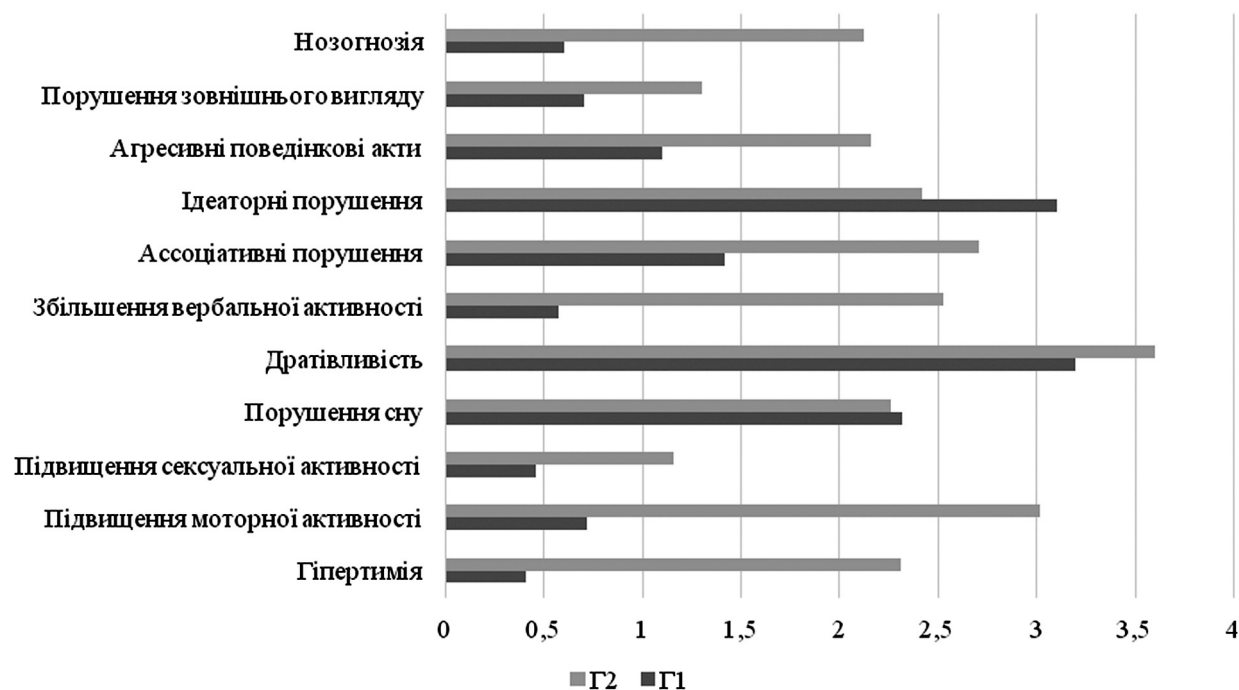


Рис. 2. Маніформні прояви у структурі патоафективного компоненту ПЕС (за YMRS).

Наповнення ПЕС у хворих Г1 та Г2

Групи дослідження	Компонент ПЕС		
	Патоафективний	Патоконативний	Патоасоціативний
Г1	гіпотимія з афектом туги та/або гіпотимія з дратівливістю, сенситивність	гіпобулія, активний негативізм	надцінні ідеї з паранояльною фабулою
Г2	дратівливість, емоційна лабільність, тривога	агресія, імпульсивність	надцінні ідеї з фабулою конфронтації

високі показники вираженості феномену виявили у 68 % хворих).

На підставі клініко-психопатологічного аналізу структури ПЕС було встановлене наступне: для ПЕС при гіпотиреозі характерне поєднання низького рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму, образи, підозрілості та почуття провини. Його психопатологічна структура представлена патоафективним (депресивні симптоми та фобічні феномени клінічного рівня) та патоасоціативним компонентами (важкі форми обесивних феноменів та «паранояльності»).

Для ПЕС при гіпертиреозі характерне поєднання високого рівня імпульсивності, високих рівнів фізичної, опосередкованої та вербальної агресії. Його психопатологічна структура представлена патоафективним (клінічні форми тривожності), патоасоціативним (важкі форми обесивних феноменів) та патоконативним компонентами (виражені прояви ворожості та порушень інтерперсональної чутливості) (табл. 3).

За результатами неструктурованого інтерв'ю також було встановлено, що переважна більшість хворих Г1 та Г2 виявляли зміни у родинних взаємовідносинах, що були обумовлені перебігом ПЕС. Хворі Г1 повідомили про погіршення взаємозв'язку з близькими родичами, які, на їх думку, за-

надто акцентували увагу хворого на змінах його зовнішнього вигляду: ожиріння, огрубіння голосу, сухість шкіри, набряки та ламкість волосся – що лише погіршувало перебіг основного захворювання та посилювало симптоми ПЕС: провокувало самопринизливі нав'язливі думки, знижували бажання хворих продовжувати терапію.

Імпульсивна агресія у поєднанні з тенденцією до конфронтації ставала причиною численних конфліктних ситуацій між хворими Г2 і членами їх родин. Хворі були схильні до знеціненням бажань близьких та превалювання власних інтересів. Емоційна лабільність цих хворих також мала своє відображення у характері внутрішньосімейного реагування та призводила до непорозуміння з членами родини.

Треба зазначити, що отримані дані щодо клініко-психопатологічного наповнення ПЕС у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози, містять протиріччя щодо аналогічних досліджень, що може бути викликано специфічним модусом розгляду контингенту у стані декомпенсації ендокринної дисфункції та використанням діагностичного інструменту, орієнтованого на квантифікацію психопатологічних феноменів [6, 16–18]. Результатом цього може бути підвищена сенситивність при низькій специфічності отриманих результатів.

ВИСНОВКИ

Встановлено клініко-психопатологічне аранжування ПЕС при порушеннях обміну гормонів щитоподібної залози. Структурні компоненти та вираженість клініко-пси-

хопатологічних особливостей ПЕС були наступними: при гіпотиреозі — патоафективний (депресивні симптоми та фобічні феномени клінічного рівня, а також дра-

тивливість), патоасоціативний (важкі форми обсессивних феноменів та «паранояльно-сті») та патоконативний (виражені прояви гіпобулії та негативізму); при гіпертиреозі — патоафективний (маніоформний стан гіпоманіакального рівня та клінічні форми тривожності), патоасоціативний (важкі форми обсессивних феноменів) та патоконативний (виражені прояви ворожості та порушень інтерперсональної чутливості).

Отримані результати визначають двовекторну спрямованість психопрофілактичного супроводу хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози, а саме, корекцію наявної психопатологічної семіотики у структурі ПЕС та нівеляцію чинників вторинної психотравматизації з урахуванням особливостей його клініко-психопатологічних проявів.

ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

- Kiriljuk ML. Redkie sluchai jendokrinnoj patologii: monografija, Chernovcy, 2012: 280 p.
- Zhabenko OJu. *Arhiv Psyhiatrii'* 2012; 18(2): 64-67.
- Aulinas A, Webb SM. *Exp Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2014; 14(6): 873-888. doi: 10.1586/14737167.2014.963559.
- Chugunov VV, Tkachenko OV, Danilevs'ka NV. *Zaporiz Med Zhurn* 2017; 19(2): 195-199.
- Bunevicius R, Prange AJ. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23: 363-368. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283387b50.
- Brandt F, Thvilum M, Almind D, et al. *Eur J Endocrinol* 2013; 170: 341-348. doi: 10.1530/EJE-13-0708.
- Chugunov VV. Psihoterapevticheskij diagnoz, *Har'kov*, 2014/2015: 536 p.
- Garg A, Vanderpump MP. *Br Med Bull* 2013; 107(1): 101-116. doi: 10.1093/bmb/ldt024.
- Markova MV, Fedak BS, Varibrus OV, et al. *Probl Endokryn Patologii'* 2019; 3: 42-51. doi: 10.21856/j-PEP.2019.3.06.
- Sinicyna JuV, et al. *Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina* 2013; 4: 82-87.
- Mozerov SA, Jerkenova LD. *Bjul med Internet-konf* 2011; 1(7): 29-31.
- Bauer M, Glenn T, Pilhatsch M, et al. *Bipolar Dis* 2014; 16(1): 58-71. doi: 10.1111/bdi.12150.
- Gassenmaier C, Schittenhelm J, Selo N, et al. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2014; 139(50): 26-30. doi: 10.1055/s-0034-1387424.
- Demartini B, Masu A, Scarone S, et al. *Panminerva Med* 2010; 52(4): 277-282.
- Benseñor IM, Nunes MA, Santos IS, et al. *Clin Endocrinol* 2016; 84(2): 250-256. doi: 10.1111/cen.12719.
- Beydoun MA, Beydoun HA, Kitner-Triolo MH, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 3470-3481. doi: 10.1210/jc.2013-1813.
- Bocchetta A, Traccis F, Mosca E. *Int J Bipolar Dis* 2016; 4(1): 5. doi: 10.1186/s40345-016-0046-4.
- Smith CD, Grondin R, LeMaster W, et al. *Thyroid* 2015; 25: 28-36. doi: 10.1089/thy.2014.0371.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ
ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ
НА ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ГОРМОНІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

Чугунов В. В.¹, Маркова М. В.², Кожина А. М.³, Курило В. О.¹, Заседа Ю. І.¹,
Іщук В. В.⁴, Загуровський В. М.², Гончаров В. Є.², Яворська Т. П.²

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна;

² Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна;

³ Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;

⁴ Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ, Україна
mariannochka1@ukr.net

На основі результатів обстеження 200 хворих Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози у станах декомпенсації ендокринної патології: 100 хворих — з гіпотиреозом та 100 хворих — з гіпертиреозом, проведено комплексну оцінку клініко-психопатологічного наповнення наявних психоендокринних порушень. Типологізовано та надано клінічну характеристику психоендокринного синдрому у даній категорії хворих. Структурні компоненти клініко-психопатологічних особливостей досліджуваного синдрому були наступними: при гіпотиреозі — патоафективний компонент був представлений гіпотимією з афектом туги та/або з дратівливістю та сенситивністю, патоконативний компонент був представлений гіпобулією та активним негативізмом, патоасоціативний компонент представлений надцінними ідеями з параноюльною фабулою; при гіпертиреозі — патоафективний компонент був представлений дратівливістю, емоційною лабільністю та тривогою, патоконативний компонент був представлений агресією та імпульсивністю, патоасоціативний компонент представлений надцінними ідеями з фабулою конфронтацією. Встановлено виражені нозозалежні клініко-психологічні відмінності у хворих груп дослідження у станах декомпенсації ендокринних порушень. Встановлено вплив основних компонентів психоендокринного синдрому на характер внутрішньосімейного міжособистісного реагування у хворих на гіпо- та гіпертиреоз.

Ключові слова: захворювання щитоподібної залози, гіпотиреоз, гіпертиреоз, психоендокринний синдром, ендокринологія, психологія.

**FEATURES OF CLINICAL SYMPTOMS
OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN PATIENTS
WITH DISORDERS OF THYROID HORMONE EXCHANGE**

V. V. Chuhunov¹, M. V. Markova², A. M. Kozhyna³, V. O. Kurilo¹, Yu. I. Zaseda¹,
V. V. Ishchuk⁴, V. M. Zagurovsky², V. E. Goncharov², T. P. Yavorska

¹ Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine;

² Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine;

³ Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine;

⁴ Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation
of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
mariannochka1@ukr.net

Based on the results of examination of 200 patients of Ukrainian Scientific and Practical Center for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine with impaired metabolism of thyroid hormones in states of decompensation of endocrine pathology: 100 patients with hypothyroidism and 100 patients with hyperthyroidism, a comprehensive assessment of the clinical and psychopathological filling of existing psychoendocrine disorders was carried out. The clinical characteristics of the psychoendocrine syndrome in this category of patients was typologized and presented. The structural components and severity of the clinical and psychopathological features of the investigated syndrome were as follows: in case of hypothyroidism, the patho-affective component was represented by hypothymia with affect of anguish and/or with irritability and sensitivity, the patho-conative component was represented by hypobulia and active negativity, the patho-associative component was represented by precious ideas with paranoia; in hyperthyroidism — the patho-affective component was represented by irritability, emotional lability and anxiety, the patho-conative component was represented by aggression and impulsivity, and the patho-associative component was represented by precious ideas with confrontation. Nose-dependent clinical and psychological differences were found in patients of the study groups in the states of decompensation of endocrine disorders. Influence of the main components of psychoendocrine syndrome on the nature of interfamily interpersonal response in patients with hypothyroidism and hyperthyroidism.

Key words: thyroid disease, hypothyroidism, hyperthyroidism, psychoendocrine syndrome, endocrinology, psychology.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ
С НАРУШЕНИЯМИ ОБМЕНА ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Чугунов В. В.¹, Маркова М. В.², Кожина А. М.³, Курило В. А.¹, Заседа Ю. И.¹,
Іщук В. В.⁴, Загуровский В. М.², Гончаров В. Е.², Яворская Т. П.²

¹ Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина;

² Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина;

³ Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина;

⁴ Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, г. Киев, Украина
mariannochka1@ukr.net

На основе результатов обследования 200 больных Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины с нарушением обмена гормонов щитовидной железы в состояниях декомпенсации эндокринной патологии: 100 больных — с гипотиреозом и 100 больных — с гипертиреозом, проведена комплексная оценка клинко-психопатологического наполнения имеющихся психоэндокринных нарушений. Типологизировано и предоставлено клиническую характеристику психоэндокринного синдрома у данной категории больных. Структурные компоненты и выраженность клинко-психопатологических особенностей исследуемого синдрома были следующими: при гипотиреозе — патоаффективный компонент был представлен гипотимией с аффектом тоски и/или разрежённостью и сенситивностью, патоконативный компонент был представлен гипобулией и активным негативизмом, патоассоциативный компонент был представлен сверхценными идеями с паранойяльной фабулой; при гипертиреозе — патоаффективный компонент был представлен разрежённостью, эмоциональной лабильностью и тревогой, патоконативный компонент был представлен агрессией и импульсивностью, патоассоциативный компонент был представлен сверхценными идеями с фабулой конфронтации. Установлено выраженные нозозависимые клинко-психологические различия у больных групп исследования в состояниях декомпенсации эндокринных нарушений. Установлено влияние основных компонентов психоэндокринного синдрома на характер внутрисемейного межличностного реагирования у больных на гипо- и гипертиреоз.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, гипотиреоз, гипертиреоз, психоэндокринный синдром, эндокринология, психология.