

В. В. Іщук

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ
ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ**

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ
androman2008@mail.ru

Актуальність. Розмежування клініки психоендокринного синдрому та передморбідних патоперсоналогічних, вторинно-невротичних, сателітних і коморбідних психопатологічних та психозадаптаційних станів є складним завданням через відсутність структурованої типології психоендокринного синдрому і несистематизованість відомостей про нозозалежність семіотики у його структурі. Важливою метою медичної психології, ендокринології, психіатрії та психотерапії є синдромографічний аналіз, компаративна дескрипція та систематизація варіантів клініко-психологічного аранжування психоендокринного синдрому за різних форм ендокринної патології.

Мета – проаналізувати у порівняльному ракурсі структурні клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи. Контингент дослідження склали 300 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, хворих на психоендокринний синдром на фоні порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Першу групу склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу, другу – 100 хворих із явищами гіпотиреозу, третю – 50 хворих із явищами гіперкортицизму, четверту – 50 хворих із явищами гіпокортицизму.

У ході дослідження були застосовані клініко-психопатологічний, психодіагностичний (реалізований за допомогою авторського структурованого психодіагностичного інтерв'ю (СПІ) та Госпітальної шкали тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983)) методи, а також методи клінічної, описової та математичної статистики.

Результати. У ході дослідження були виявлені та проаналізовані клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих на дисфункцію щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Висновки. За результатами дослідження було виявлено статистично достовірне переважання тривожного компонента психоендокринного синдрому у хворих з проявами гіпофункції щитоподібної залози (порівняно з хворими на гіпертиреоз) та у хворих з гіперфункцією кори надниркових залоз (порівняно з хворими на гіпокортицизм). Також було виявлено переважання депресивного компонента психоендокринного синдрому у хворих з проявами гіперфункції щитоподібної залози (порівняно з хворими на гіпотиреоз) та у хворих на гіпофункцію кори надниркових залоз (порівняно з хворими на гіперкортицизм).

Ключові слова:
психоендокринний синдром, гіпотиреоз, гіпертиреоз, тривога, депресія.

Актуальність. Облігатно наявний у структурі хронічних ендокринопатій психоендокринний синдром є одним із центральних у класі соматогенної психопатології [1, 2, 7].

Аналіз даних літератури вказує на переважно нозографічний ракурс опису психопатологічних проявів ендокринної та дисметаболічної патології при недостатності даних синдромографічного плану. Розмежування

клініки психоендокринного синдрому і передморбідних патоперсоналогічних, вторинно-невротичних, сателітних і коморбідних психопатологічних та психозадаптаційних станів є складним завданням через відсутність структурованої типології психоендокринного синдрому і несистематизованість відомостей про нозозалежність семіотики у його структурі [3, 4, 6].

Моделними варіантами психоендокринного синдрому щодо компаративного аналізу їх клініко-психологічних характеристик, насамперед варіативних патоафективних та патоконативних порушень, є ендокринні дисфункції (ЕД), пов'язані з порушеннями обміну гормонів (ОГ) щитоподібної залози (ЩЗ) і кори надниркових залоз (КНЗ), внаслідок схожості їх біологічних і метаболічних ефектів [5].

Мета – проаналізувати у порівняльному ракурсі структурні клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи дослідження

Контингент дослідження склали 437 хворих, які отримували лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України з приводу порушення ОГ ЩЗ та КНЗ, з яких було відібрано 300 хворих із діагностованим ПєС. Середній вік обстежених становив $46,33 \pm 1,36$ років, тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 25 років.

Першу групу (Г1) склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу та клінічно вираженими проявами ПєС; другу (Г2) – 100 хворих із явищами гіпотиреозу та клінічно вираженими проявами ПєС; третю (Г3) – 50 хворих із явищами гіперкортицизму та проявами ПєС в клінічній картині захворювання; четверту (Г4) – 50 хворих із явищами гіпокортицизму та проявами ПєС в клінічній картині захворювання.

Клініко-психопатологічний метод був застосований з метою типування та зіставлення клініко-психопатологічних особливостей хворих з порушеннями ОГ ЩЗ та КНЗ.

Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою методик:

- авторське структуроване психодіагностичне інтерв'ю (СПІ);
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983) – для встановлення рівня вираженості депресивної симптоматики;

Для обробки результатів було застосовано методи клінічної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M(s)$, стандартизованої помилки середнього $M \pm m$, коефіцієнта кореляції r , t -критерію Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності p). Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» та «Excel» з пакета «Microsoft Office 2003».

Результати та їх обговорення

З метою аналізу патоафективного компонента ПєС було проведено обстеження контингентів з використанням HADS (табл. 1).

За результатами субшкали А HADS у Г1 у 62 (62,0 %) хворих виявлені показники були в межах норми (0 – 7), усереднений показник рівня тривоги ($\Sigma_{\text{српт}}$) склав $4,76 \pm 0,17$ балів; у 31 особи (31,0 %) виявлені показники

відповідали субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $8,26 \pm 0,08$ балів; у 7 (7,0 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $12,57 \pm 0,43$ балів.

За результатами субшкали А HADS у Г2 у 47 (47,0 %) хворих виявили показники, що знаходились у межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $3,02 \pm 0,15$ балів, що значуще відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$); у 31 особи (31,0 %) виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{српт}}$ дорівнював $8,39 \pm 0,11$ балів; у 22 (22,00 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $13,81 \pm 0,26$ балів, що відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень тривоги у Г2 перевищував відповідний рівень у Г1.

За результатами субшкали А HADS у Г3 у 6 (12,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $4,33 \pm 0,49$; у 6 (12,0 %) хворих виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $8,17 \pm 0,17$; у 38 хворих (76,0 %) виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $16,03 \pm 0,26$.

За результатами субшкали А HADS у Г4 у 11 (22,00 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{српт}}$ склав $4,01 \pm 0,34$; у 18 (36,00 %) хворих виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій тривозі

Таблиця 1. Результати дослідження контингентів із використанням HADS

Шкала	Група	Бали		Кількість хворих	%
		діапазон	$\Sigma_{\text{српт}} / \Sigma_{\text{српд}}$		
А	Г1	0 – 7	$4,76 \pm 0,17$	62	62
		8 – 10	$8,26 \pm 0,08$	31	31
		>11	$12,57 \pm 0,43$	7	7
	Г2	0 – 7	$3,02 \pm 0,15$	47	47
		8 – 10	$8,39 \pm 0,11$	31	31
		>11	$13,81 \pm 0,26$	22	22
	Г3	0 – 7	$4,33 \pm 0,49$	6	12
		8 – 10	$8,17 \pm 0,17$	6	12
		>11	$16,03 \pm 0,26$	38	76
	Г4	0 – 7	$4,01 \pm 0,34$	11	22
		8 – 10	$8,78 \pm 0,17$	18	36
		>11	$14,38 \pm 0,54$	21	42
D	Г1	0 – 7	$4,05 \pm 0,37$	21	21
		8 – 10	$8,35 \pm 0,13$	34	34
		>11	$14,93 \pm 0,29$	45	45
	Г2	0 – 7	$3,82 \pm 0,18$	45	45
		8 – 10	$8,93 \pm 0,11$	39	39
		>11	$12,88 \pm 0,29$	16	16
	Г3	0 – 7	$3,87 \pm 0,21$	30	60
		8 – 10	$8,27 \pm 0,14$	11	22
		>11	$15,56 \pm 0,43$	9	18
	Г4	0 – 7	$4,08 \pm 0,32$	12	24
		8 – 10	$8,2 \pm 0,2$	5	10
		>11	$14,03 \pm 0,24$	33	66

(8 – 10), $\Sigma_{\text{срPT}}$ склав $8,78 \pm 0,17$, що значуще відрізняється від результатів Г3 ($p > 0,05$); у 21 (42,0%) хворого виявили рівень, що відповідає клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{срPT}}$ склав $14,38 \pm 0,54$, що відрізняється від результатів Г3 ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень тривоги у Г3 перевищував відповідний рівень у Г4.

За результатами субшкали D HADS у Г1 у 21 особи (21,0 %) виявили показники в межах норми (0 – 7), усереднений показник рівня депресії ($\Sigma_{\text{срPD}}$) склав $4,05 \pm 0,37$; у 34 осіб (34,0 %) виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $8,35 \pm 0,13$; у 45 (45,0 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $14,93 \pm 0,29$.

За результатами субшкали D HADS у Г2 у 45 (45,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $3,82 \pm 0,18$; у 39 (39,0%) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $8,93 \pm 0,11$, що значуще відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$); у 16 (16,0 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $12,88 \pm 0,29$, що значуще відрізняється від результатів Г1. Наведені дані свідчать, що рівень депресії у Г1 перевищував відповідний рівень у Г2.

За результатами субшкали D HADS у Г3 у 30 (60,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $3,87 \pm 0,21$; у 11 (22,0 %) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $8,27 \pm 0,14$; у 9 хворих (18,0 %) виявили

рівень, що відповідав клінічно вираженій депресії (>11), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $15,56 \pm 0,43$.

За результатами субшкали D HADS у Г4 12 (24,0%) хворих виявили показники у межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $4,08 \pm 0,32$; у 5 (10,0 %) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $8,2 \pm 0,2$ балів; у 33 (66,0%) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срPD}}$ склав $14,03 \pm 0,24$, що значуще відрізняється від результатів Г3, насамперед за рахунок розширення депресивної симптоматики до клінічно рівня ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень депресії у Г4 перевищував відповідний рівень у Г3.

Аналіз спектра актуальних для пацієнта нозогенних факторів психотравматизації ідентифікували за допомогою структурованого психодіагностичного інтерв'ю з використанням оригінального опитувального (табл. 2).

В ході психодіагностичного інтерв'ю проводили аналіз частоти виникнення нозогенних предикторів психотравматизації, заснований на реєстрації виявлених при цілеспрямованому розпитуванні скарг хворих, що містять тяжкі переживання, пов'язані з особистісними і соціальними аспектами захворювання в різні періоди його перебігу.

У Г1 найвираженіший психогенний вплив мали формування функціональних та морфологічних порушень (92 % хворих), факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту (70 % хворих); у Г2 – факт наяв-

Таблиця 2. Опитувальник ідентифікації актуальних нозогенних факторів психотравматизації

Питання	Нозогенний фактор психотравматизації	Відповідь («так» або «ні»)
Чи є у Вас нав'язливі думки чи страхи щодо змін у вашому організмі унаслідок захворювання?	Формування функціональних та морфологічних порушень	
Чи сприймаєте Ви наявне у Вас захворювання як свій недолік, негативну рису або проблему, яку неможливо вирішити?	Факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту	
Чи є такі види роботи або розваг, від яких Ви відмовилися унаслідок появи захворювання?	Обмеження фізичної активності	
Чи викликають у Вас психологічний дискомфорт симптоми захворювання?	Наявність морально тяжких симптомів захворювання	
Чи стикалися Ви з необхідністю терпіти сторонню дію ліків, які необхідно приймати постійно для контролю за захворюванням?	Необхідність терапії ліками, що мають виражену побічну дію	
Чи є у Вас нав'язливі думки або страхи щодо можливості розвитку онкологічної патології як наслідку захворювання?	Канцерофобічні переживання	
Чи є у Вас нав'язливі думки або страхи щодо неможливості виконання інтелектуальних задач унаслідок наявності захворювання?	Когнітивні й мнестичні порушення (виявляються інтроспективно)	
Чи стикалися Ви з нестачею коштів для забезпечення ефективної терапії захворювання?	Необхідність дорогих діагностичних і терапевтичних процедур	
Чи втрачали Ви місце роботи або шляхи фінансового забезпечення унаслідок проявів захворювання або трудових обмежень через факт його наявності?	Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі	
Чи втрачали Ви соціальні або особисті зв'язки забезпечення унаслідок проявів захворювання або унаслідок факту його наявності?	Обмеження кола спілкування, що пов'язано з наявністю захворювання чи його симптомами	
Чи викликає у Вас дискомфорт необхідність зміни харчового раціону унаслідок проявів захворювання або унаслідок факту його наявності?	Необхідність дотримуватися дієти, відмови від вживання алкоголю та інших стимулюючих речовин	
Чи стикалися Ви з труднощами при зміні або відмові від ліків, що приймали у зв'язку з захворюванням?	Залежність від прийому замісної гормональної терапії	

ності хронічного захворювання як вітального дефекту (72 % хворих) та обмеження фізичної активності (51 % хворих); у Г3 – формування функціональних та морфологічних порушень (94 % хворих) та канцерофобічній переживання (82 % хворих); у Г4 – залежність від прийому замісної гормональної терапії (76 % хворих) та формування функціональних і морфологічних порушень (92 % хворих).

Висновки

У результаті аналізу патоафективного компонента ПесС ми отримали такі показники:

- в Г1 за результатами субшкали А HADS у 7 % хворих виявили клінічні рівні тривоги, у 31 % хворих – субклінічні. За D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 45 % хворих, субклінічні – у 34 %. Основні психогенні чинники в даній групі – формування функціональних та морфологічних порушень та факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту;
- в Г2 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 22 %, субклінічні – у 31 % хворих; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 16 % хворих, субклінічні – у 39 %. Основні психогенні чинники в даній групі – факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту та обмеження фізичної активності.
- в Г3 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 76 %, субклінічні у 12 % хворих; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 18 % хворих, субклінічні – у 22 %. Основні психогенні чинники в даній групі – формування функціональних та морфологічних порушень і канцерофобічній переживання.
- в Г4 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 42 % хворих, субклінічні – у 36 %; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 66 % хворих, субклінічні – у 10 %. Основні психогенні чинники в даній групі – залежність від прийому замісної гормональної терапії та формування функціональних і морфологічних порушень.

Список використаної літератури

1. Григорьева Е. А. Сравнительный гормональный и клинический анализ тиреотоксикоза, протекающего со стойкой коморбидной депрессией и без депрессии / Е. А. Григорьева, Е. А. Павлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 6. – С. 12–16.
2. Ермолаева Л. Г. Тиреоидная функция и психическое состояние в процессе терапии атипичными антипсихотиками при эндогенных психозах / Л. Г. Ермолаева, Л. Н. Горобец, Я. А. Кочетков // Современные проблемы психиатрической эндокринологии. – М.: [Б. и.], 2004. – С. 102–118.
3. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина. – Харьков: [Б. и.], 2000. – 29 с.
4. Aulinas A. Health-related quality of life in primary and secondary adrenal insufficiency / A. Aulinas, S. M. Webb // Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research. – 2014. – Vol. 14, Issue 6. – P. 873–888.
5. Avery T. L. Primary hyperaldosteronism and depression / T. L. Avery // New Zealand Medical Journal. – 1984. – Vol. 97, no. 761. – P. 537.
6. Evaluation of selected cognitive functions before and after surgery for primary hyperparathyroidism / D. Babińska, M. Barczyński, T. Stefaniak [et al.] // Langenbeck's Archives of Surgery. – 2012. – Vol. 397, issue 5. – P. 825–831.
7. Manic-psychotic symptoms as clinical manifestation of hyperparathyroidism / J. S. Badloe, R. F. de Winter, D. Ramlal, A. S. van Amerongen // Tijdschr Psychiatr. – 2013. – Vol. 55, no. 8. – P. 635–639.

References

1. Grigoryeva, E. A., & Pavlova, E. A. (2015). Sravnitel'nyj gormonal'nyj i klinicheskij analiz tireotoksikoza, protekajushhego so stojkoj komorbidnoj depressiej i bez depressii [A comparative hormonal and clinical analysis of thyrotoxicosis with or without comorbid resistant depression]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova – Korsakov journal of neurology and psychiatry*, vol. 115, issue 6, pp. 12–16. (In Russian). DOI:10.17116/jnevro2015115612-16.
2. Ermolaeva, L. G., Gorobec, L. N., & Kochetkov, Ja. A. (2004). Tireoidnaja funkcija i psihicheskoe sostojanie v processe terapii atipichnymi antipsihotikami pri jendogennyh psihozah [Thyroid function and mental state in the process of therapy with atypical antipsychotics in endogenous psychoses]. In V. N. Krasnov & L. N. Gorobec (Eds.), *Sovremennye problemy psichiatricheskoi jendokrinologii [Modern problems of psychiatric endocrinology]* (pp. 102–118). Moscow. (In Russian).
3. Korostiy, V. I., Gavenko, V. L., Samardakova, G. O., & Kozhyna, H. M. (2000). *Psihicheskie narusheniya pri somaticheskij jendokrinnyh zabolevanijah [Mental disorders in somatic and endocrine diseases]*. Kharkiv, 29 p. (In Russian).
4. Aulinas, A., & Webb, S. M. (2014). Health-related quality of life in primary and secondary adrenal insufficiency. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 14, issue 6, pp. 873–888. DOI:10.1586/14737167.2014.963559.
5. Avery, T. L. (1984). Primary hyperaldosteronism and depression. *New Zealand Medical Journal*, vol. 97, no. 761, pp. 537.
6. Babińska, D., Barczyński, M., Stefaniak, T., Oseka, T., Babińska, A., Babiński, D., ... Sledziński, Z. (2012). Evaluation of selected cognitive functions before and after surgery for primary hyperparathyroidism. *Langenbeck's Archives of Surgery*, vol. 397, issue 5, pp. 825–831. DOI:10.1007/s00423-011-0885-5.
7. Badloe, J. S., de Winter, R. F., Ramlal, D., & van Amerongen, A. S. (2013). Manisch-psychotische verschijnselen in het kader van hyperparathyreoïdie met specifiek beeloo [Manic-psychotic symptoms as clinical manifestation of hyperparathyroidism]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, vol. 55, no. 8, pp. 635–639. (In Dutch).

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСКІЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНИХ ПРОЯВЛЕНІЙ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗИ І КОРИ НАДПОЧЕЧНИКІВ

В. В. Ищук

Актуальность. Разграничения клиники психоэндокринного синдрома и передморбидных патоперсоналогических, вторично-невротических, спутанных и коморбидных психопатологических и психодезадаптационных состояний является сложной задачей в силу отсутствия структурированной типологии психоэндокринного синдрома и несистематизированности сведений о нозологической семантике в его структуре. Важной целью медицинской психологии, эндокринологии, психиатрии и психотерапии являются синдромографический анализ, компаративная дескрипция и систематизация вариантов клинико-психологической аранжировки психоэндокринного синдрома при различных формах эндокринной патологии.

Цель – проанализировать в сравнительном ракурсе структурные клинико-психопатологические особенности патоафективного компонента психоэндокринного синдрома у больных с нарушением обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников.

Материалы и методы. Контигент исследования составили 300 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины с психоэндокринным синдромом на фоне нарушения обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников.

Из них первую группу составили 100 больных с явлениями гипертиреоза, вторую – 100 больных с явлениями гипотиреоза, третью – 50 больных с явлениями гиперкортицизма, четвертую – 50 больных с явлениями гипокортицизма. В ходе исследования были применены клинико-психопатологический, психодиагностический (реализован с помощью авторского структурированного психодиагностического интервью (СПИ) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983)) методы, а также методы клинической, описательной и математической статистики.

Результаты. В ходе исследования были выявлены и проанализированы клинико-психопатологические особенности патоафективного компонента психоэндокринного синдрома у больных с дисфункцией щитовидной железы и коры надпочечников.

Выводы. По результатам исследования было выявлено статистически достоверное преобладание тревожного компонента психоэндокринного синдрома у больных с проявлениями гипофункции щитовидной железы (по сравнению с больными гипертиреозом) и у больных с гиперфункцией коры надпочечников (по сравнению с больными гипокортицизмом). Также было обнаружено преобладание депрессивного компонента психоэндокринного синдрома у больных с проявлениями гиперфункции щитовидной железы (по сравнению с больными гипотиреозом) и среди больных гипофункцией коры надпочечников (по сравнению с больными гиперкортицизмом).

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипотиреоз, гипертиреоз, тревога, депрессия.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANXIETY-DEPRESSIVE PSYCHOENDOCRINE SYNDROME MANIFESTATIONS IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

V. V. Ischuk

Background. The delineation of psychoendocrine syndrome and premorbid pathopsychological, secondary neurotic, satellite and comorbid psychopathological and psychodegradation states is a complex task due to the absence of a structured typology of the psychoendocrinal syndrome and the lack of information systematization on the nosocentrism in its structure semiotics. An important goal of medical psychology, endocrinology, psychiatry and psychotherapy is the syndromographic analysis, comparative description and systematization of clinical and psychological arrangements of psychoendocrine syndrome in various forms of endocrine pathology.

Objective: comparative analyze of the structural clinical and psychopathological features of the pathoaffective component of the psychoendocrine syndrome in patients with impaired metabolism of the thyroid gland and the adrenal cortex.

Materials and methods. The study group consisted of 300 patients from the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, patients with psychoendocrine syndrome on the background of the exchange of thyroid and adrenal cortex hormones violation.

Of these, the first group consisted of 100 patients with hyperthyroidism, the second group consisted of 100 patients with hypothyroidism, the third group included 50 patients with hypercorticoid phenomena, and the fourth group consisted of 50 patients with hypocorticism.

In the course of the study, the following methods were used: clinical-psychopathological; psychodiagnostic (implemented using the author's structured psychodiagnostic interview (SPI) and The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; methods of clinical, descriptive and mathematical statistics.

Results. In the course of the study, clinical and psychopathological features of the patho-affective component of the psychoendocrine syndrome in patients with thyroid and adrenal cortex dysfunction were identified and analyzed.

Conclusions. Based on the results of the study, a statistically significant prevalence of the anxiety component of the psychoendocrine syndrome among patients with hypothyroidism (compared with hyperthyroidism) and among patients with hyperfunction of the adrenal cortex (in comparison with patients hypocorticism) was revealed. Also, the depressive component of the psychoendocrine syndrome was found to be prevalent among patients with thyroid hyperfunction manifestations (compared to hypothyroidism patients) and among adrenal cortex hypofunction patients (in comparison with patients with hypercorticism).

Keywords: psychoendocrine syndrome, hypothyroidism, hyperthyroidism, anxiety, depression.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2016 р.

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: androman2008@mail.ru

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: androman2008@mail.ru

ISCHUK Vadym Vasylovych, MD, PhD, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: androman2008@mail.ru