

УДК 616.43-06:159.9

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ КОМПОНЕНТОВ ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Канд. мед. наук В. В. ИЩУК

*Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,  
трансплантации эндокринных органов и тканей, Киев, Украина*

**Проведены индикация и компаративный анализ динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе психоэндокринного синдрома при гипер- и гипофункции щитовидной железы на основании результатов обследования 60 пациентов. Выявлены три группы предикторов психотравматизации каждой из нозологических форм. Разработана динамическая систематика нозогенных предикторов травматизации и выполнена их компаративная интерпретация в структуре гипер- и гипотиреоза с целью подбора конгруэнтного методологического обеспечения коррекции и превенции.**

*Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипертиреоз, гипотиреоз, психотравматизация.*

Современные тенденции в развитии эндокринологии определяются возросшим интересом к медико-социальным и клинико-психологическим факторам в клинической картине заболевания. Особое внимание уделяется вопросам достижения комплайенса, выступающего в условиях заместительной терапии основным средством контроля над

течением заболевания. Наличие при эндокринной патологии психоэндокринного синдрома (ПС) с богатой психопатологической аранжировкой в структуре его клинических вариаций, а также широкого круга психотравмирующих факторов нозогенно-интроспективного и социально-средового плана способствует формированию предикторов

дискомплаентности. Авторы работ, посвященных данной проблеме, называют среди них:

- ассоциативно-идеаторные нарушения в структуре органического и психастенического компонентов ПС, определяющие затруднения в рационализации переживаний пациентов, коррекции патологических модусов личностного реагирования [1–7];

- когнитивно-гностические и мнестико-проективные нарушения соматогенно-органического генеза в структуре ПС и спутанных в его отношении компонентов психоорганического синдрома, определяющие невозможность самостоятельного обеспечения регулярного режима приема и дозирования терапии, снижающие степень социальной и семейной адаптации и экономической состоятельности пациентов [2, 7, 8];

- клинически оформленные невротические и невротоподобные расстройства, выступающие факторами дестабилизации внутренней картины заболевания путем вовлечения в клиническую структуру психопатологии обсессивных, анксиозных, дистимических и фобических компонентов, требующих расширения спектра терапевтических мероприятий [5, 9];

- патоперсоналогические нарушения в структуре патологического развития личности, определяющие, помимо прочего, формирование патологических типов отношения к заболеванию и инконгруэнтных модусов личностного реагирования [4, 5, 8];

- реактивные состояния психической дезадаптации, часто выступающие причиной самостоятельного прекращения приема терапии [1, 5].

Все перечисленные факторы фактически облигатно присутствуют в каждом нозологическом варианте ПС в той или иной пропорции, требующей тщательного компаративного анализа с целью подбора конгруэнтного методологического обеспечения их коррекции и превенции.

Цель исследования — индикация и компаративный анализ динамики нозогенных психотравмирующих факторов в психопатогенезе ПС при гипер- и гипотиреозах щитовидной железы.

Исследование проводилось в Украинском научно-практическом центре эндокринной хирургии и трансплантации эндокринных органов и тканей (Киев) с участием 60 пациентов (средний возраст — 46,5 лет), страдающих эндокринной патологией, сопровождающейся гипертиреозными (30 больных) и гипотиреозными (30 больных) состояниями. Все пациенты имели в структуре психопатологических расстройств ПС или его осевые компоненты.

Основной метод изучения — психодиагностический, реализованный путем сочетания интервью и стандартного набора методик экспериментально-психологического исследования в пределах различных периодов и нозологических форм эндокринной патологии. В качестве вспомогательных методов были использованы клиничес-

кий, клиническо-психопатологический и клиническо-психодиагностический.

В рамках медико-психологического исследования были разработаны следующие варианты систематики предикторов психотравматизации в структуре заболевания:

- 1) хронопатологическая (в соотношении с временным периодом течения заболевания), включающая такие группы предикторов:

- ранние в период от момента первичного обращения за медицинской помощью по поводу текущего заболевания до 6 мес с момента постановки диагноза;

- отсроченные, возникающие после 6 мес с момента постановки диагноза до момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии;

- поздние, появляющиеся с момента диагностики первых соматических осложнений заболевания, требующих самостоятельной терапии и далее;

- 2) интроспективно-витальная (по принадлежности к интроспективно-идентифицируемым сферам жизнедеятельности), объединяющая группы предикторов:

- валеоцентрические, принадлежащие к сфере опасений за состояние здоровья, физическое и психическое благополучие,

- социоцентрические, принадлежащие к сфере нарушения социальных, включая семейные, трудовые и экономические, взаимоотношений,

- агедонистические, принадлежащие к сфере опасений, касающихся утраты возможности получить удовольствие и удовлетворение.

В ходе психодиагностического интервью проводился анализ частоты встречаемости нозогенных предикторов психотравматизации, основанный на регистрации выявляемых при целенаправленном расспросе жалоб пациентов, содержащих тягостные переживания, связанные с личностными и социальными аспектами заболевания в различные периоды его течения. Данные, полученные в результате анализа, представлены в таблице.

Анализ частоты регистрации нозогенных предикторов психотравматизации пациентов обследуемых групп в различные периоды течения заболевания позволяет выявить патологические и саногенетические механизмы в психопатогенезе психогенного компонента ПС различной нозологической принадлежности. Изучение динамики их представленности помогает установить нозоспецифические особенности спектра нозогенных психотравмирующих факторов.

Нами разработана динамическая систематика нозогенных психотравмирующих предикторов, включающая пять типов их организации в пределах патогенеза гипер- и гипотиреоза, а именно:

*интенсифицирующийся*, для которого характерно увеличение частоты регистрации по мере течения заболевания (в основе указанного типа динамики лежат процессы дезадаптации и/или неэффективности саногенных механизмов в условиях

**Частота регистрации выявленных нозогенных предикторов психотравматизации  
в различные периоды заболевания при гипер- и гипотиреозе**

Группы предикторов	Гипертиреоз, n = 30		Гипотиреоз, n = 30	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1	2	3	4	5
<i>Ранние</i>				
Валеоцентрические				
факт наличия хронического неизлечимого заболевания как витального дефекта	21	70,0	23	76,7
ограничение физической активности в перспективе развития заболевания	19	63,3	22	73,3
наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания	17	56,7	19	63,3
необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья	9	30,0	6	20,0
канцерофобические переживания	6	20,0	—	—
Социоцентрические				
необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость	19	63,3	16	53,3
наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли	11	36,7	9	30,0
ограничение круга общения, связанное с заболеванием или его симптомами	7	23,3	2	6,7
Агедонистические				
необходимость соблюдения диеты, отказа от приема алкоголя и любых стимулирующих веществ	19	63,3	9	30,0
зависимость от приема заместительной гормональной терапии	18	60,0	7	23,3
<i>Отсроченные</i>				
Валеоцентрические				
факт наличия хронического неизлечимого заболевания как витального дефекта	14	46,6	6	20,0
фактическое ограничение физической активности	11	36,7	15	50,0
наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания	14	46,7	13	43,3
необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья	12	40,0	3	10,0
канцерофобические переживания	11	36,7	—	—
интроспективно-идентифицируемые когнитивные и мнестические нарушения	4	13,3	9	30,0
Социоцентрические				
необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость	18	60,0	9	33,3
наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически-доминантной семейной роли	14	46,7	11	36,7
ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами	8	26,7	7	23,3
Агедонистические				
необходимость соблюдения диеты, отказа от приема алкоголя и любых стимулирующих веществ	9	30,0	3	10,0
зависимость от приема заместительной гормональной терапии	12	40,0	4	13,3
<i>Поздние</i>				
Валеоцентрические				
формирование функциональных и морфологических нарушений: тремор, экзофтальм, миопия, импотенция, гинекомастия у мужчин, ановуляция у женщин etc.;	28	93,3	—	—
сухость кожи, одутловатость лица и отечность конечностей, грубый голос, ломкость ногтей, выпадение волос, увеличение массы тела etc.	—	—	21	70,0

1	2	3	4	5
факт наличия хронического неизлечимого заболевания как витального дефекта	12	40,0	13	43,3
фактическое ограничение физической активности	9	30,0	15	50,0
наличие тягостно переживаемых симптомов заболевания	19	63,3	9	30,0
необходимость терапии препаратами, имеющими выраженные побочные эффекты, негативно сказывающиеся на состоянии здоровья	12	40,0	13	43,3
канцерофобические переживания	4	13,3	—	—
интроспективно-идентифицируемые когнитивные и мнестические нарушения	3	10,0	13	43,3
<b>Социоцентрические</b>				
необходимость проведения диагностических процедур и терапии, имеющих высокую стоимость	21	70,0	13	43,3
наличие трудовых ограничений, сопряженных с финансовыми трудностями, утратой экономически доминантной семейной роли	6	20,0	9	30,0
ограничение круга общения, связанное с наличием заболевания или его симптомами	4	13,3	6	20,0
<b>Агедонистические</b>				
необходимость соблюдения диеты, отказа от приема алкоголя и любых стимулирующих веществ	7	23,3	3	10,0
зависимость от приема заместительной гормональной терапии	3	10,0	6	20,0

прогредиентного нарастания интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);

*персистирующий*, для которого характерна стабильная ( $\pm 10,0\%$ ) частота регистрации во всех периодах течения заболевания (в его основе лежат: паритет активности саногенных механизмов и интенсивности воздействия психотравмирующих факторов и/или стабильный характер интенсивности психотравмирующего воздействия при неэффективности саногенных механизмов);

*редуцирующийся*, для которого характерно снижение частоты регистрации по мере течения заболевания (в его основе лежат процессы адаптации и эффективности саногенных механизмов в отношении воздействия психотравмирующего фактора и/или регрессионный характер интенсивности воздействия психотравмирующего фактора);

*кульминационный*, для которого характерна максимальная частота регистрации в одном из периодов заболевания (в его основе лежит наличие в каком-либо периоде заболевания особенностей, синергических психотравмирующему фактору и/или снижающих эффективность саногенных механизмов);

*ремиттирующий*, для которого характерны пики частоты регистрации в раннем и позднем периодах заболевания, при этом в отсроченном периоде отмечается снижение частоты его регистрации (в основе указанного типа динамики лежит частичная, нестойкая адаптация к воздействию психотравмирующего фактора, постепенно развивающаяся в раннем периоде заболевания, имеющая относительную целостность в отсроченном и переходящая в дезадаптацию под воздействием нарастающей интенсивности психотравматизации и/или кумуляции психопатологических

и патоперсоналогических нарушений в позднем периоде заболевания).

Резюмируя результаты исследования, мы считаем необходимым рассмотреть частные аспекты динамики представленности отдельных психотравмирующих факторов в структуре исследуемых нозологических форм.

Факт наличия хронического неизлечимого заболевания как предиктор психотравматизации при гипертиреозе относится к редуцирующемуся типу динамики (70,0% / 46,6% / 40,0%). Это может объясняться стабильной интенсивностью воздействия данного фактора, который является по сути экзистенциальным переживанием при успешной к нему адаптации в условиях эффективной фармакотерапии и рутинной общетерапевтической психотерапии, а также наличием перспектив оперативной коррекции расстройств. При гипотиреозе данный предиктор так же имеет ремиттирующий тип динамики (76,7% / 20,0% / 43,3%), что обусловлено склонностью пациентов к гипотимическим и субдепрессивным состояниям на поздних этапах течения заболевания, формирующим благоприятную почву для актуализации и интроспективной амплификации экзистенциальных переживаний витального характера.

Снижение физической активности в перспективе развития заболевания и фактическое ее ограничение могут быть объединены в один предиктор психотравматизации, имеющий при гипертиреозе редуцирующийся тип динамики (63,3% / 36,7% / 30,0%). Это соответствует наличию гиперболизированных опасений на раннем этапе заболевания и успешной их рационализации в контексте корректной терапии при отсутствии в структуре данной нозологической

формы осложнений, напрямую ограничивающих физическую активность. При гипотиреозе данный предиктор имеет кульминационный тип динамики (73,3% / 50,0% / 50,0%) с максимальной частотой в раннем периоде заболевания. Указанная ситуация имеет сходную природу с таковой при гипертиреозе, но при данной нозологической форме отсроченный и поздний периоды течения заболевания имеют в своей структуре осложнения, оказывающие более выраженное влияние на ограничение физической активности.

Тягостно переживаемые симптомы при гипертиреозе носят ремиттирующий характер динамики (56,7% / 46,7% / 63,3%), что объясняется успешной компенсацией соматических проявлений заболевания до периода формирования осложнений, с которыми связано увеличение субъективно определяемой тяжести течения заболевания на его поздних этапах. При гипотиреозе данный предиктор имеет редуцирующийся тип динамики (63,3% / 43,3% / 30,0%), что объясняется эффективностью терапевтического купирования проявлений заболевания, возрастающей эффективностью психической адаптации, а также специфическим гипобулическим и гипопатическим характером психопатологического фона, наблюдаемого на поздних этапах.

Необходимость терапии препаратами с выраженными побочными эффектами, негативно сказывающимися на состоянии здоровья, как предиктор психотравматизации имеет при гипертиреозе интенсифицирующийся тип динамики (30,0% / 40,0% / 63,3%). Это объясняется возрастающей частотой проявлений побочных эффектов лечения при увеличении необходимых дозировок по мере прогрессирования заболевания, а также присоединением отдельного комплекса препаратов, направленных на терапию осложнений на поздних этапах течения заболевания. При гипотиреозе данный предиктор имеет ремиттирующий характер динамики (20,0% / 10,0% / 43,3%), что возможно, связано с оптимальным соотношением дозировка / эффективность в отсроченном периоде заболевания и манифестацией побочных эффектов при увеличении дозировки и включении в спектр терапии препаратов, направленных на коррекцию осложнений в позднем периоде заболевания.

Канцерофобические переживания при гипертиреозе как предиктор психотравматизации носят кульминационный характер динамики (20,0% / 36,6% / 13,3%). Встречаясь в относительно малом числе наблюдений, они наиболее часто регистрировались в отсроченном периоде, что, по-видимому, связано с непреднамеренной со стороны медицинского персонала индукцией, самостоятельно купирующейся со временем, и переходом заболевания в стабильное течение. При гипотиреозе данный предиктор не выявлен.

Интроективные-идентифицируемые когнитивные и мнестические нарушения как предиктор психотравматизации при гипертиреозе не были

обнаружены в раннем периоде течения заболевания. Их динамика в отсроченном и позднем периодах соответствует редуцирующемуся типу (0% / 13,3% / 10,0%), что, видимо, свидетельствует о появлении данного предиктора в отсроченном периоде заболевания и постепенном его нивелировании с формированием анозогнозического модуса отношения к заболеванию. При гипотиреозе данный предиктор имеет ремиттирующий тип динамики (50,0% / 30,0% / 43,3%), вероятнее всего, это обусловлено наличием прозектических расстройств и истощаемости в структуре психастенических состояний на раннем этапе течения заболевания, воспринимаемых пациентами как снижение памяти и интеллекта. Адекватная заместительная терапия основного расстройства частично компенсирует указанные нарушения на отсроченном этапе течения заболевания и с меньшей эффективностью — при появлении осложнений, в том числе и психопатологических, которые выступают предикторами интроективной дезадаптации когнитивно-мнестических нарушений на позднем этапе течения заболевания.

Необходимость проведения дорогостоящих диагностических процедур и терапии как фактор психотравматизации при гипертиреозе имеет персистирующий характер динамики (63,3% / 60,0% / 70,0%), что может быть объяснено сравнительно стабильным уровнем расходов со стороны пациента на протяжении всего периода заболевания. При гипотиреозе данный предиктор относится к ремиттирующему типу динамики (53,3% / 33,3% / 43,3%), что связано с объективным соотношением финансовых затрат на различных этапах заболевания, увеличивающихся в периоды диагностического поиска и лечения осложнений.

Трудовые ограничения, сопряженные с финансовыми трудностями, утратой экономической доминантной семейной роли пациента как фактор психотравматизации при гипертиреозе имеет кульминационный характер (36,7% / 46,7% / 20,0%), достигая наибольшей частоты в отсроченном периоде течения заболевания, на который приходится большинство проблем. Компенсация происходит в виде смены места трудоустройства или получения пенсии по инвалидности на позднем этапе течения заболевания. При гипотиреозе данный предиктор носит персистирующий характер динамики (30,0% / 36,7% / 30,0%), что в целом соответствует равномерным темпам нарастания степени трудовой дезадаптации в рамках течения заболевания.

Ограничение круга общения, связанное с заболеванием или его симптомами, как фактор психотравматизации при гипертиреозе приобретает кульминационный характер (23,3% / 26,7% / 13,3%), достигая максимума в отсроченном периоде заболевания. Это объясняется объективными затратами времени и финансовых средств, ранее выделяемых на виды деятельности, сопряженной с коммуникативными потребностями, на лечение,



а также формированием патологического модуля личностного реагирования по типу «ухода в болезнь». Уменьшение частоты регистрации данного предиктора психотравматизации в позднем периоде течения заболевания свидетельствует о некоторой компенсации коммуникационного дефицита за счет адаптации к парциальной алиенации и нахождения альтернативных механизмов коммуникации, по преимуществу реализуемых дистанционно. При гипотиреозе данный предиктор так же имеет кульминационный характер динамики (6,7% / 23,3% / 20%), что соответствует повышению уровня значимости коммуникативного дефицита для данной группы пациентов в отсроченном периоде течения заболевания в силу компенсации психастенических явлений.

Необходимость соблюдения диеты, отказа от приема алкоголя и любых стимулирующих веществ как фактор психотравматизации при гипертиреозе имеет редуцирующий тип динамики (63,3% / 30,0% / 23,3%), что может быть объяснено успешной адаптацией пациентов к терапевтическим ограничениям образа жизни, а также компенсацией, присущей гипертиреоидным состояниям импульсивности на отсроченном этапе течения заболевания. При гипотиреозе данный предиктор имеет кульминационный характер динамики (30,0% / 10,0% / 10,0%), что соответствует быстрой адаптации к налагаемым ограничениям, вероятнее всего, за счет свойственных гипотиреоидным состояниям позднего этапа течения заболевания гипобулии и гипопатии.

Зависимость от приема заместительной гормональной терапии как предиктор психотравматизации при гипертиреозе имеет редуцирующий тип динамики (60,0% / 40,0% / 10,0%), что связано с процессом адаптации к режиму лечения, осознанием степени его эффективности и необходимости по мере течения заболевания. При гипотиреозе

данный предиктор имеет ремиттирующий тип динамики (23,3% / 13,3% / 20,0%), что соответствует относительной приверженности режиму терапии в отсроченном периоде заболевания, вероятно, в силу субъективно отмечаемой эффективности терапии при незначительной выраженности ее побочных эффектов.

Дифференцированный анализ каждого нозогенного психотравмирующего фактора как с позиции квантификации его представленности в рамках определенной нозологической формы, так и в ракурсе анализа его динамических характеристик является основополагающим аспектом формирования конгруэнтных систем психотерапии и психопрофилактики психогенных компонентов ПС.

В рамках данного исследования был проведен анализ медико-психологических особенностей психогенных компонентов ПС в структуре гипертиреоза и гипотиреоза, который позволяет сделать следующие выводы.

1. Определены и систематизированы нозогенные предикторы психотравматизации в структуре гипер- и гипотиреоза.

2. Выявлены три группы предикторов психотравматизации (валеоцентрические, социоцентрические и агедонистические), существующие на различных этапах течения каждой из исследуемых нозологических форм.

3. Разработана динамическая систематика нозогенных предикторов психотравматизации, в которую включены пять типов их динамической организации в патогенезе каждой из исследуемых нозологических форм, а именно: интенсифицирующий, персистирующий, редуцирующий, кульминационный и ремиттирующий.

4. Проведена компаративная интерпретация динамической организации предикторов психотравматизации в структуре каждой из исследуемых нозологических форм.

#### Список литературы

1. Subclinical thyroid dysfunction and psychiatric disorders: cross-sectional results from the Brazilian Study of Adult Health (ELSA-Brasil) / I. M. Benseñor, M. A. Nunes, M. F. Sander Diniz [et al.] // Clin. Endocrinology.— 2015.— № 12.
2. Endocrine abnormalities in a patient with borderline personality disorder — case 8/2014 / C. Gassenmaier, J. Schittenhelm, N. Selo, G. Schnauder // Deutsche Medizinische Wochenschrift.— 2014.— № 139 (50).— P. 26–30.
3. Greenhill C. Thyroid function: Hyperthyroidism-psychiatric issues / C. Greenhill // Nature Reviews. Endocrinology.— 2014.— № 10 (2).— P. 65–68.
4. Komori T. Endocrine psychosyndrome [Article in Japanese] / T. Komori // Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.— 2003.— № 40.— P. 343–346.
5. Lorenzo Gómez T. The high prevalence of thyroid dysfunction in psychiatric inpatients / T. Lorenzo Gómez, F. Cardelle Pérez, E. De Las Heras Liñero // Revista de Psiquiatria Salud Mental.— 2010.— № 3 (1).— P. 23–26.
6. Milcu S. M. The endocrine psychosyndrome [Article in Romanian] / S. M. Milcu, M. Teodoru // Stud. Cercet. Endocrinol.— 1967.— № 18 (1).— P. 7–9.
7. Thyroid dysfunction in major psychiatric disorders in a hospital based sample / R. Radhakrishnan, S. Calvin, J. K. Singh [et al.] // The Indian J. of Med. Res.— 2013.— № 138 (6).— P. 888–893.
8. Thyroid function in the euthyroid range and adverse outcomes in older adults / A. R. Cappola, A. M. Arnold, K. Wulczyn [et al.] // The J. of Clin. Endocrinology and Metabolism.— 2015.— № 100 (3).— P. 1088–1096.
9. Lack of confirmation of thyroid endophenotype in Bipolar Disorder Type I and their first-degree relatives / L. Cobo, O. Giménez-Palop, E. Patró, M. Pérez // Psychoneuroendocrinology.— 2015.— № 51.— P. 351–364.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОГЕННИХ КОМПОНЕНТІВ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

В. В. ІЩУК

Проведено індикацію та компаративний аналіз динаміки нозогенних психотравмуючих факторів у психопатогенезі психоендокринного синдрому при гіпер- та гіпофункції щитоподібної залози на основі результатів обстеження 60 пацієнтів. Виявлено три групи предикторів психотравматизації кожної з нозологічних форм. Розроблено динамічну систематику нозогенних предикторів травматизації й виконано їх компаративну інтерпретацію у структурі гіпер- і гіпотиреозу з метою підбору конгруентного методологічного забезпечення корекції і превенції.

*Ключові слова: психоендокринний синдром, гіпертиреоз, гіпотиреоз, психотравматизація.*

**THE PECULIARITIES OF PSYCHOGENIC COMPONENT OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN FUNCTIONAL DISORDERS OF THE THYROID GLAND**

V. V. ISHCHUK

The dynamics of nosogenic psychotraumatization factors in psychopathogenesis of psychoendocrine syndrome at hyper- and hypothyroidism were identified and compared based on the results of investigation of 60 patients. Three groups of predictors of psychotraumatization were revealed in each nosological entity. Dynamic taxonomy of nosogenic predictors of trauma was developed. Their comparative interpretation in the structure of hyper- and hypothyroidism was performed in order to select a congruent methodological support of correction and prevention.

*Key words: psychoendocrine syndrome, hyperthyroidism, hypothyroidism, psychotraumatization.*

Поступила 24.06.2015