

С. И. Шевченко,  
Р. С. Шевченко,  
О. С. Цыганенко,

Харьковский национальный  
медицинский университет

© Коллектив авторов

## ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

**Резюме.** Целью исследования явилось изучение психоэмоционального статуса больных с хирургическими заболеваниями ЩЖ в зависимости от ее функциональной активности. Все больные были распределены на 3 клинические группы, в зависимости от функциональной активности ЩЖ: в 1-ю группу вошли 65 (30,8 %) больных с тиреотоксикозом; во 2-ю группу 67 (31,8 %) пациентов в эутиреоидном состоянии; в 3-ю группу объединили 79 (37,4 %) больных, находившихся в гипотиреоидном состоянии. В ходе исследования были получены данные, свидетельствующие об изменении в психоэмоциональной сфере пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ. Частота встречаемости и степень выраженности тревожных и депрессивных расстройств, прежде всего, зависели от функциональной активности тиреоидной ткани.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, психоэмоциональный статус, функциональная активность.

### Введение

За последнее десятилетие отмечается рост интереса врачей различного профиля к изучению особенностей психического статуса пациентов, страдающих соматическими заболеваниями и отношение их к данному состоянию [1, 3]. Отмечено, что индивидуальная реакция больного на стресс или болезнь связана, прежде всего, с состоянием психологической защиты, которая определяет наличие и выраженность последующих стрессовых психических нарушений и отражается в эмоциональной реакции пациента на заболевание [5, 7]. Известно, что в результате болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека, и при этом своеобразие реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром [10, 11]. Таким образом, в настоящее время все большее число ученых, врачей общей практики, интернистов придерживаются принципа неразрывной связи психического и соматического в происхождении заболеваний человека, что определяется самой его сущностью как биопсихосоциальной системы [8, 9]. Не являются исключением и эндокринные заболевания, а именно, хирургические заболевания щитовидной железы (ЩЖ). Интерес к изучению взаимозависимости психологических и соматических факторов в возникновении и течении эндокринных заболеваний в последние годы возрос как в медицине вообще, так и в клинической психологии в частности [2, 4, 6, 12]. Известно, что

тиреоидный гормональный дисбаланс, который развивается при тиреопатиях, может приводить к развитию тяжелых изменений во всех органах и системах, что в свою очередь является причиной развития у данных пациентов метаболических нарушений, вплоть до возникновения у них метаболического синдрома, что обуславливает появление, а в дальнейшем и прогрессирование, хронического эндотоксикоза, тем самым индуцируя развитие изменений и в психоэмоциональной сфере, что усугубляет клиническое течение соматического заболевания [5, 13]. В настоящий момент число исследований, посвященных изучению психологического состояния и отношение пациентов к болезни с тиреоидной патологией хирургического профиля в зависимости от секреторной функции ЩЖ незначительно, что в полной мере не позволяет охарактеризовать и оценить характер, а также степень выраженности изменений, происходящих в психической сфере у лиц с указанной патологией.

### Цель исследования

Изучение психоэмоционального состояния и типов отношения больных с хирургическими заболеваниями ЩЖ к своей болезни в зависимости от функциональной активности тиреоидной ткани.

### Материалы и методы исследований

В исследование было включено 211 больных с хирургическими заболеваниями ЩЖ: у 47-ми (22,3 %) пациентов был диагностирован узловой зоб, у 79-ти (37,4 %) больных от-



мечалась смешанная форма зоба, у 31 (14,7 %) — аденома ЩЖ, у 54 (25,6 %) была верифицирована сочетанная патология ЩЖ, а именно узловатая форма зоба в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом. Возраст обследованных пациентов варьировал от 20 до 73 лет. Средний возраст больных составил 39 лет. Из них 87 % пациентов находились в трудоспособном возрасте. В числе больных было 165 (78,2 %) женщин репродуктивного возраста, средний возраст которых составил 35 лет. Предполагаемая длительность заболевания в изученных случаях варьировала от 1 года до 29 лет. Все пациенты находились на оперативном лечении во II-м хирургическом отделении ХГКМБ № 17 с 2008–2012 гг. Среди них было 187 (88,6 %) женщины и 24 (11,4 %) мужчины. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, а также исследование функции ЩЖ, которое включало в себя определение иммуноферментным методом содержание тиреоидных гормонов в сыворотке крови: тироксина, трийодтиронина, Т4 свободного, а также содержание тиреотропного гормона гипофиза, антитиреоидных аутоантител к пероксидазе тироцитов, к тиреоглобулину. Ультразвуковое исследование ЩЖ проводили на аппарате «Sonoline SL-1» фирмы «Siemens», работающем в реальном масштабе, с частотой датчика 7,5 МГц, в режиме серой шкалы. Всем больным в предоперационном периоде под контролем ультразвукографии методом свободной руки производилась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) из узловых образований тиреоидной ткани.

В ходе исследования все больные были распределены на 3 клинические группы, в зависимости от функциональной активности ЩЖ: в 1-ю группу вошли 65 (30,8 %) больных с тиреотоксикозом; во 2-ю группу 67 (31,8 %) пациентов в эутиреоидном состоянии; в 3-ю группу объединили 79 (37,4 %) больных, находившихся в гипотиреоидном состоянии. В контрольную группу вошли 45 здоровых испытуемых, не имевших в анамнезе патологии ЩЖ и были сопоставимы с больными по возрасту, полу.

Для выявления психоэмоциональных особенностей у пациентов, а также лиц, вошедших в контрольную группу, проводилось исследование психоэмоционального статуса по следующим методикам тестирования:

1. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* (the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — заполнялась самим больным, использовалась для скрининга и субъективной оценки аффективного состояния. Она состояла из 14 утверждений, которые были разделены на 2 подшкалы: подшкала А — «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; подшкала D «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8,

10, 12, 14. Каждому утверждению соответствовали 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделялось 3 области значений: 0–7 баллов — норма, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия;

2. *Шкала Цунга*, на основе факторного анализа измеряли 7 параметров: чувство душевной опустошенности, изменение настроения, соматические и психомоторные симптомы депрессии, суицидальные мысли и раздражительность — нерешительность. Шкала включала 20 пунктов, каждый из которых определял субъективную частоту («крайне редко», «редко», «часто», «большую часть времени или постоянно») симптомов депрессии. При заполнении бланка шкалы испытуемые отмечали крестиком ячейки тех вариантов ответов, которые наиболее точно соответствовали их состоянию. Общий балл по методике определяющий наличие или отсутствие депрессии рассчитывается по формуле:  $УД = \sum пр + \sum обр.$ , где  $\sum пр.$  — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19 и оцениваются от 1 до 4 баллов;  $\sum обр.$  — сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, оцениваются от 4 до 1 балла, к высказываниям № 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18, 20. Если УД не более 50 баллов, то диагностировали состояние без депрессии. Если УД более 50 и менее 59 баллов, то делался вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. Показатель УД от 60 до 69 баллов — субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностировалось при УД более 70 баллов.

3. *Шкала Монтгомери-Асберга* (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) заполнялась врачом при собеседовании с больным и использовалась для объективной оценки состояния больных. Состояла из 10 основных пунктов, каждый из которых содержал краткое описание симптомов и оценивался по 6-балльной шкале от 0 до 6 в зависимости от их выраженности. Сумма баллов от 0 до 15 соответствовала отсутствию депрессивного эпизода, 16–25 — малому, 26–30 — умеренному, 31 и выше — большому депрессивному эпизоду.

4. *Тест Спилберга* для определения уровня реактивной (ситуационной) и личностной тревожности (в модификации Ю. Л. Ханина, 1976). Шкала самооценки состояла из 2-х частей, отдельно оценивающих тревожность реактивную (РТ, номера высказываний с 1 по

20) и личностную (ЛТ, номера высказываний с 21 по 40). На каждое из высказываний испытуемые давали один из четырех вариантов ответа: 1 — почти никогда, 2 — иногда, 3 — часто, 4 — почти всегда. Показатели РТ и ЛТ подсчитывались по формулам:  $РТ = A - B + 35$ , где А — сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; В — сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.  $ЛТ = C - D + 35$ , где С — сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; D — сумма остальных цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. При интерпретации результаты оценивались следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–45 — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность.

С целью выяснения особенностей личностного реагирования на болезнь была использована методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (1987). Данный опросник направлен на диагностику сложившегося под влиянием болезни паттерна отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, родственникам и близким, окружающим, работе, одиночеству, будущему, а также к своим витальным функциям. ТОБ состоял из 12 наборов фраз-утверждений, касающихся различных аспектов системы отношений обследуемого. В каждом наборе содержалось 10–16 пронумерованных утверждений. Во всех наборах предусмотрен «нулевой» вариант, т. е. допускалось, что ни одно из приведенных утверждений обследуемому не подходит. Число выборов по каждому варианту — не более трех, в том числе и нулевых вариантов.

Для более полного понимания вопроса о типах отношения пациентов к своей болезни мы сочли нужным изложить описание классификации типов отношения к болезни А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1980 г.), которую мы использовали в нашей работе:

1. *Гармоничный*. Трезвая оценка состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без склонности видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всём активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

2. *Эргопатический*. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страдания —

стремление, несмотря на это, продолжать работу. Характерно сверхответственность, одержимое, стеничное отношение к работе, в ряде случаев выражено ещё в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранять профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. *Анозогнозический*. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам или другим несерьёзным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись «своими средствами». При эйфорическом варианте этого типа — необоснованно повышенное настроение. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само всё обойдётся». Желание продолжать получать от жизни всё, несмотря на болезнь. Лёгкость нарушений режима, пагубно сказывающихся на течении болезни.

4. *Тревожный*. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрического типа в большей степени выражен интерес к объективным данным о болезни (результат анализов, заключение специалистов), чем фиксация на ощущениях. Поэтому — предпочтение слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетённость — вследствие этой тревоги. При обсессивно-фобическом варианте этого типа — тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач в лечении, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. *Ипохондрический*. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требование тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

6. *Неврастенический*. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышка раз-



дражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокорство и несдержанность.

7. *Меланхолический*. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на всё вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. *Апатический*. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало.

9. *Сенситивный*. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные слухи о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

10. *Эгоцентрический*. «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих переводятся «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются только как «конкуренты», отношение к ним — неприязненное. Постоянное желание показать другим своё особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

11. *Паранойяльный*. Уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

12. *Дисфорический*. Доминирует мрачно-озлоблённое настроение, постоянный угрюмый вид. Зависть и ненависть к здоровым. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Деспотическое отношение к близким — требование во всём угождать.

13. *Смешанный*. В диагностическую зону попадает не больше 3-х шкал типов отношения к болезни.

14. *Диффузный*. В диагностическую зону попадает более 3-х шкал типов отношения к болезни.

Типы отношения к болезни объединены в три блока. В первый блок включены шкалы гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов реагирования. Эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием. Второй блок включает типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Эмоциональный аспект отношений у больных с этими типами реагирования выражается в реакциях по типу раздраженности, подавленности, угнетённом состоянии, «уходом в болезнь», отказе от борьбы. Третий блок шкал содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью. Для больных характерны повышенный уровень тревожности, фиксированность на болезни, нарушение межличностных отношений, хроническая дезадаптация. Эти типы отражают сенсibilизированное отношение к болезни: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью программ Exel 97, Statistica 6.0. Достоверность отличий, полученных данных, изучали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p \leq 0,05$ ,  $p \leq 0,01$ .

### Результаты исследований и их обсуждения

Частота встречаемости нарушений психоэмоционального состояния у больных с хирургической патологией ШЖ в зависимости от ее функциональной активности представлена в табл. 1. Результаты, полученные в ходе клинического исследования, свидетельствовали о том, что во всех исследуемых группах больных отмечалось наличие тревожных состояний с исходом в депрессивные, различной степени выраженности.

Также была выявлена сильная прямая корреляционная связь ( $r = 0,9543$ ) между уровнем тревоги и депрессии с функциональной активностью ШЖ. Наиболее высокие показатели уровней тревожности были отмечены у пациентов с нарушенным гормональным фоном тиреоидных гормонов, а именно находившихся в гипотиреоидном состоянии или в тиреотоксикозе. При анализе полученных данных было отмечено, что тревожные состояния кор-



Таблиця 1

Частота встречаемости нарушений психоэмоционального состояния у больных с хирургической патологией ЩЖ в зависимости от ее функциональной активности

Шкалы	Группы больных					
	Эутиреоз (n=67)		Тиреотоксикоз (n=65)		Гипотиреоз (n=79)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Шкала Спилберга-Ханина	45	67,2	62	95,4	61	77,2
Шкала Цунга	39	58,2	59	90,8	57	72,2
Шкала тревоги и депрессии (HADS)	37	55,2	60	92,3	59	74,7
Шкала Монгомери-Асберга	39	58,2	60	92,3	59	74,7

Таблиця 2

Показатели психоэмоционального статуса пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ в зависимости ее от функциональной активности

Шкалы	Показатели для групп, М ± m, баллы				
	Основные группы			Контрольная группа	p
	Эутиреоз (n=67)	Тиреотоксикоз (n=65)	Гипотиреоз (n=79)		
Шкала Спилберга-Ханина (личностная тревожность)	27,15 ± 0,91	48,65 ± 1,71	42,58 ± 1,02	18,42 ± 1,62	p ≤ 0,01
Шкала Спилберга-Ханина реактивная тревожность	33,01 ± 1,06	49,3 ± 1,12	43,9 ± 1,6	23,51 ± 0,78	p ≤ 0,01
Шкала Цунга	57,3 ± 2,1	69,8 ± 1,13	64,7 ± 1,25	41,1 ± 1,12	p ≤ 0,01
Шкала тревоги и депрессии (HADS)	8,1 ± 0,79	11,32 ± 1,25	8,9 ± 1,32	4,8 ± 1,21	p ≤ 0,05
Шкала Монгомери-Асберга	14,5 ± 1,9	19,7 ± 2,25	29,6 ± 1,55	6,4 ± 2,12	p ≤ 0,05

Примечание: достоверность различий  $p \leq 0,05$  и  $p \leq 0,01$  по сравнению со средними величинами контрольной группы.

релируют не только с функциональной активностью тиреоидной ткани, но и с длительностью заболевания.

Данные психологического тестирования показателей психоэмоционального состояния испытуемых пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ в зависимости от ее функциональной активности и лиц, вошедших в контрольную группу, представлены в табл. 2.

При тестировании уровня тревожности по методике Спилберга-Ханина у больных трех групп показатели реактивной и личностной тревожности были значительно повышены по сравнению с контрольной группой, что имело статистически достоверную значимость ( $p \leq 0,01$ ). При изучении личностной тревожности, которая является относительно устойчивой индивидуальной характеристикой, дающая представление о предрасположенности человека к тревоге, во всех группах исследования были выявлены лица с высоким, умеренным и низким уровнем тревожности. Обращает на себя внимание, что у пациентов с нормальным гормональным тиреоидным фоном уровень личностной тревожности соответствовал низкому уровню тревожности ( $27,15 \pm 0,91$ ), что нельзя сказать о больных, которые находились в гипотиреоидном состоянии или в тиреотоксикозе, у которых этот показатель был на уровне  $42,58 \pm 1,02$ ;  $48,65 \pm 1,71$ , что характерно для умеренной и высокой тревожности соответственно. Показатели реактивной тревожности у больных трех групп соответствовали также низкому, умеренному и

высокому уровням тревожности. У пациентов в гипотиреоидном состоянии и в тиреотоксикозе уровень реактивной тревожности был достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ) и составил  $43,9 \pm 1,6$ ;  $49,3 \pm 1,12$  соответственно, чем в контрольной группе  $23,51 \pm 0,78$  и у больных в эутиреоидном состоянии  $33,01 \pm 1,06$ .

Диагностика депрессивных расстройств у больных с тиреоидной патологией и у здоровых лиц проводилась с помощью самооценочной шкалы депрессии Цунга, шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Монгомери-Асберга. Из табл. 2 следует, что в основных группах сравнения повышенный уровень депрессивных расстройств значительно чаще отмечен у пациентов с тиреотоксикозом и у больных, находившихся в гипотиреоидном состоянии ( $69,8 \pm 1,13$ ,  $64,7 \pm 1,25$ ;  $11,32 \pm 1,25$ ,  $8,9 \pm 1,32$ ;  $19,7 \pm 2,25$ ,  $26 \pm 1,55$  соответственно шкалам), и реже в группе пациентов, у которых диагностировано эутиреоидное состояние ( $57,3 \pm 2,1$ ;  $8,1 \pm 0,79$ ;  $14,5 \pm 1,9$  соответственно шкалам). При оценке результатов исследования было отмечено, что у эутиреоидных больных наблюдалось депрессивное расстройство, преимущественно в легкой форме ситуативного или невротического генеза. Что касается групп больных с тиреотоксикозом и гипотиреозом, то у данных пациентов депрессивное расстройство выявлены в 90,8 и 72,2 % случаев, соответственно, из них, у 50,7 и 35,5 % — диагностировано субдепрессивное состояние, а у 40,1 и 36,7 % — легкая форма депрессивного расстройства согласно представленным группам.



При анализе отношения к болезни (табл. 3) пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ в зависимости от функциональной активности тиреоидной ткани были установлены следующие типы реагирования больных на заболевание.

Пациенты, которые находились в эутиреоидном состоянии, в основном, был диагностирован благоприятный тип реагирования на заболевание, который характеризовался наименьшей социальной дезадаптацией в связи с заболеванием. У данных больных преобладали гармоничный, эргопатический типы отношения к болезни. В 25,4 % случаев имелись смешанные варианты отношения к болезни. При анализе полученных результатов было отмечено, что соотношение различных типов были согласованными и находились в пределах первого или второго блоков: гармонически-эргопатический, тревожно-неврастенический, что свидетельствовало об адекватном восприятии больными своего заболевания.

Для больных с повышенной функциональной активностью ЩЖ значительно реже встречались благоприятные типы реагирования на заболевание. У данных пациентов преобладали типы 2-го и 3-го блоков, характеризующиеся наличием психической дезадаптации. В 47,7 % больных были характерны варианты реагирования интрапсихической направленности личности. При этом чаще в этой группе встречался тревожный и неврастенический тип реагирования на болезнь. Эмоциональный аспект отношений у больных с этими типами реагирования выражался в реакциях по типу раздраженности, подавленности, угнетенном состоянии, «уходом в болезнь». ТООБ с интерпсихической направленностью выявлен в 13,8 % случаев и соответствовал сенси-

тивному типу реагирования, а в 10,8 % случаев — эгоцентрическому типу. При смешанном и диффузном типе личностной реакции имелось как однонаправленное, так и противоречивое сочетание различных типов отношения к болезни, что свидетельствовало о непоследовательном личностном реагировании на заболевание. В группе больных, которые находились в гипотиреоидном состоянии преобладали типы интрапсихической направленности, т. е. их социальная дезадаптация развивалась вследствие актуализации невротических черт личности и реализации их путем изменения своего поведения.

### Выводы

Таким образом, в ходе нашего исследования были получены данные свидетельствующие об изменении в психоэмоциональной сфере пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ, что позволило нам отнести эти нарушения к важным составляющим клинической картины у данной категории пациентов. Было установлено, что частота встречаемости и степень выраженности тревожных и депрессивных расстройств, прежде всего, зависели от функциональной активности тиреоидной ткани.

Обобщая все вышесказанное, мы пришли к такому выводу, что изучение психологической структуры личности — психоэмоционального статуса у больных хирургической патологией ЩЖ, особенно, на дооперационном этапе имеет важное практическое значение, а именно, для выбора оптимальной лечебной тактики, подготовки больного к хирургическому вмешательству, адекватному анестезиологическому пособию, а также выбора объема оперативного вмешательства на ЩЖ с учетом

Таблица 3

Типы отношения к болезни пациентов с хирургическими заболеваниями ЩЖ в зависимости ее от функциональной активности

Типы отношения к болезни	Группы больных					
	Эутиреоз (n=67)		Тиреотоксикоз (n=65)		Гипотиреоз (n=79)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гармонический	36	54	20	15,4	18	22,8
Эргопатический	29	43,3	4	6,2	9	11,4
Анозогнозический	5	7,5	4	6,2	7	8,9
Тревожный	3	4,5	31	47,7	29	36,7
Ипохондрический	14	20,9	17	26,2	13	16,5
Неврастенический	5	7,5	20	30,8	5	6,3
Меланхолический	*	*	1	1,5	17	21,5
Апатический	*	*	1	1,5	10	12,6
Сенситивный	*	*	9	13,8	11	13,9
Эгоцентрический	*	*	7	10,8	5	6,3
Дисфорический	*	*	4	6,2	7	8,9
Паранойальный	*	*	1	1,4	1	1,3
Смешанный	17	25,4	23	35,3	25	31,6
Диффузный	6	8,9	4	6,2	7	8,9



выявленных индивидуальных психоэмоциональных особенностей у каждого конкретного пациента. Что касается ведения данных пациентов на всех этапах послеоперационного периода, то на наш взгляд, для оптимизации реабилитационных мероприятий и по-

вышения их эффективности в комплексную терапию необходимо включать использование различных психотерапевтических методик для диагностики и психологической коррекции в оказании более полной и разносторонней медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. — М.: Гэотар медицина, 1999. — 376 с.
2. Вольпе Р. Болезни щитовидной железы / Р. Вольпе; под ред. Л. И. Браверманна; пер. с англ. — 2000. — С. 140–172
3. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство / М. Воронов. — К.: Ника-Центр, 2002. — 256 с.
4. Данилова А. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированная с ними патология / А. И. Данилова. — Минск, 2005. — 235 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
6. Олійник В. А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) / В. А. Олійник // Журн. практ. лікаря. — 2001. — № 2. — С. 5–7.
7. Похилько В. И. Психодиагностика черт личности / В. И. Похилько // Общая психодиагностика. — СПб., 2004. — С. 228–244.
8. Похилько В. И. Психодиагностика индивидуально-го сознания / В. И. Похилько. — М., 1987. — 254 с.
9. Психосоциальная реабилитация и качество жизни // Сб. науч. трудов / Под ред. А. С. Ломаченкова, В. А. Михайлова. — СПб., 2001. — 250 с.
10. «Психосоматический симптом как феномен культуры» Г. А. Арина в сборнике «Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов» / Под ред. В. В. Николаевой — М.: Академический проект, 2009. — 311 с.
11. Скворцов К. А. Соматопсихические расстройства // Сб. трудов института психиатрии АМН / Под ред. В. А. Гиляровского. — М.: изд-во АМН СССР, 1946. — С. 11–15.
12. Хирургическая эндокринология: Руководство / под ред. А. П. Калинина, Н. А. Майстренко, П. С. Ветшева. — СПб., 2004. — 960 с.
13. Burns P. Thyroid pathology and the globus symptom: are they related? A two year prospective trial / P. Burns, C. Timon // J. Laryngol. Otol. — 2007. — Vol. 121, № 3. — P. 242–245.

ОЦІНКА  
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО  
СТАНУ ХВОРИХ  
З ХІРУРГІЧНИМИ  
ЗАХВОРЮВАННЯМИ  
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ  
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД  
ЇЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ  
АКТИВНОСТІ

*С. І. Шевченко,  
Р. С. Шевченко,  
О. С. Циганенко,*

THE PSYCHOEMOTIONAL  
STATUS OF PATIENTS  
WITH SURGICAL DISEASES  
OF A THYROID GLAND  
DEPENDING ON ITS  
FUNCTIONAL ACTIVITY

*S. I. Shevchenko,  
R. S. Shevchenko,  
O. S. Tsyganenko,*

**Резюме.** Метою нашого дослідження було вивчення психоемоційного статусу хворих з хірургічними захворюваннями ЩЗ в залежності від її функціональної активності. У ході дослідження всі хворі були розподілені на 3 клінічні групи, в залежності від функціональної активності ЩЗ: у 1-у групу увійшло 65 (30,8 %) хворих з тиреотоксикозом; 2-га група 67 (31,8 %) пацієнтів в еутиреоїдному стані; в 3-ю групу об'єднали 79 (37,4 %) хворих, які перебували в гіпотиреоїдному стані. У результаті дослідження були отримані дані, які свідчили про зміни у психоемоційному статусі хворих з хірургічними захворюваннями щитоподібної залози. Поширеність та ступінь виразності тривожних та депресивних розладів, перш за все, залежить від функціональної активності тиреоїдної тканини.

**Ключові слова:** щитоподібна залоза, психоемоційний статус, функціональна активність.

**Summary.** The aim of the research was to study the psychoemotional status of patients with surgical diseases of the thyroid gland depending on its functional activity. All patients were divided into 3 clinical groups, depending the on functional activity of the thyroid gland: into the 1st group entered 65 (30,8 %) patients with the thyrotoxicosis; into the 2nd group 67 (31,8 %) patients in an euthyroid condition; into the 3rd group united 79 (37,4 %) the patients who were in a hypothyroid condition. During the research the data showing the change in the psychoemotional sphere of patients with surgical diseases of thyroid gland was obtained. Frequency of occurrence and the degree of frustration and depressed state depended mostly on the functional activity of the thyroid gland.

**Key words:** thyroid gland, psychoemotional status, functional activity.