УДК: [616.89-008.4:316.42]:616.441

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОТИРЕОЗА

Восиков Ботирбек Абдуллазизович – ассистент
Магзумова Шахноза Шахзадэевна – д.м.н., профессор
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация. *Аффективные расстройства часто сопутствуют заболеваниям щитовидной железы, однако влияние формы гипотиреоза на выраженность и динамику тревожно-депрессивной симптоматики остаётся недостаточно изученным. Целью настоящего исследования было сопоставление степени выраженности и клинической динамики тревожно-депрессивных симптомов у пациентов с различными формами гипотиреоза. В выборку были включены 159 пациентов с тревожными и/или депрессивными расстройствами (F3 и F4 по МКБ-10), разделённых на три группы: манифестный гипотиреоз (n = 41), субклинический гипотиреоз (n = 68) и контрольная группа с эутиреозом (n = 50). Диагностика и мониторинг состояния проводились с использованием шкал HADS, HDRS-17, HARS, CGI-S и CGI-I. Полученные данные показали, что наиболее тяжёлая аффективная симптоматика наблюдалась при манифестном гипотиреозе, преимущественно за счёт выраженных нейровегетативно-соматических нарушений. В группе субклинического гипотиреоза отмечалась умеренная, гетерогенная по структуре симптоматика. У пациентов с эутиреозом преобладали когнитивно-аффективные проявления. В динамике терапии наилучшее клиническое улучшение зафиксировано у пациентов с манифестным гипотиреозом, тогда как при субклиническом — терапевтический эффект был слабым и нестабильным. Полученные различия подчеркивают необходимость учёта тиреоидного статуса при диагностике и терапии аффективных расстройств, особенно с позиции прогноза эффективности лечения.*

Ключевые слова: *гипотиреоз, тревожно-депрессивные расстройства, аффективная симптоматика, клиническая динамика, сравнительный анализ.*

GIPOTIREOZNING TURLI SHAKLLARIGA EGA BO‘LGAN BEMORLARDA XAVOTIR-DEPRESSIV SIMPTOMATIKA DINAMIKASINING TAQQOSLAMA TAHLILI

Vosiqov Botirbek Abdullaziz o‘g‘li – assistent
Magzumova Shaxnoza Shaxzadeyevna – t.f.d., professor
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Affektiv buzilishlar ko‘pincha qalqonsimon bez kasalliklariga hamrohlik qiladi, biroq gipotireozning turli shakllari xavotir-depressiv simptomatikaning og‘irligi va klinik dinamikasiga ta’siri yetarlicha o‘rganilmagan. Ushbu tadqiqotning maqsadi: gipotireozning turli shakllariga ega bo‘lgan bemorlarda xavotir va depressiya simptomatikasining ifodalanganlik darajasi va klinik kechishini taqqoslashdan iborat. Tadqiqotga XKT-10 bo‘yicha F3 va F4 kodlari bilan tashxis qo‘yilgan jami 159 nafar bemor kiritildi va ular 3 guruhga ajratildi: manifest (yaqqol) gipotireoz (n = 41), subklinik gipotireoz (n = 68) va eutiroid nazorat guruhi (n = 50). Diagnostika va dinamikani baholashda HADS, HDRS-17, HARS, CGI-S va CGI-I shkalalaridan foydalanildi. Eng og‘ir affektiv simptomatika yaqqol gipotireoz guruhida kuzatildi, ayniqsa, nevrovegetativ-somatik buzilishlar hisobiga. Subklinik gipotireoz guruhi o‘rtacha darajadagi, geterogen simptomlar bilan ajralib turdi. Eutiroid nazorat guruhida asosan kognitiv-affektiv simptomlar ustunlik qildi. Davolash dinamikasida eng yaxshi klinik yaxshilanish yaqqol gipotireozli bemorlarda qayd etildi, subklinik guruhda esa davolash samarasi sust va o‘zgaruvchan bo‘ldi. Ushbu farqlar affektiv buzilishlarni tashxislash va davolashda tireoid holatini hisobga olish zarurligini, ayniqsa terapiya samaradorligini bashorat qilish nuqtai nazaridan ta’kidlaydi.*

Kalit so‘zlar: *gipotireoz, xavotirli-depressiv buzilish, affektiv simptomatika, klinik dinamika, taqqoslama tahlil.*

COMPARATIVE DYNAMICS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF HYPOTHYROIDISM

Vosikov Botirbek – assistant professor
Magzumova Shakhnoza – D.M.Sc., professor
Tashkent State Medical University (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract. *Affective disorders often accompany thyroid diseases; however, the impact of different forms of hypothyroidism on the severity and clinical dynamics of anxiety and depressive symptoms remains understudied. The aim of this study was to compare the severity and clinical course of anxiety-depressive symptoms in patients with various forms of hypothyroidism. A total of 159 patients with anxiety and/or depressive disorders (ICD-10 codes F3 and F4) were included and divided into three groups: manifest hypothyroidism (n = 41), subclinical hypothyroidism (n = 68), and a control group with euthyroidism (n = 50). Diagnostic and dynamic assessments were conducted using the HADS, HDRS-17, HARS, CGI-S, and CGI-I scales. The most pronounced affective symptoms were observed in the manifest hypothyroidism group, mainly due to prominent neurovegetative-somatic disturbances. The subclinical group showed moderate, heterogeneous symptom patterns. The euthyroid control group predominantly exhibited cognitive-affective features of anxiety and depression. During treatment, the greatest clinical improvement across all scales was recorded in the manifest hypothyroidism group, while the subclinical group showed a weaker and more variable therapeutic response. These findings highlight the importance of considering thyroid status in the diagnosis and treatment of affective disorders, particularly in predicting therapeutic outcomes.*

Keywords*. Hypothyroidism, Anxiety-depressive disorders, Affective symptoms, Clinical dynamics, Comparative analysis*

Введение.

Аффективные расстройства, особенно тревожные и депрессивные состояния, часто сопровождают тиреоидную дисфункцию, включая как манифестные, так и субклинические формы гипотиреоза[2, 3]. Современные исследования подтверждают наличие ассоциации между снижением тиреоидных гормонов и нарушениями психоэмоционального состояния, однако характер этой взаимосвязи остаётся неоднородным. В частности, феноменология, структура и выраженность аффективной симптоматики при субклиническом гипотиреозе существенно варьируют, что затрудняет диагностику и выбор тактики лечения[5]. Дополнительный интерес вызывает феномен «болезненного поведения» (sickness behavior), характеризующийся утомляемостью, апатией и социальной отгороженностью, нередко наблюдаемый при манифестном гипотиреозе и внешне напоминающий депрессию, но имеющий иную патогенетическую природу[4].

При этом большинство публикаций посвящено только сравнению частоты или выраженности симптомов, тогда как динамика клинического состояния и терапевтический ответ при различных формах гипотиреоза изучены недостаточно. Отсутствие систематизированных сравнений между манифестным, субклиническим и эутиреоидным состоянием ограничивает возможности персонализированного подхода к ведению пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами[1].

В этой связи **целью настоящего исследования** стало выявление различий не только в клинико-психопатологической структуре, но и в характере динамики симптоматики в процессе терапии у пациентов с различными формами тиреоидной дисфункции.

Материалы и методы:

Исследование проводилось на базе филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья (г. Ташкент) в период с сентября 2023 по декабрь 2024 года. В него были включены 159 пациентов с тревожными и/или депрессивными расстройствами, соответствующими рубрикам F3 и F4 по МКБ-10. Все участники предоставили письменное информированное согласие. Критериями включения были возраст 18–60 лет, балл ≥ 8 по шкале HADS и эутиреоидное или гипотиреоидное состояние. Исключались пациенты с психозами, биполярным расстройством, тяжёлыми соматическими заболеваниями, зависимостью от ПАВ, беременностью или приёмом тиреоактивных/психотропных препаратов. В зависимости от тиреоидного статуса участники были распределены на три группы: основная группа 1 (n = 41) — манифестный гипотиреоз (ТТГ > 4.2 мМЕ/л, св. Т4 < 12.0 пмоль/л); основная группа 2 (n = 68) — субклинический гипотиреоз (ТТГ > 4.2 мМЕ/л, св. Т4 ≥ 12.0 пмоль/л); контрольная группа (n = 50) — пациенты с эутиреозом.

Диагностическая оценка включала сбор анамнеза, клинико-демографических характеристик и лабораторное определение тиреоидного статуса методом иммунохемилюминесцентного анализа. Для оценки психического состояния применялись валидизированные шкалы: HADS — для скрининга тревожных и депрессивных симптомов; HDRS-17 и HARS — для количественного и качественного анализа структуры депрессии и тревоги; CGI-S и CGI-I — для определения исходной тяжести и клинической динамики в ходе лечения. Психометрическая оценка проводилась при поступлении и на момент выписки.

Результаты и обсуждения:

Для количественной оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики использовались валидизированные психометрические шкалы: HADS, HDRS-17, HARS и CGI-S. Согласно полученным результатам (таблица 1), Наибольшая выраженность тревожной и депрессивной симптоматики отмечена в группе манифестного гипотиреоза (ОГ-1), где средние баллы

по шкале депрессии HADS составили 15.7 ± 3.1, по HDRS-17 — 24.5 ± 4.2, по шкале тревоги HADS — 13.6 ± 2.5, по HARS — 22.8 ± 3.9. Средний балл по CGI-S составил 4.8, с медианным значением 5.0, что соответствует умеренной и тяжёлой степени нарушений. В группе субклинического гипотиреоза (ОГ-2) и контрольной группе (КГ) выраженность симптомов была достоверно ниже. Минимальные различия между ОГ-2 и КГ по шкале HADS, вероятно, отражают большую гетерогенность симптоматики при субклинической форме. Однако при использовании шкал, чувствительных к соматическим компонентам (HDRS-17 и HARS), разница между ОГ-2 и КГ становилась более выраженной, за счёт нейровегетативных проявлений.

Таблица 1.

Показатели выраженности аффективной симптоматики в исследуемых группах

Показатель	ОГ-1 (Манифестный гипотиреоз) (n = 41)	ОГ-2 (Субклинический гипотиреоз) (n = 68)	КГ (Контрольная группа) (n = 50)	p-value
HADS – Депрессия, балл (M±SD)	15.7 ± 3.1	12.8 ± 1.9	12.6 ± 2.0	< 0.001 *
HDRS-17, балл (M±SD)	24.5 ± 4.2	19.8 ± 3.5	18.2 ± 3.1	< 0.001 *
HADS – Тревога, балл (M±SD)	13.6 ± 2.5	11.5 ± 2.8	10.9 ± 2.1	< 0.001 *
HARS, балл (M±SD)	22.8 ± 3.9	18.5 ± 4.1	17.1 ± 3.8	< 0.001 *
CGI-S, балл (Me [Q1; Q3])	5.0 [5.0; 6.0]	4.0 [4.0; 4.0]	4.0 [3.0; 4.0]	< 0.001 **

Примечание. *p-value рассчитано с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA); ** — с помощью критерия Краскела–Уоллиса (для медианных значений).

Для уточнения структуры тревоги проведён феноменологический кластерный анализ по шкале HARS. Выделены два кластера: когнитивно-аффективный (тревожное настроение, напряжённость, бессонница, концентрация, страхи) и нейровегетативно-соматический (мышечное напряжение, жалобы со стороны внутренних органов и вегетативные проявления). В группе ОГ-1 доминировал соматический компонент тревоги (2.6 ± 0.4), в то время как в КГ преобладали когнитивно-аффективные проявления (2.3 ± 0.6). Группа ОГ-2 занимала промежуточное положение, без выраженного преобладания одного из кластеров, что указывает на менее структурированную и более разнородную тревожную симптоматику. Результаты анализа представлены в Таблице 2.

Таблица 2.

Средние баллы по кластерам тревожной симптоматики в исследуемых группах (шкала HARS)

Кластер симптомов	ОГ-1 (манифестный ГТ) (n=41)	ОГ-2 (субклинический ГТ) (n=68)	КГ (контроль) (n=50)	p-value
Нейровегетативно-соматический кластер	2.6 ± 0.4	2.0 ± 0.5	1.7 ± 0.5	< 0.001 *
Когнитивно-аффективный кластер	1.9 ± 0.5	2.1 ± 0.5	2.3 ± 0.6	< 0.01 *

Примечание: p-value рассчитано с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA); значения представлены как средние баллы по пунктам, входящим в каждый кластер шкалы HARS (диапазон: 0–4).

Параллельно проведён анализ структуры депрессии на основе шкалы HDRS-17. Когнитивно-аффективный кластер включал подавленное настроение, чувство вины, суицидальные мысли и внутреннюю тревогу, а нейровегетативно-соматический — нарушения сна, психомоторную заторможенность, общую астению. У пациентов с МГ (ОГ-1) отмечено достоверное преобладание соматических симптомов (2.8 ± 0.5 против 1.9 ± 0.7), тогда как в КГ доминировали когнитивно-аффективные признаки (2.2 ± 0.6). У пациентов с СГ (ОГ-2) наблюдался баланс между двумя компонентами (2.1 ± 0.6 и 1.8 ± 0.6), что указывает на нечёткую структуру депрессии при субклиническом гипотиреозе. Итоговые данные представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние баллы по кластерам депрессивной симптоматики в исследуемых группах

Кластер симптомов	ОГ-1 (манифестный ГТ) (n = 41)	ОГ-2 (субклинический ГТ) (n = 68)	КГ (контроль) (n = 50)	p-value
Нейровегетативно-соматический кластер	2.8 ± 0.5	2.1 ± 0.6	1.8 ± 0.5	< 0.001 *
Когнитивно-аффективный кластер	1.9 ± 0.7	1.8 ± 0.6	2.2 ± 0.6	< 0.01 *

Примечание. p-value рассчитано с использованием ANOVA. Баллы представлены как средние значения по пунктам, входящим в каждый кластер (по шкале HDRS-17, диапазон оценки каждого пункта: 0–4).

Оценка изменений клинического состояния у пациентов, завершивших исследование (n = 159), проводилась для анализа динамики симптоматики. Были использованы два подхода: расчёт величины изменений (Δ) по основным психометрическим шкалам (HADS, HDRS-17, HARS) и обобщённая оценка эффективности лечения по шкале CGI-I. Полученные результаты, представленные в таблице 4, выявили различия в характере терапевтического ответа между исследуемыми группами.

У пациентов с манифестным гипотиреозом (ОГ-1) наблюдалась наиболее выраженная положительная динамика по всем психометрическим шкалам. Среднее снижение баллов по шкале HDRS-17 составило −15,2 ± 6,1, что соответствует клинически значимому улучшению. Сходные изменения зафиксированы и по другим шкалам: Δ HADS-Депрессия составила −9,8 ± 4,5, а Δ HARS — −13,9 ± 5,8. По шкале CGI-I значительное улучшение (1–2 балла) отмечено у 71,1% пациентов. Эти данные свидетельствуют о заметном улучшении состояния, затрагивающем как аффективные, так и соматические симптомы, что может указывать на их вторичный характер в контексте выраженной эндокринной патологии.

В группе с субклиническим гипотиреозом (ОГ-2) положительная динамика оказалась менее выраженной и носила более вариабельный характер. Среднее снижение баллов по шкале HDRS-17 составило −4,5 ± 5,2, что не достигло порога клинической значимости. Сходные результаты зафиксированы и по другим шкалам: улучшение по шкале CGI-I (1–2 балла) наблюдалось только у 23,8% пациентов, тогда как у 40,5% состояние оставалось без изменений или ухудшилось. Эти данные могут свидетельствовать об ограниченном терапевтическом эффекте и подтверждают известные сложности в трактовке и лечении аффективных нарушений при субклиническом гипотиреозе. Высокая степень вариабельности ответа на терапию предполагает гетерогенный характер состояния, при котором аффективная симптоматика не всегда связана с тиреоидной дисфункцией в клинически значимой степени.

У пациентов контрольной группы (КГ), получавших стандартную терапию по поводу тревожных и депрессивных расстройств, наблюдалась умеренно выраженная положительная динамика. Среднее снижение баллов по шкале HDRS-17 составило −9,8 ± 5,5, при этом значительное улучшение по CGI-I было зафиксировано у 62,2% пациентов. Эти результаты подтверждают эффективность назначенного лечения и могут служить ориентиром при сравнительной оценке клинического ответа в других группах. Сравнение с группой ОГ-1 подчёркивает преимущество терапии при наличии выраженного тиреоидного дефицита, в то время как ограниченный эффект в группе ОГ-2 свидетельствует о необходимости более индивидуализированного подхода к лечению пациентов с субклинической тиреоидной дисфункцией.

Таблица 4.

Изменение психометрических показателей и распределение пациентов по шкале CGI-I (n = 159)

Показатель	ОГ-1 (n=41)	ОГ-2 (n=68)	КГ (n=50)	p-value
Изменение баллов (Δ, M ± SD)				
Δ HADS – Депрессия	−9,8 ± 4,5	−3,1 ± 3,8	−6,5 ± 4,1	< 0,001 *
Δ HDRS-17	−15,2 ± 6,1	−4,5 ± 5,2	−9,8 ± 5,5	< 0,001 *
Δ HARS	−13,9 ± 5,8	−4,1 ± 4,9	−8,9 ± 5,1	< 0,001 *
Распределение по CGI-I, n (%)				< 0,001 **
Значительное улучшение (баллы 1–2)	28 (71,1%)	10 (23,8%)	28 (62,2%)	
Минимальное улучшение (балл 3)	8 (18,4%)	15 (35,7%)	5 (11,1%)	
Без изменений / ухудшение (баллы 4–7)	5 (10,5%)	17 (40,5%)	12 (26,7%)	

Примечание. p-value рассчитано с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для сравнения средних изменений (Δ); сравнение распределения по шкале CGI-I выполнено с помощью критерия χ^2 (Pearson).

Выводы:

Таким образом, анализ динамики тревожных и депрессивных расстройств в процессе терапии продемонстрировал отчётливые различия между исследуемыми группами в зависимости от тиреоидного статуса. Наиболее выраженный терапевтический эффект отмечен у пациентов с манифестной формой гипотиреоза, что позволяет предположить вторичный характер аффективной симптоматики в данной группе и объясняет её высокую чувствительность к лечению. В то же время, у пациентов с субклиническим гипотиреозом клинический ответ был менее выраженным и отличался значительной вариабельностью, что, вероятно, отражает гетерогенность популяции и отсутствие однозначной связи между уровнем тиреоидной дисфункции и выраженностью аффективных проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dubniewicz E. [и др.]. The Association between Hypothyroidism and Mental Health: A Literature Review // Journal of Education, Health and Sport. 2025. (79). С. 57866.

2. Fischer S., Ehlert U. Hypothalamic–pituitary–thyroid (HPT) axis functioning in anxiety disorders. A systematic review // Depression and Anxiety. 2018. № 1 (35). С. 98–110.

3. Ittermann T. [и др.]. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2015. № 9 (50). С. 1417–1425.

4. Maes M. [и др.]. Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways // BMC Medicine. 2012. № 1 (10). С. 66.

5. Samuels M. H. Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism // Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 2014. № 5 (21). С. 377.