

Призначати психотропні препарати при патології ЩЗ слід обережно, оскільки ймовірність виникнення побічних ефектів вища, а деякі з них змінюють концентрацію ТГ у крові й уповільнюють метаболізм самих препаратів. Проводилися дослідження ефективності призначення препаратів ТГ при резистентній до терапії депресії. Позитивні результати спостерігалися при афективних розладах, викликаних патологією ЩЗ. Існує гіпотеза «мозкового гіпотиреозу» при депресії. Згідно з цією гіпотезою при депресії формується стан локального гіпотиреозу головного мозку з нормальними концентраціями ТГ у периферичній крові. Даний стан, як вважають, може бути обумовлений пригніченням фермента 5-дейодинази 2-го типу, який забезпечує

утворення 80 % всього трийодтироніну (T_3) у мозку й ослаблення транспорту тироксину (T_4) через гематоенцефалічний бар'єр. Відповідно, передбачуване зниження активності 5-дейодинази 2-го типу при депресії призводить до зменшення утворення T_3 , який чинить потужну антидепресивну дію.

Отже, можна зробити висновок про надзвичайну актуальність досліджень ролі гормонів ЩЗ та їх впливу на психічне здоров'я. Дана тематика потребує більшої уваги дослідників, адже сучасне оснащення дослідницьких лабораторій і рівень медичних технологій дадуть можливість встановити патоморфологічні зміни на рівні клітинної та субклітинної будови, краще зрозуміти перебіг та розвиток хвороби, попередити її подальше ускладнення.

УДК 616.89-008.441:612.3:616.441-008]-036.1-085.851

Гринько Н.В., Герасим'юк І.Г., Рудницький Р.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Психокорекція харчової поведінки при захворюваннях щитоподібної залози

Останнім часом у всьому світі спостерігається зростання ендокринних захворювань. Проблема маси тіла (як зниженої, так і підвищеної) при захворюваннях щитоподібної залози (ЩЗ) є досить частою причиною звернення за психологічною й медичною допомогою. Водночас результативність застосування різних методів корекції маси тіла не ефективна та становить від 5 до 20 % позитивних результатів у віддалений період. Це пов'язано з тим, що більшість таких програм недостатньо враховує вплив психічної діяльності на фізіологічні системи організму (підвищення й зниження апетиту, виникнення почуття насиченості та голоду). Під харчовою поведінкою розуміється ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах та в ситуації стресу, поведінка, орієнтована на образ власного тіла, і діяльність, спрямована на формування цього образу. Відомо три типи порушень харчової поведінки: екстернальний, емоціогенний та обмежувальний. Медико-психосоціальна значущість розробки й упровадження сучасних методів діагностики та психокорекції розладів харчової поведінки при захворюваннях ЩЗ визначається, з одного боку, їх поширеністю, а з іншого — наслідками тяжких соматоендокринних розладів, які викликають стійку психосоціальну дезадаптацію у вигляді зниження працездатності, статевої активності, афективних розладів, психосоматичних розладів, інвалідизації та смертності.

Мета дослідження: описання способу корекції типу харчової поведінки та корекції маси тіла при захворюваннях ЩЗ через формування нового раціонального стереотипу харчової поведінки.

Матеріали та методи. Комплексне поєднання психокорекційних впливів, саморегуляції (ауто-

генне тренування), дієтотерапії та фізичних навантажень.

Результати. При зверненні осіб зі скаргами на порушення харчової поведінки та надмірну масу тіла при захворюваннях ЩЗ проводиться аналіз анамнезу (для виключення церебральних й ендокринних форм ожиріння) та діагностика типу харчової поведінки (шляхом тестування). При порушеннях харчової поведінки ми вважаємо доцільним використання техніки тілесно-орієнтованої, індивідуальної глибинної психології А. Адлера, саморегуляції та самонавіювання, раціональної психотерапії, музикотерапії, поведінкової та ароматерапії, поєднання яких спрямоване на формування нового раціонального стереотипу харчової поведінки та, відповідно, на зниження маси тіла та корекцію без порушення здоров'я.

Корекція проводиться курсом у 3–4 сеанси (60–80 хвилин) через 3–5 днів. Подальші сеанси з метою психокорекційної підтримки проводяться 1 раз на тиждень протягом 6 місяців.

Обов'язковими умовами, що змінюють харчову поведінку та закріплюють вироблення нового харчового стереотипу в процесі корекційних впливів, є: усвідомлення його пацієнтом, формування активної емоційно-вольової мотивації та чіткого плану зниження маси тіла, ведення харчового щоденника, зміна харчових звичок, регулярне аутогенне тренування, віра в успіх і впевненість у власних силах.

Висновки. Запропонований спосіб корекції порушення харчової поведінки при захворюваннях щитоподібної залози дозволить налагодити систему правильного харчування та здорового способу життя, що, у свою чергу, є фактором корекції маси тіла та підвищення якості життя в цілому.