

## КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОГОНАДИЗМІ

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів  
і тканин МОЗ України, Київ

**За результатами досліджень за допомогою шкал SCL-90, HADS, YMRS було встановлено клініко-психопатологічні характеристики психоендокринного синдрому при гіпогонадізмі: депресивні симптоми помітно виражені у 34 % пацієнтів, тривога — у 50 %. Дратівливість тотально виражена. Тяжкі форми порушень інтраперсональної чутливості спостерігаються у 55 % контингенту.**

*Ключові слова:* психоендокринний синдром, гіпогонадізм, патоафективний компонент, депресія.

Патологія ендокринного спектра, незалежно від типу ендокринної дисфункції, завжди супроводжується появою психопатологічних порушень, що у загальному вигляді проявляється розвитком психоендокринного синдрому, який може набувати специфічності відповідно до конкретної нозології. Численні дослідження, метою яких було вивчення захворювань ендокринних органів у хворих на психотичні розлади, були проведені впродовж останніх 10 років. Загальним для всіх робіт висновком є взаємозв'язок психосоматичного аспекту в ендокринних патологіях [1–3].

Асоціації як маніфестних форм захворювань ендокринних органів, так і субклінічних їх аномалій з афективними розладами є добре відомими. Існують також повідомлення щодо наявності подібних гіпогонадізму зі змішаними маніями та біполярними розладами зі швидкими змінами афективних фаз [4–6].

У цілому дослідження підтверджують взаємозв'язок дефіциту статевих гормонів із психотичними патологіями. У пацієнтів із набутим гіпогонадізмом розлади функцій головного мозку проявляються більшою мірою порушеннями пізнавальної діяльності та у психоемоційній сфері. Гіпогонадізм у дорослому віці спричиняє когнітивні та поведінкові порушення, але ефекти від парціального гіпогонадізму достатньо точно не визначено. Огляд спеціалізованої літератури свідчить, що порушення настрою, мотивації та поведінки часто відзначаються в осіб із гіпогонадізмом [3–6].

Поява симптомів психічної патології, часто присутня навіть у пацієнтів, які отримують замісну терапію, пояснюються такими факторами: дисбаланс у метаболічному профілі, погана якість сну, безпліддя, сексуальна дисфункція, погане самопочуття [5, 6].

Мета дослідження — встановити клініко-психологічні характеристики психоендокринного синдрому у хворих на первинний гіпогонадізм.

Контингент дослідження становили 100 хворих із первинним гіпогонадізмом, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України (Київ). Середній вік пацієнтів становив  $32,42 \pm 2,2$  року. Дослідження проведено у два етапи.

На першому — *психоанамнестичному* — етапі проводилось співставлення психодизонтогенетичних та інших клініко-анамнестичних особливостей хворих різних груп. Результатом етапу було встановлення преморбідних станів, перш за все психодезадаптаційних.

На другому — *клініко-психопатологічному* — етапі відбувалося клініко-психопатологічне типування психоендокринного синдрому та компаративний проявів останнього за групами хворих. Результатом етапу (у поєднанні з даними попереднього етапу) стало формування уявлень про структурні особливості психоендокринного синдрому та його патоконативний, патоафективний, патоасоціативний (патоідеаторний) та патокогнітивний компоненти, а також клінічні варіанти.

У ході дослідження використано такі методи: клініко-анамнестичний — для виявлення, порівняння та аналізу преморбідних психодезадаптаційних та психопатологічних станів хворих на гіпогонадізм; клініко-психопатологічний — застосовано з метою встановлення, типування та співставлення клініко-психопатологічних особливостей хворих із використанням Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R, L. Derogatis et al., 1973), госпітальної шкали тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983) для встановлення рівня вираженості депресивної симптоматики та оцінювальної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) для оцінки рівня вираженості маніоформних симптомів.

Таблиця 1

**Тривожно-депресивні прояви у структурі патоафективного компонента психоендокринного синдрому при гіпогонадизмі (за даними HADS)**

Шкала	Бали		n	%
	діапазон	середні значення		
Тривога	0–7	3,38±0,17	55	55
	8–10	8,16±0,11	29	29
	> 11	11,57±0,08	16	16
Депресія	0–7	6,15±0,25	31	31
	8–10	9,37±0,29	47	47
	> 11	11,93±0,11	22	22

Таблиця 2

**Маніформні прояви у структурі патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих на гіпогонадизм (за даними YMRS)**

Критерій	Г5
	середнє значення
Гіпертимія	0,55±0,12
Підвищення моторної активності	0,87±0,11
Підвищення сексуальної активності	0,23±0,17
Порушення сну	1,02±0,18
Дратівливість	3,4±0,18
Збільшення вербальної активності	1,55±0,16
Асоціативні порушення	0,87±0,12
Ідеаторні порушення	1,2±0,11
Агресивні поведінкові акти	1,42±0,12
Порушення зовнішнього вигляду	0,6±0,11
Нозогнозія	2,06±0,1
Сумарна оцінка	10,4±0,12

Для обробки результатів застосовано методи клінічної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників  $M(s)$ , стандартизованої помилки середнього  $M \pm m$ ,  $t$ -критерію Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності  $p$ ).

Психоанамнестичне дослідження включало збір об'єктивного анамнезу і структурування даних про характер преморбідного періоду і його особливості у хворих. Збір об'єктивного анамнезу був можливий у 94 пацієнтів. У 61 (57%) особи відзначалися риси, що відповідають компонентам психастенічного стану, зокрема різко виражена стомлюваність і відчуття дефіциту енергії, з них у 55 (51%) хворих відзначалися переживання самозневажливого характеру. У 52 (49%) чоловіків виявлялися дисфоричні реакції — невмотивована агресія і короткочасне психомоторне збудження. Психогенний характер екзацерації психоендокринного синдрому був зареєстрований у 42 (39%) хворих: у 6 (6%) відзначалися одиничні психотравмуючі ситуації, що передують екзацерації психоендокринного синдрому у періоді найближчих двох тижнів; наявність тривало існуючої психотравмуючої ситуації було відзначено у 36 (34%) пацієнтів.

З метою аналізу патоафективного компонента психоендокринного синдрому було проведено обстеження контингенту хворих із використанням HADS (табл. 1).

За результатами субшкали А HADS у 55 (55,0%) хворих показники були у межах норми (0–7), усереднений показник рівня тривоги —  $3,38 \pm 0,17$  бала; у 29 (29,0%) осіб показники відповідали субклінічно вираженій тривозі (8–10), усереднений показник рівня тривоги —  $8,16 \pm 0,11$  бала; 16 (16,0%) обстежених виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (> 11), усереднений показник рівня тривоги —  $11,57 \pm 0,08$  бала.

За результатами субшкали D HADS 31 (31,0%) хворий мав показники у межах норми (0–7), усереднений показник рівня депресії —  $6,15 \pm 0,25$  бала; у 47 (47,0%) пацієнтів показники відповідали субклінічно вираженій депресії (8–10), усереднений показник рівня депресії —  $9,37 \pm 0,29$  бала; 22 (22,0%) особи показали рівень клінічно вираженої депресії (> 11), усереднений показник рівня депресії —  $11,93 \pm 0,11$  бала.

Для аналізу маніформних проявів у структурі патоафективного компонента психоендокринного синдрому було проведено дослідження за YMRS (табл. 2).

У хворих із гіпогонадизмом домінує дратівливість, сумарна оцінка свідчить про відсутність маніформного стану, при цьому наявна семіотика

фіксує глибоко субклінічний характер патоафективних розладів.

Клініко-психопатологічні характеристики пацієнтів із гіпогонадизмом були порівнянні у станах медикаментозної компенсації та декомпенсації за опитувальником SCL-90-R.

Для кваліфікації отриманих результатів були використані діапазони балів відповідно до вираженості симптоматики за кожною з підшкал: 0,1–0,4 — дуже низький рівень; 0,5–1,4 — низький; 1,5–2,4 — помірний; 2,5–3,4 — високий; 3,5–4,0 — дуже високий.

Установлено, що при гіпогонадизмі наявні відмінності у вираженості психопатологічних симптомів у станах компенсації та декомпенсації. Було виявлено достовірну клінічну редукцію вираженості тяжких форм соматизації ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); порушень

Таблиця 3

**Клініко-психопатологічні характеристики хворих на гіпогонадізм у станах декомпенсації та компенсації (за даними SCL-90-R)**

Під-шкали	Діапазон балів	n = 100	
		декомпенсація	компенсація
SOM	0,1–0,4	32	60
	0,5–1,4	31	34
	1,5–2,4	28	6
	2,5–3,4	9	—
O-C	0,1–0,4	74	84
	0,5–1,4	21	16
	1,5–2,4	5	—
INT	0,1–0,4	20	45
	0,5–1,4	16	63
	1,5–2,4	33	2
	2,5–3,4	11	—
DEP	3,5–4,0	10	—
	0,1–0,4	41	54
	0,5–1,4	25	31
	1,5–2,4	21	15
ANX	2,5–3,4	10	—
	3,5–4,0	3	—
	0,1–0,4	33	51
	0,5–1,4	17	30
HOS	1,5–2,4	22	15
	2,5–3,4	20	4
	3,5–4,0	8	—
	0,1–0,4	54	41
PHOD	0,5–1,4	33	34
	1,5–2,4	14	17
	2,5–3,4	—	8
	3,5–4,0	—	1
PAR	0,1–0,4	77	81
	0,5–1,4	19	19
	1,5–2,4	4	—
PSY	0,1–0,4	83	94
	0,5–1,4	17	5
	1,5–2,4	—	1
	2,5–3,4	—	—

інтраперсональної чутливості ( $p(\chi^2) < 0,01$ ); помірно-важких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) форм депресивних порушень; тяжких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ), помірно-тяжких ( $p(\chi^2) < 0,01$ ) форм тривожності. Слід відзначити, що, окрім патоафективних феноменів та порушень інтраперсональної чутливості, в цій групі симптоматика, що перебуває на рівні середньої інтенсивності та вище, майже не була представлена.

На основі отриманих даних було систематизовано тип психоендокринного синдрому при

гіпогонадізмі як гіпотимно-контумільований, що відповідає композиції патоафективних проявів субклінічного рівня, які мають фабулу образи, інтенсивного почуття несправедливості.

У ході дослідження можна було дійти таких висновків.

Виявлено рівні представленості психогенних тригерів маніфестації ендокринної патології у хворих на гіпогонадізм. Досліджено зв'язок між маніфестом патології та інтенсивною одночасною або пролонгованою психотравматизацією (одночасна — 6% хворих, пролонгована — 34%).

Проведено аналіз особистісних рис пацієнтів на преморбідному етапі, простежено їх зв'язок із гіпогонадізмом. Анамнестична представленість субклінічних форм клініко-психологічних розладів при гіпогонадізмі дорівнює 57% контингенту.

Установлено клініко-психопатологічні характеристики психоендокринного синдрому при гіпогонадізмі: депресивні симптоми (за даними HADS та SCL-90-R) помітно виражені у 34% контингенту та тривога — у 50%. Дратівливість (за даними YMRS) має тотальну вираженість. Тяжкі форми порушень інтраперсональної чутливості (за даними SCL-90-R) спостерігаються у 55% контингенту.

Список літератури

1. Роживанов Р. В. Синдром гіпогонадізма у мужчин / Р. В. Роживанов // Эндокринология. Национальное руководство; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко.— М.: Гэотар-Медиа, 2008.— С. 865–871.
2. Нормогонадотропный гипогонадизм у мужчин с ожирением / Л. В. Савельева, Р. В. Роживанов, Б. О. Шурдумова, В. В. Фадеев // Ожирение и метаболизм.— 2009.— № 9 (20).— С. 39–42.
3. Psychometric Evaluation of the Hypogonadism Impact of Symptoms Questionnaire Short Form (HIS-Q-SF) / H. L. Gelhorn, L. J. Roberts, N. Khandelwal [et al.] // J. Sex Med.— 2017.— № 14 (8).— P. 1046–1058.
4. Psychometric testing of two new patient-reported outcome instruments for the evaluation of treatment for hypogonadism / R. P. Hayes, X. Ni, D. E. Heiselman [et al.] // Int. J. Clin. Pract.— 2016.— № 70 (7).— P. 587–595.
5. Quality of Life and Sexual Function Benefits of Long-Term Testosterone Treatment: Longitudinal Results From the Registry of Hypogonadism in Men (RHyme) / R. C. Rosen, F. Wu, H. M. Behre [et al.] // J. Sex Med.— 2017.— № 14 (9).— P. 1104–1115.
6. Prospective assessment of health-related quality of life in men with late-onset hypogonadism who received testosterone replacement therapy / K. Sumii, H. Miyake, N. Enatsu [et al.] // Andrologia.— 2016.— № 48 (2).— P. 198–202.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ГИПОГОНАДИЗМЕ**

**В. В. ИЩУК**

**По результатам исследований с помощью шкал SCL-90, HADS, YMRS были установлены клинико-психопатологические характеристики психоэндокринного синдрома при гипогонадизме: депрессивные симптомы заметно выражены у 34% пациентов, тревога — у 50%. Раздражительность тотально выражена. Тяжелые формы нарушений интраперсональной чувствительности наблюдаются у 55% контингента.**

*Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипогонадизм, патоаффективный компонент, депрессия.*

---

**CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS  
OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN HYPOGONADISM**

**V. V. ISHCHUK**

**The findings of the research with the use of SCL-90, HADS, YMRS scales allowed to establish the clinical and psychological characteristics of the psychoendocrine syndrome in patients with hypogonadism: depressive symptoms were markedly expressed in 34% of the patients and anxiety in 50%. Irritability was expressed totally. Severe forms of intrapersonal sensory impairment occurred in 55% of the contingent.**

*Key words: psychoendocrine syndrome, hypogonadism, pathoaffective component, depression.*

---

*Надійшла 08.10.2018*