

УДК 616.89-008-092-02: 616.441-008.61-06

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА В СТРУКТУРЕ ГИПЕРТИРЕОЗА

Ищук В.В.

*Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины;
androman2008@mail.ru*

С целью изучения и систематизации психопатологических нарушений в структуре психоэндокринного синдрома при гипертиреоидных состояниях было проведено проспективное исследование, объектом которого стали 100 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МОЗ Украины, страдающих гипертиреозом. Последовательное применение клинико-анамнестического, психодиагностического, клинико-психопатологического и клинико-статистического методов позволило выявить связь между состояниями компенсации и декомпенсации гормонального статуса и уровнем тяжести психопатологических компонентов психоэндокринного синдрома при гипертиреозе.

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипертиреоз, депрессия, эндокринная дисфункция, психические нарушения.

Актуальность

Нарушения обмена тиреоидных гормонов являются одной из наиболее актуальных проблем эндокринологии, уступая по распространенности и клинической представленности лишь нарушениям углеводного обмена [3, 5, 6, 16]. Психопатологические нарушения при гипертиреоидных состояниях описаны по преимуществу в нозографическом ракурсе [8, 9].

Актуальные клинико-дескриптивные исследования психопатологических характеристик гипертиреоидных состояний фактически сводятся к описанию клинико-психопатологической структуры тиреотоксических кризов, описывая фармакогенный эутиреоз вне контекста феноменов лежащих за пределами круга продуктивной психопатологической симптоматики. Большинство исследований позиционируют континуальные тревожно-депрессивные состояния как основной клинический коррелят компенсированной гиперфункции щитовидной железы [1, 10, 15, 17]. В

структуре тиреотоксических кризов описываются полиморфные психопатологические состояния, как в рамках реакций экзогенного типа (преимущественно в виде делириозных и сумеречных состояний), так и иные, в частности скоротечные шизофреноморфные психозы с доминированием аффективно-бредовых нарушений [2, 11, 14, 18]. Между тем, клинико-психопатологические характеристики эмоционально-волевых и ассоциативно-идеаторных нарушений формирующих специфический для гипертиреоза спектр вариаций психоэндокринного синдрома, остаются вне аналитико-дескриптивного фокуса [12, 13].

Приоритетной задачей в сфере компетенции психоэндокринологии является дескрипция нозоспецифического спектра вариаций психоэндокринного синдрома, облигатно присутствующего в структуре гипертиреоидных состояний, анализ зависимости степени и характера клинических проявлений его

компонентов, от глубины и фактического статуса гормональной дисфункции, описание клинко-психопатологических характеристик его клинических вариантов в структуре гипертиреоза [3, 4, 7].

Цель исследования: клинко-психопатологический анализ и систематизация психопатологических нарушений в структуре ПЭС при гипертиреозе.

Дизайн исследования: Контингент исследования составили 100 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей» МОЗ Украины, страдающих гипертиреозом структуре различных нозологических форм патологии щитовидной железы. Исследование проводилось в 2 этапа:

- 1) стационарный — исследование пациентов в периоде декомпенсации эндокринной дисфункции (начальный период нахождения в специализированном стационаре, при наличии выраженных нарушений эндокринного статуса, подтверждённых параклинически);
- 2) амбулаторный — исследование пациентов в периоде компенсации эндокринной дисфункции (амбулаторный этап терапии, при наличии терапевтически индуцированного эутиреоза на протяжении > 2 недель, подтвержденного параклинически)

К критериям исключения были отнесены следующие:

- транзиторный (менее 6 мес.) характер гипертиреоза;
- фармакогенный генез гипертиреоза;
- наличие коморбидной психопатологии психотического уровня;
- наличие диагностированного преморбидно расстройства личности;

Все пациенты принимавшие участие в исследовании имели ПЭС в структуре клинических проявлений заболева-

ния. Контингент имеет симметричную гендерную структуру и сформирован из пациентов смежных возрастных групп.

Методы исследования: клинко-анамнестический, психодиагностический, клинко-психопатологический (Simptom Check List-90-Revised) и клинко-статистический.

Результаты исследования

Анализ клинко-психопатологических характеристик ПЭС в группе исследования использовал в качестве инструмента квантификации симптоматический опросник SCL-90-R.

Инициальное исследование клинко-психопатологических характеристик проводилось в периоде 1 — 3 суток нахождения в специализированном отделении. Данный этап преследовал цель анализа и систематизации клинко-психопатологической структуры нозоспецифического ПЭС в периоде декомпенсации эндокринной дисфункции (ДК). Повторное исследование проводилось после выхода пациентов из стационара на амбулаторный этап терапии при наличии эутиреоза подтвержденного параклинически на протяжении > 2 недель. Целью повторного исследования являлось установление характера редукции компонентов ПЭС при нормализации эндокринного статуса и анализ психопатологической структуры стабильных компонентов ПЭС.

Помимо клинко-дескриптивного инструментария, в периоде обследования пациентов проводился симультанный психодиагностический мониторинг, реализующейся посредством плановых клинических интервью, в ходе которых специфицировались жалобы, контент переживаний и актуальный психический статус.

Для квалификации полученных результатов мы использовали диапазоны баллов, соответствующие уровням выраженности симптоматики по каждой подшкале:

- 0,1-0,4 — очень низкий уровень;

- 0,5-1,4 — низкий уровень;
- 1,5-2,4 — умеренный уровень;
- 2,5-3,4 — высокий уровень;
- 3,5-4,0 — очень высокий уровень.

Полученные результаты представлены в табл. 1.

Полученные данные свидетельствуют о наличии связи между структурными компонентами ПЭС и клиническим характером эндокринной дисфункции при гипертиреоидных состояниях.

По данным подшкалы SOM в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 11 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 32 % пациентов, умеренный уровень — 23 %, низкий уровень интенсивности — 22 %, очень низкий уровень — 12 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 6 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 11

% пациентов, умеренный уровень — 25 %, низкий уровень — 31 %, очень низкий уровень — 27 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение р-критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным под-

Таблица 1

Клинико-психопатологические характеристики пациентов с нарушениями обмена катехоламинов и тиреоидных гормонов в периодах компенсации и декомпенсации эндокринной дисфункции по данным симптоматического опросника SCL-90-R

| Группа | Диапазон | Контингент исследования (N = 100) | | p (χ^2) |
|---|-----------|-----------------------------------|-------------|----------------|
| | | декомпенсация | компенсация | |
| Подшкалы | 0,1 — 0,4 | 12 % | 27 % | 0,0074 |
| | 0,5 — 1,4 | 22 % | 31 % | 0,1493 |
| | 1,5 — 2,4 | 23 % | 25 % | 0,7405 |
| | 2,5 — 3,4 | 32 % | 11 % | 0,0003 |
| | 3,5 — 4,0 | 11 % | 6 % | 0,2049 |
| Соматизация (SOM) | 0,1 — 0,4 | 6 % | 31 % | > 0,0001 |
| | 0,5 — 1,4 | 13 % | 16 % | 0,5469 |
| | 1,5 — 2,4 | 25 % | 26 % | 0,8711 |
| | 2,5 — 3,4 | 32 % | 17 % | 0,0137 |
| | 3,5 — 4,0 | 24 % | 10 % | 0,0084 |
| Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С) | 0,1 — 0,4 | 32 % | 44 % | 0,0804 |
| | 0,5 — 1,4 | 22 % | 29 % | 0,2561 |
| | 1,5 — 2,4 | 19 % | 16 % | 0,5766 |
| | 2,5 — 3,4 | 17 % | 8 % | 0,0543 |
| | 3,5 — 4,0 | 10 % | 3 % | 0,0447 |
| Интерперсональная чувствительность (INT) | 0,1 — 0,4 | 32 % | 46 % | 0,0424 |
| | 0,5 — 1,4 | 36 % | 21 % | 0,0188 |
| | 1,5 — 2,4 | 21 % | 27 % | 0,3205 |
| | 2,5 — 3,4 | 7 % | 5 % | 0,5515 |
| | 3,5 — 4,0 | 4 % | 1 % | 0,1742 |
| Депрессия (DEP) | 0,1 — 0,4 | 5 % | 25 % | 0,0001 |
| | 0,5 — 1,4 | 11 % | 34 % | 0,0001 |
| | 1,5 — 2,4 | 27 % | 21 % | 0,3205 |
| | 2,5 — 3,4 | 33 % | 11 % | 0,0002 |
| | 3,5 — 4,0 | 24 % | 9 % | 0,0043 |
| Тревожность (ANX) | 0,1 — 0,4 | 13 % | 34 % | 0,0005 |
| | 0,5 — 1,4 | 19 % | 26 % | 0,2359 |
| | 1,5 — 2,4 | 23 % | 20 % | 0,6056 |
| | 2,5 — 3,4 | 31 % | 6 % | > 0,0001 |
| | 3,5 — 4,0 | 14 % | 4 % | 0,0135 |
| Враждебность (HOS) | 0,1 — 0,4 | 23 % | 35 % | 0,0615 |
| | 0,5 — 1,4 | 20 % | 34 % | 0,0258 |
| | 1,5 — 2,4 | 36 % | 21 % | 0,0188 |
| | 2,5 — 3,4 | 17 % | 9 % | 0,0926 |
| | 3,5 — 4,0 | 4 % | 1 % | 0,1742 |
| Навязчивые страхи (PHOD) | 0,1 — 0,4 | 61 % | 45 % | 0,0234 |
| | 0,5 — 1,4 | 21 % | 31 % | 0,1069 |
| | 1,5 — 2,4 | 11 % | 17 % | 0,2214 |
| | 2,5 — 3,4 | 7 % | 7 % | 1 |
| | 3,5 — 4,0 | — | — | 1 |
| Паранояльность (PAR) | 0,1 — 0,4 | 31 % | 58 % | 0,0001 |
| | 0,5 — 1,4 | 37 % | 24 % | 0,0459 |
| | 1,5 — 2,4 | 13 % | 11 % | 0,6634 |
| | 2,5 — 3,4 | 10 % | 7 % | 0,4469 |
| | 3,5 — 4,0 | 9 % | — | 0,0021 |

Примечание: признаки с недостоверными различиями частот в группах сравнения выделены заливкой серого цвета

шкалы SOM на очень низком и высоком уровне проявления признака.

Соматизация в контингенте исследования была детерминирована кардиологическими расстройствами сопряженными с персестирующей вегетативной дисфункцией ассоциированной с прямыми эффектами высоких уровней тиреоидного гормонального комплекса.

По данным подшкалы O-C в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 24 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 32 % пациентов, умеренный уровень — 25 %, низкий уровень — 13 %, очень низкий уровень — 6 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 10 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 17 % пациентов, умеренный уровень — 26 %, низкий уровень — 16 %, очень низкий уровень — 31 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение р-критерия $p < 0,05$) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы O-C на высоком и очень высоком уровне проявления признака.

Высокий уровень проявлений обсессивных феноменов был ассоциирован с общим ускорением темпа ассоциативных процессов и был ассоциирован с психостимулирующим влиянием тиреоидного гормонального комплекса.

По данным подшкалы INT в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 10 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 17 % пациентов, умеренный уровень — 19 %, низкий уровень — 22 %, очень низкий уровень — 32 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 3 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 8 % пациентов, умеренный уровень — 16 %, низкий уровень — 29 %, очень низкий уровень — 44 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение р-критерия $p < 0,05$) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы INT на очень высоком уровне проявления признака.

Нарушения интраперсональной чувствительности были детерминированы ощущением внутренней измененности сопряженной с диспрожекцией и ускорением темпа ассоциативных процессов.

По данным подшкалы DEP в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 4 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 7 % пациентов, умеренный уровень — 21 %, низкий уровень — 36 %, очень низкий уровень — 32 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 1 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 5 % пациентов, умеренный уровень — 27 %, низкий уровень — 21 %, очень низкий уровень — 46 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение р-критерия $p < 0,05$) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы DEP на очень низком и низком уровне проявления признака.

Депрессивные феномены в контингенте исследования имели нозогенный характер, были аранжированы тревогом и не достигали клиничес-

кого уровня. Соматические симптомы депрессии не проявлялись, будучи замаскированными вегетативными эффектами тиреоидного гормонального комплекса.

По данным подшкалы ANX в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 24 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 33 % пациентов, умеренный уровень — 27 %, низкий уровень — 11 %, очень низкий уровень — 5 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 9 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 11 % пациентов, умеренный уровень — 21 %, низкий уровень — 34 %, очень низкий уровень — 25 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы ANX на очень низком, низком, высоком и очень высоком уровне проявления признака.

Высокие уровни тревожности в контингенте исследования были сопряжены с ускорением темпа ассоциаций, их фабула варьировала в пределах нозогенных факторов психотравматизации и соматических проявлений заболевания.

По данным подшкалы HOS в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 14 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 31 % пациентов, умеренный уровень — 23 %, низкий уровень — 19 %, очень низкий уровень — 13 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности

проявлений составило 4 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 6 % пациентов, умеренный уровень — 20 %, низкий уровень — 26 %, очень низкий уровень — 34 %.

Высокие уровни враждебности были ассоциированы с ускорением темпа ассоциаций и феноменами раздражительности.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы HOS на очень низком, высоком и очень высоком уровне проявления признака.

По данным подшкалы PHOD в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 4 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 17 % пациентов, умеренный уровень — 36 %, низкий уровень — 20 %, очень низкий уровень — 23 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 1 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 9 % пациентов, умеренный уровень — 21 %, низкий уровень — 34 %, очень низкий уровень — 35 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы PHOD на низком и умеренном уровне проявления признака.

Фобические переживания были ассоциированы с тревожностью и кардиологическими нарушениями. Отмечались навязчивые страхи потери сознания, кардиофобические переживания.

По данным подшкалы PAR в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов больных с очень высо-

ким уровнем интенсивности проявлений не обнаружено, высокий уровень интенсивности проявлений имели 7 % пациентов, умеренный уровень — 11 %, низкий уровень — 21 %, очень низкий уровень — 61 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов больных с очень высоким уровнем интенсивности проявлений не обнаружено, высокий уровень интенсивности проявлений имели 7 % пациентов, умеренный уровень — 17 %, низкий уровень — 31 %, очень низкий уровень — 45 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы PAR на очень низком уровне проявления признака.

По данным подшкалы PSY в стадии декомпенсации среди общего количества пациентов число лиц с очень высоким уровнем интенсивности проявлений составило 9 %, высокий уровень интенсивности проявлений имели 10 % пациентов, умеренный уровень — 13 %, низкий уровень — 37 %, очень низкий уровень — 31 %.

В стадии компенсации: среди общего количества пациентов больных с очень высоким уровнем интенсивности проявлений не обнаружено, высокий уровень интенсивности проявлений имели 7 % пациентов, умеренный уровень — 11 %, низкий уровень — 24 %, очень низкий уровень — 58 %.

Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия de 0,05) признаков позволил определить статистически значимые отличия между группами сравнения по данным подшкалы PSY на очень низком, низком и очень высоком уровне проявления признака.

Высокие уровни паранойяльности и психотизма в исследованном контингенте были ассоциированы с ощущени-

ем внутренней измененности и ускорением темпа ассоциаций.

Выводы

Полученные данные указывают на характер зависимости структурных компонентов психоэндокринного синдрома при гипертиреозе от наличия клинически-выраженных эндокринных нарушений.

На основании последовательного клиничко-психопатологического анализа семиотической структуры психоэндокринного синдрома при гипертиреозе, в состояниях декомпенсации и компенсации эндокринной дисфункции, была выявлено достоверное снижения числа умеренно-тяжелых форм соматизации (p (j^2) = 0,0003); умеренно-тяжелых (p (2) = 0,0137) и тяжелых (p (2) = 0,0084) форм обсессивно-компульсивных нарушений; тяжелых форм нарушений интраперсональной чувствительности (p (j^2) = 0,0447); умеренно-тяжелых (p (2) = 0,0002) и тяжелых (p (2) = 0,0043) форм тревожности; умеренно-тяжелых (p (j^2) = 0,0135) и тяжелых (p (2) > 0,0001) форм враждебности; тяжелых форм психотизма (p (j^2) = 0,0021).

Литература

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. — № 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. — Москва, 2004. — С. 102–118.
3. Коростий В. И. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина — Харьков, 2000 — 29 с.
4. Коростий В. І. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями / В. І. Коростий, Г. М. Кожина, О. Л. ТОВАЖ-

- нянська, І. А. Григорова // Український вісник психоневрології. — 2012. — № 1 (70). — С. 44.
5. Павлова Е. А. Депрессия и тиреотоксикоз / Е. А. Павлова, Е. А. Григорьева // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — № 2. — С. 100–107.
 6. Пшук Н. Г. Психологічні особливості хворих з гіперфункцією щитовидної залози / Н. Г. Пшук // Психічні і соматичні розлади психогенного походження. — Харків, 2009. — С. 120–121.
 7. Пятницкий Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий / Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 4. — С. 10–13.
 8. Bartalena L. Evaluation of thyroid function in patients with rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder / L. Bartalena, L. Pellegrini, M. Meschi [et al.] // Psychiatry Research. — 1990. — № 34. — P. 13–17.
 9. Bauer M. The Thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders / M. Bauer, T. Goetz, T. Glenn [et al.] // Journal of Neuroendocrinology. — 2008. — № 20 (10). — P. 1101–1114.
 10. Bauer M. Thyroid hormones, serotonin and mood: of synergy and significance in the adult brain / M. Bauer, A. Heinz, P. C. Whybrow // Molecular Psychiatry. — 2002. — № 7. — P. 140–156.
 11. Beydoun, M. A. Thyroid hormones are associated with cognitive function: moderation by sex, race, and depressive symptoms / M. A. Beydoun, H. A. Beydoun, M. H. Kitner-Triolo [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. — 2013. — № 98. — P. 3470–3481.
 12. Bocchetta A. Affective psychosis, Hashimoto's thyroiditis, and brain perfusion abnormalities: case report / A Bocchetta, G. Tamburini, P. Cavolina [et al.] // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. — 2007. — № 3. — P. 31.
 13. Brandt F. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study / F. Brandt, M. Thvilum, D. Almind [et al.] // European Journal of Endocrinology. — 2013. — № 170. — P. 341–348.
 14. Cappola A R. Thyroid function in the euthyroid range and adverse outcomes in older adults / A R. Cappola, A M. Arnold, K. Wulczyn [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. — 2015. — № 100 (3). — P. 1088–1096.
 15. Grabe H. J. Mental and physical complaints in thyroid disorders in the general population / H. J. Grabe, H. Völzke, J. Lydemann // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2015. — № 112 (4). — P. 286–293.
 16. Greenhill C. Thyroid function: Hyperthyroidism-psychiatric issues / C. Greenhill // Nature Reviews. Endocrinology. — 2014. — № 10 (2). — P. 65–68.
 17. Lee C. S. Recognizing thyrotoxicosis in a patient with bipolar mania: a case report / C. S. Lee, B. Hutto // Annals of General Psychiatry. — 2008. — № 7. — P. 3.
 18. Leigh H. The psychiatric manifestations of endocrine disease / H. Leigh, S. I. Kramer // Advances in internal medicine. — 1984. — № 29. — P. 413–445.
 19. Lillevang-Johansen M. Is previous hyperthyroidism associated with long-term cognitive dysfunction? A twin study / M. Lillevang-Johansen, I. Petersen, K. Christensen [et al.] // Clinical Endocrinology. — 2014. — № 80. — P. 290–295.
 20. Mizutani K. Dissociative disorder due to Graves' hyperthyroidism: a case report / K. Mizutani, K. Nishimura, A. Ichihara, J. Ishigooka // General Hospital Psychiatry. — 2014. — № 36 (4). — P. 450.

References

1. Grigoryeva E.A Comparative analysis of the hormonal and clinical thyrotoxicosis flowing to the reception of comorbid depression and without depression / E.A. Grigorieva, E.A. Pavlov // Journal of Neurology and Psychiatry. SS Korsakov. - 2015. - № 6. - S.12-16.
2. Yermolayeva L.G. Thyroid function and mental condition during treatment with atypical antipsychotics with endogenous psychoses / L. Ermolaeva, L.N. Gorobets, Y. Kochetkov // Modern problems of psychiatric endocrinology. - Moscow, 2004. - P. 102-118.
3. Korostiy V.I. Mental disorders in somatic diseases and endocrine / V.I. Korostiy, V.L. Gavenko, G.A. Samardakova, A.M. Kozhin - Kharkiv, 2000 - 29.
4. Korostiy V. I. Klinichni that neyropsihologichni osoblivosti kognitivnih rozladiv Sered sailing endokrinnimi zahvoryuvannyami / V. I. Korostiy, GM Kozhin, OL Tovazhnyanska, I. A. Grigorov News // Ukrainsky psihonevrologii. - 2012. - № 1 (70). - S. 44.

5. Pavlova EA depression and hyperthyroidism / EA Pavlov, EA Grigorieva // Social and clinical psychiatry. - 2010. - № 2. - S. 100-107.
6. Pshuk NG Psihologichni osoblivosti s ailing giperfunktsieyu schitovidnoї zalozi / NG // Pshuk Psihichni i somatichni rozladi psychogenic pohodzhennya - Kharkiv, 2009. - P. 120-121.
7. Pyatnitskii NY Comparative characteristics of mental disorders in different types of endocrinopathies / NY Pyatnitskii // Social and clinical psychiatry. - 2001. - № 4. - S. 10-13.
8. Bartalena L. Evaluation of thyroid function in patients with rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder / L. Bartalena, L. Pellegrini, M. Meschi [et al.] // Psychiatry Research. — 1990. — № 34. — P. 13–17.
9. Bauer M. The Thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders / M. Bauer, T. Goetz, T. Glenn [et al.] // Journal of Neuroendocrinology. — 2008. — № 20 (10). — P. 1101–1114.
10. Bauer M. Thyroid hormones, serotonin and mood: of synergy and significance in the adult brain / M. Bauer, A. Heinz, P. C. Whybrow // Molecular Psychiatry. — 2002. — № 7. — P. 140–156.
11. Beydoun, M. A. Thyroid hormones are associated with cognitive function: moderation by sex, race, and depressive symptoms / M. A. Beydoun, H. A. Beydoun, M. H. Kitner-Triolo [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. — 2013. — № 98. — P. 3470–3481.
12. Bocchetta A. Affective psychosis, Hashimoto's thyroiditis, and brain perfusion abnormalities: case report / A Bocchetta, G. Tamburini, P. Cavolina [et al.] // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. — 2007. — № 3. — P. 31.
13. Brandt F. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study / F. Brandt, M. Thvilum, D. Almind [et al.] // European Journal of Endocrinology. — 2013. — № 170. — P. 341–348.
14. Cappola A R. Thyroid function in the euthyroid range and adverse outcomes in older adults / A R. Cappola, A M. Arnold, K. Wulczyn [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. — 2015. — № 100 (3). — P. 1088–1096.
15. Grabe H. J. Mental and physical complaints in thyroid disorders in the general population / H. J. Grabe, H. Völzke, J. Lüdemann // Acta Psychiatrica Scandinavica — 2015. — № 112 (4). — P. 286–293.
16. Greenhill C. Thyroid function: Hyperthyroidism-psychiatric issues / C. Greenhill // Nature Reviews. Endocrinology. — 2014. — № 10 (2). — P. 65–68.
17. Lee C. S. Recognizing thyrotoxicosis in a patient with bipolar mania: a case report / C. S. Lee, B. Hutto // Annals of General Psychiatry. — 2008. — № 7. — P. 3.
18. Leigh H. The psychiatric manifestations of endocrine disease / H. Leigh, S. I. Kramer // Advances in internal medicine. — 1984. — № 29. — P. 413–445.
19. Lillevang-Johansen M. Is previous hyperthyroidism associated with long-term cognitive dysfunction? A twin study / M. Lillevang-Johansen, I. Petersen, K. Christensen [et al.] // Clinical Endocrinology. — 2014. — № 80. — P. 290–295.
20. Mizutani K. Dissociative disorder due to Graves' hyperthyroidism: a case report / K. Mizutani, K. Nishimura, A. Ichihara, J. Ishigooka // General Hospital Psychiatry. — 2014. — № 36 (4). — P. 450.

Резюме

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ
ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ У
СТРУКТУРІ ГІПЕРТИРЕОЗУ**

Іщук В.В.

З метою вивчення та систематизації психопатологічних порушень у структурі психоендокринного синдрому при гіпертиреοїдних станах було проведено проспективне дослідження, об'єктом якого стали 100 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, що страждають на гіпертиреоз. Послідовне застосування клініко-анамнестичного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного та клініко-статистичного методів дозволило виявити зв'язок між станами компенсації та декомпенсації гормонального статусу та рівнем тяжкості психопатологічних компонентів психоендокринного синдрому при гіпертиреозі.

Ключові слова: психоендокринний синдром, гіпертиреоз, депресія, ендокринна дисфункція, психічні порушення.

Summary

CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME WITH HYPERTHYROIDISM

Ischuk V.V.

In order to investigate and systematize of psychopathological disorders in structure of psychoendocrine syndrome in hyperthyroid stances, the prospective study on cohort of 100 patients of the Ukrainian Scientific-Practical Center of endocrine surgery, endocrine transplantation of organs and

tissues of the Ministry of Health of Ukraine with hyperthyroidism was carried out. Consistent application of clinically-anamnestic, psychodiagnostic, clinically-psychopathological and statistical methods allowed to reveal a correlation between general status of hormonal dysfunction and levels of psychopathological components expression of psychoendocrine syndrome in patients with hyperthyroidism.

Keywords: *psychoendocrine syndrome, hyperthyroidism, depression, endocrine dysfunction, mental disorders.*

Впервые поступила в редакцию 08.11.2016 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 331.45 (075.8)

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДА МОРЯКОВ НА ПРИМЕРЕ ЭКСПЕРТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Панов Б.В.

ГП УкрНИИ медицины транспорта МЗ Украины, Одесса

88

В статье рассмотрены условия труда моряков по результатам обзора научной литературы. Представлен перечень действующих законодательных и нормативных документов Украины, а также перечень международных нормативных документов в области медико-социальных аспектов труда моряков. На примере клинического экспертного случая показано несовершенство украинской нормативно-законодательной базы по обеспечению медико-социальных гарантий морякам, гражданам Украины при их трудоустройстве у зарубежных работодателей. Сделаны выводы о необходимости разработки украинской законодательно-нормативной базы, которая позволит обеспечить медико-социальные гарантии украинским морякам при любых формах трудоустройства.

Ключевые слова: *условия труда, моряки, медико-социальные аспекты, нормативные документы, вредные факторы среды обитания.*

Труд моряков всегда был связан с целым рядом неблагоприятных и вредных факторов, которые негативно влияют на здоровье. Условия труда моряков исследовались и анализировались многими исследователями [1- 6, 9, 12, 33,34].

Исследованиями, проведенными сотрудниками ГП Украинский НИИ ме-

дицины транспорта было показано, что на моряков воздействует сложный комплекс физических, химических и биологических факторов. Основные неблагоприятные факторы среды обитания на судне: Общая и локальная вибрация, шум, электромагнитные поля, микроклиматические факторы, достаточно частая и быстрая смена часовых поясов