https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-195-11-21-27

BY-NC-SA

Возможности коррекции качества жизни у больных с хроническим панкреатитом при послеоперационном гипотиреозе

Чернядева Е. В.[1], Стяжкина С. Н.[2], Чернышова Т. Е.[2], Иванова М. К.[2], Жуйкова А. А.[2]

[1] БУЗ УР ГКБ№ 9 МЗ УР, г. Ижевск, ул. Промышленная, д. 52, Россия

[2] Ижевская государственная медицинская академия, ул. Коммунаров, 281, Ижевск, республика Удмуртия, 426034, Россия

Для цитирования: Чернядева Е. В., Стяжкина С. Н., Чернышова Т. Е., Иванова М. К., Жуйкова А. А. Возможности коррекции качества жизни у больных с хроническим панкреатитом при послеоперационном гипотиреозе. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;195(11): 21–27. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-195-11-21-27

Чернядева Елена Вадимовна, аспирант по специальности внутренние болезни; *ORCID: 0000–0003–4269–7304*

Николаевна Стяжкина Светлана, Кафедра факультетской хирургии, д.м.н., профессор; *ORCID: 0000–0002–0556–0539*

Чернышова Татьяна Евгеньевна, д.м.н., профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП; *ORCID: 0000–0002–6273–9439*

Иванова Марина Константиновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой микробиологи, проректор по учебной работе; *ORCID: 0000–0002–4989–4127*

Жуйкова Алина Андреевна, Лаборант кафедры факультетской хирургии; *ORCID: 0000–0002–6900–5040*

✉ *Для переписки:*
Жуйкова Алина Андреевна
zhuikova_alina17@mail.ru

Резюме

Цель исследования: изучить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов с хроническим панкреатитом на фоне послеоперационного гипотиреоза и возможности эффективной реабилитации.

Материалы и методы Обследовано 270 пациентов с хроническим панкреатитом, среди которых 40 пациентов с первичным послеоперационным гипотиреозом, которые составили группу 1, в группу 2 включены 30 пациентов без патологии щитовидной железы Пациентам проводилось исследование крови по основным биохимическим показателям, гормональный анализ крови, УЗИ щитовидной железы, гепатобилиарнодуоденальной зоны. Изучение качества жизни и психоэмоционального состояния по тестам.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с хроническим пакреатитом в сочетании с послеоперационным гипотиреозом среди заболеваний гепатодуоденальной зоны выявлены хронический некалькулезный холецистит и неалкогольная жировая болезнь печени, которые клинически характеризуются синдромом абдоминальной боли по данным опросника GSRS. Определялось легкое депрессивное состояние, высокие уровни личностной и ситуационной тревожности. Качество жизни пациентов было снижено как по физическому, так и по психологическому компонентам, за счет показателей ролевого физического и эмоционального функционирования. На фоне проводимого лечения комбинацией сукцинатсодержащих препаратов уменьшилась выраженность депрессии, ситуативной и личностной тревожности, а также повысилось ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, социальное функционирование.

Выводы. Применение комбинированной терапии левотироксином натрия и этилметилгидроксипиридина сукцината у пациентов с коморбидной патологией на фоне послеоперационного гипотиреоза улучшает клиническую картину, психоэмоциональное равновесие, качество жизни, тем самым повышая эффективность реабилитации.

Ключевые слова: послеоперационный гипотиреоз, хронический панкреатит, качество жизни

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

BY-NC-SA

https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-195-11-21-27

Possibilities of life quality correction of patients with chronic pancreatitis in postoperative hypothyroidis

E.V. Chernyadeva[1], S.N. Styazhkina[2], T.E. Chernyshova[2], M.K. Ivanova[2], A.A. Zhuikova[2]

[1] State Clinical Hospital No. 9 of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, 52, st. Promyshlennaya, Izhevsk, Russia

[2] Izhevsk State Medical Academy, 281, st. Kommunarov, Republic of Udmurtia, Izhevsk, 426034, Russia

For citation: Chernyadeva E.V., Styazhkina S.N., Chernyshova T.E., Ivanova M.K., Zhuikova A.A. Possibilities of life quality correction of patients with chronic pancreatitis in postoperative hypothyroidis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;195(11): 21–27. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-195-11-21-27

✉ *Corresponding author:*
Alina A. Zhuikova
Zhuikova_alina17@mail.ru

Elena V. Chernyadeva, postgraduate student in internal medicine; *ORCID: 0000–0003–4269–7304*

Svetlana N. Styazhkina, department of faculty surgery, professor, MD, PhD; *ORCID: 0000–0002–0556–0539*

Tatiyana E. Chernyshova, department of the d octor of general practice and internal diseases with the ambulance course of the FAT and PR, professor, MD, PhD; *ORCID: 0000–0002–6273–9439*

Marina K. Ivanova, head of chair of the department of microbiology and virology, professor, MD, PhD; *ORCID: 0000–0002–4989–4127*

Alina A. Zhuikova, department of faculty surgery, laboratory assistant; *ORCID: 0000–0002–6900–5040*

Summary

Aim: to study the quality of life and the emotional state of patients with chronic pancreatitis on the background of postoperative hypothyroidism and the possibility of effective rehabilitation.

Materials and methods. 270 patients with chronic pancreatitis were examined, among which 40 patients with primary postoperative hypothyroidism, who made up group 1, group 2 included 30 patients without thyroid pathology. Patients underwent a blood test according to the main biochemical parameters, hormonal blood count, ultrasound of the thyroid gland, hepatobiliary and duodenal zone. The study of quality of life and psychoemotional state by tests.

Results In patients with chronic pacreatitis in combination with postoperative hypothyroidism among diseases of the hepatoduodenal zone, chronic non-calculous cholecystitis and non-alcoholic fatty liver disease were identified that are clinically characterized by abdominal pain syndrome according to the GSRS questionnaire. Patients revealed mild depressive state, high levels of personal and situational anxiety. The quality of life of patients was reduced both in physical and in psychological components, due to indicators of role-playing physical and emotional functioning. Against the background of treatment with a combination of succinate-containing drugs, the severity of depression, situational and personal anxiety decreased, and role functioning due to physical and emotional state, social functioning increased.

Conclusions: The use of combination therapy with sodium levothyroxine and ethylmethylhydroxypyridine succinate in patients with comorbid pathology during postoperative hypothyroidism improves the clinical picture, psychoemotional balance and quality of life.

Keywords: postoperative hypothyroidism, chronic pancreatitis, quality of life

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Коморбидность – существование 2 и/или более синдромов или заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них, широко представленных среди многих групп пациентов. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих острых и хронических заболеваний многогранно и индивидуально и должно учитываться при предоперационной подготовке, мониторинге состояния больного во время операции и в послеоперационный период [1].

Гипотиреоз является закономерным исходом большинства оперативных вмешательств на щитовидной железе.

На фоне первичного гипотиреоза в *Название лечебного учреждения* ежегодно проводятся

операции пациентам с патологией гепатопанкреатодуоденальной системы: 20 человек – холецистэктомия, 12 человек – некрсеквестэктомия, 9 человек – консервативное лечение язвы двенадцатиперстной кишки.

Рядом авторов указывается на наличие связи патологических изменений в поджелудочной железе и щитовидной железе [2, 3].

Дисфункция поджелудочной железы встречается у 64,1% больных с некомпенсированным первичным гипотиреозом и усугубляется по мере увеличения степени декомпенсации гипотиреоза [3].

По мнению ряда авторов, не смотря на компенсацию гипотиреоза, достигнутую применением заместительной гормональной терапии, у ряда пациентов сохраняются жалобы, характерные для снижения функции щитовидной железы. Наличие подобных жалоб несомненно будет влиять на самочувствие и качество жизни больных [4].

Этилметилгидроксипиридина сукцинат обладает стресспротекторным, антиамнестическим, гиполипидемическим, антиоксидантным, антигипоксическим, противосудорожным, мембраностабилизирующим, ноотропным, транквилизирующим, селективным анксиолитическим действием, положительно воздействует на дисфункцию эндотелия, имеющую место при гипотиреозе [5–8].

Цель исследования: изучить качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов с хроническим панкреатитом на фоне послеоперационного гипотиреоза и возможности эффективной реабилитации.

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование 270 пациентов с хроническим панкреатитом, находящихся на амбулаторном лечении. Среди них выявлено 40 пациентов с первичным послеоперационным гипотиреозом, которые составили группу 1, в группу 2 включены 30 пациентов без патологии щитовидной железы. Средний возраст в группе 1 составил 54,9±13,9 года. Длительность гипотиреоза колебалась от 6 месяцев до 30 лет (12,9±8,9 лет). Все пациенты данной группы получали заместительную гормональную терапию препаратами тиреоидных гормонов. Средняя доза левотироксина натрия – 92,5±33,2 мкг/сут. Компенсация гипотиреоза наблюдалась у 11 пациентов – 27,5%, уровень ТТГ составил 2,2±1,2 мМЕ/л. Декомпенсированный гипотиреоз выявлен у 25 человек – 62,5% (ТТГ 18,4±29,8 мМЕ/л), у 4 человек выявлена медикаментозная передозировка – 10% (ТТГ 0,02±0,03 мМЕ/л). Средний возраст в группе 2 составил 44,9±9,5 года. Всем пациентам проводились клинический и биохимический анализы крови, иммуноферментный анализ крови на ТТГ и свободный Т4 для оценки компенсации гипотиреоза, УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости. Все пациенты были опрошены по шкале оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). По результатам анкетирования выявляются следующие синдромы: AP – синдром абдоминальной боли, RS – рефлюксный синдром, IS – диспептический синдром, DS – диарейный синдром, CS – констипационный синдром. Оценка качества жизни осуществлялась по опроснику SF-36. Были изучены следующие параметры, измеряемые в баллах: физическое функционирование (physical functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (role-physicalfunctioning – RP), интенсивность боли (bodilypain – BP), общее состояние здоровья (general health – GH), жизненная активность (vitality – VT), социальное функционирование (socialfunctioning – SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (role emotional – RE), психическое здоровье (mental health – MH). Состояние психического здоровья уточнялось по показателям наличия и уровня депрессии с помощью теста Зунга, ситуативной и личностной тревожности – теста Спилбергера-Ханина, уровня агрессии – теста Басса-Дарки.

Больные из 1 группы, имеющие хронический панкреатит в сочетании с послеоперационным гипотиреозом разделены на 2 подгруппы: группа наблюдения (20 человек), в которой помимо левотироксина натрия назначен этилметилгидроксипиридина сукцинат внутривенно капельно 250 мг в сутки в течение 10 дней, затем в первые 3 дня 250 мг 1 раз в день внутрь, далее 250 мг 3 раза в день; группа сравнения (20 человек), где пациенты получали только левотироксин натрия по уровню ТТГ.

Методы статистического анализа данных:

Обработка полученных данных была произведена с помощью пакета программStatistica 10 компании StatSoft. Анализ данных производился с помощью линейной описательной статистики с исчислением стандартной ошибки средних. Достоверность различий независимых групп количественных переменных вычислена непараметрическим методом с использованием критерия Манна-Уитни. Анализ корреляции переменных произведен по методу Спирмена (ранговая корреляция). За уровень статистической значимости принят $p<0,05$. Абсолютные величины представлены в виде средней±стандартная ошибка средней (M±2m).

Результаты

При сравнении спектра заболеваний гепатодуоденальнопанкреатической зоны у обследованных пациентов с хроническим пакреатитом в сочетании с послеоперационным гипотиреозом чаще, чем у пациентов без нарушения функции щитовидной железы выявлены хронический некалькулезный холецистит инеалкогольная жировая болезнь печени.

Сложно недооценить влияние тиреоидных гормонов на обмен липидов, а также наличие корреляции между дислипидемией и неалкогольной жировой болезнью печени.

В результате анкетирования по опроснику GSRS абдоминальная боль сильнее выражена в группе пациентов с хроническим панкреатитом и послеоперационным гипотиреозом (*табл. 2*).

По данным биохимического анализа крови у пациентов группы 1 выявлены значительные нарушения липидного обмена (повышение уровня общего холестерина и ЛПНП) по сравнению с пациентами из группы 2 (*табл. 3*).

Уровень агрессии, враждебности и УАМ практически не отличался в группе 1 и 2 (*табл. 4*).

Среди пациентов с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкреатитом у 14 человек (35,0%) отсутствовали симптомы депрессии, у 19 больных (47,5%) выявлялись признаки легкой депрессии, у 7 человек (17,5%) – умеренная депрессия. Средний балл составил 59,7 ± 2,7, что показывает легкую депрессию. Во второй группе пациентов с послеоперационным гипотиреозом у 14 человек (46,7%) депрессии не выявлено, 13 пациентов (43,3%) отметили легкую депрессию, умеренная – у 3 больных (10,0%). Средний балл составил 42,9 ± 2,9, что характеризуется отсутствием депрессии.

При анализе результатов тестирования на уровень тревожности по опроснику Спилбергера–Ханина у пациентов из первой группы среднее значение ситуативной тревожности (СТ) составило 51,6 ± 1,9 баллов, что относится к высокому уровню тревожности (более 45 баллов). У больных из 2 группы отмечался умеренный уровень тревожности, составив 42,2 ± 1,8 баллов.

У пациентов из группы 1 низкая реактивная тревожность не выявлена, умеренная тревожность определялась у 7 больных (17,5%), высокая тревожность – у 33 больных (82,5%). У пациентов группы 2 также не встречался низкий уровень реактивной

Таблица 1
Распространенность заболеваний гепатобилиарной системы n (% ± 2m)

Table 1
Prevalence of hepatobiliary system diseases n (% ± 2m)

Заболевание	Группа 1 n=40	Группа 2 n=30	p
Желчнокаменная болезнь	17 (42,5±4,1)	12 (40,0 ± 3,4)	0,44
Хронический холецистит	31 (77,5 ± 6,9)	16 (53,3 ± 4,8)	**0,006**
Неалкогольная жировая болезнь печени	34 (85,0 ± 7,8)	17 (56,7 ± 4,7)	**0,001**
Функциональное расстройство желчного пузыря	10 (25,0 ± 2,8)	8 (26,7 ± 2,1)	0,55

Таблица 2
Оценка клинических синдромов по опроснику GSRSM ± 2m

Примечание:
* DS – диарейный синдром, IS – диспепсический синдром, CS – констипационный синдром, AP – синдром абдоминальной боли, RS – рефлюксный синдром.

Table 2
GSRS Clinical Syndrome Assessment M ± 2m

Показатели	Группа 1	Группа 2	p
DS	10,3 ± 0,7	9,8 ± 1,0	0,15
IS	13,6 ± 0,8	10,3 ± 0,8	0,22
CS	12,4 ± 1,1	10,6 ± 0,5	0,59
AP	18,9 ± 1,6	10,2 ± 1,5	**0,03**
RS	8,1 ± 0,8	9,9 ± 1,0	0,41
Общий балл	61,6 ± 2,4	58,9 ± 3,4	0,23

Таблица 3
Данные биохимического анализа крови M ± 2m

Table 3
Biochemical blood testdataM ± 2m

Показатели	Группа 1 n =40	Группа 2 n =30	p
Общий белок, г/л	65,2 ± 2,7	71,3 ± 2,4	0,42
Альбумин, г/л	37,3 ± 2,0	38,1 ± 2,1	0,63
Общий холестерин, ммоль/л	7,1 ± 0,8	3,1 ± 0,3	**0,003**
Триглицериды, ммоль/л	2,9 ± 0,4	2,8 ± 0,4	0,15
ЛПВП, ммоль/л	1,2 ± 0,1	1,1 ± 0,1	0,18
ЛПНП, ммоль/л	4,2 ± 0,3	1,4 ± 0,2	**0,006**
АСТ, Ед/л	30,4 ± 4,3	30,4 ± 3,2	0,53
АЛТ, Ед/л	29,3 ± 3,9	28,4 ± 2,9	0,75
ЩФ, Ед/л	269,8 ± 14,4	264,1 ± 16,4	0,23
Билирубин, мкмоль/л	22,3 ± 2,4	23,3 ± 1,9	0,77
α-амилаза, Ед/л	89,7 ± 11,8	107,7 ± 10,9	0,54

Таблица 4
Сравнительная характеристика психоэмоционального статусаM ± 2m

Table 4
Comparative characteristics o fpsycho-emotional statusM ± 2m

Баллы	Группа 1 n=40	Группа 2 n = 30	p
Агрессия	17,9 ± 1,6	17,2 ± 1,9	0,09
Враждебность	11,6 ± 0,6	11,3 ± 0,8	0,63
УАМ	20,9 ± 1,7	19,3 ± 2,2	0,19
Депрессия	59,7 ± 2,7	42,9 ± 2,9	**0,04**
Ситуативная тревожность	51,6 ± 1,9	42,2 ± 1,8	0,21
Личностная тревожность	53,8 ± 1,8	54,8 ± 2,3	0,23

Показатели	Группа 1 n=40	Группа 2 n = 30	p
PF	63,2 ± 6,2	59,3 ± 6,1	0,55
RP	16,2 ± 8,6	36,7 ± 9,6	**0,03**
BP	48,0 ± 4,0	47,6 ± 5,3	0,30
GH	45,0 ± 5,3	35,4 ± 4,9	0,28
VT	46,2 ± 4,3	48,3 ± 4,8	0,47
SF	63,9 ± 5,9	67,9 ± 6,0	0,65
RE	30,3 ± 10,7	63,1 ± 12,2	**0,04**
MH	56,9 ± 3,7	55,4 ± 4,5	0,55

Таблица 5
Сравнительная характеристика качества жизни% ± 2m

Примечание:
* PF (physical functioning) – физическое функционирование, RP (role-physicalfunctioning) – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP (bodilypain) – интенсивность боли, GH (general health) – общее состояние здоровья, VT (vitality) – жизненная активность, SF (socialfunctioning) – социальное функционирование, RE (role emotional) – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH (mental health) – психическое здоровье.

Table 5
Comparative characteristic of quality of life% ± 2m

Показатели балл	До лечения n = 20	После лечения n = 20	p
Агрессия	17,4 ± 6,4	12,1 ± 5,9	0,12
Враждебность	14,8 ± 4,7	10,0 ± 5,5	0,75
УАМ	24,4 ± 9,9	17,3 ± 8,3	0,63
Депрессия	56,2 ± 7,8	29,2 ± 6,1	**0,007**
Ситуативная тревожность	55,9 ± 11,7	30,5 ± 8,3	**0,003**
Личностная тревожность	47,9 ± 10,0	32,6 ± 7,5	**0,009**

Таблица 6
Оценка психоэмоционального статуса пациентов в группе наблюдения до и через 1 месяц после лечения M ± 2m

Table 6
Assessment of the psychoemotional status of patients in the observation group before and 1 month after treatmentM ± 2m

тревожности, умеренная тревожность регистрировалась у 6 пациентов (20,0%), высокая тревожность – у 24 пациентов (80,0%).

Личностная тревожность по шкале Спилбергера–Ханина среди пациентов из группы 1 составила 53,8 ± 1,8баллов, что соответствует высокому уровню тревожности, в группе 2 гипотиреозом – 54,8 ± 2,3балла, что также соответствует высокой личностной тревожности.

В группе пациентов первой группы у 6 пациентов (15,0%) регистрировалась умеренная личностная тревожность, у 34 пациентов (85,0%) – высокая. У пациентов второй группы умеренная личностная тревожность выявлена у 7 больных (23,3%), высокая – у 23 больных (76,7%).

Таким образом, у пациентов с хроническим панкреатитом при гипотиреозе преобладало легкое депрессивное состояние и высокие уровни личностной и ситуационной тревожности, в отличие от пациентов без нарушения функции щитовидной железы, которые характеризовались отсутствием депрессии на фоне высокой реактивной и личностной тревожности.

При анализе общих шкал опросника SF-36 установлено, что суммарный физический компонент у пациентов обоих групп был ниже нормальных значений, в группе 1 составил 39,3 ± 5,6, в группе 2–45,1 ± 5,8. Снижение общего физического компонента у пациентов с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкреатитом за счет показателя ролевого физического функционирования. Суммарный психологический компонент у пациентов в группе 1 составил 48,9 ± 3,8, у пациентов в группе 2–57,8 ± 5,2. Снижение общего психологического компонента у пациентов с послеоперационным гипотиреозоми хроническим панкреатитом за счет показателя ролевого эмоционального функционирования.

Таким образом, качество жизни у пациентов с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкреатитом существеннониже, чем у пациентов без нарушения функции щитовидной железы. Пациенты группы 1 имели большие затруднения в повседневной деятельности из-за физического и эмоционального состояния, обусловленного наличием коморбидной патологии.

При сравнении исходных показателей в группе сравнения и наблюдения достоверных различий выявлено не было. Обе группы сопоставимы по базовым биохимическим параметрам, уровню ТТГ.

На фоне проводимого лечения комбинацией сукцинатсодержащих препаратов выявлена положительная динамика в коррекции психоэмоционального статуса пациентов группы наблюдения. Статистически значимо уменьшилась выраженность депрессии, ситуативной и личностной тревожности.

Улучшилось качество жизни пациентов в группе наблюдения через 1 месяц после лечения по сравнению с исходными данными по данным теста SF-36: ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, социальное функционирование.

В группе сравнения на фоне терапии левотироксином натрия выраженного улучшения психоэмоционального состояния не отмечено. Качество жизни улучшилось только по показателю ролевого эмоционального функционирования (p=0,001).

Выявление хронического панкреатита при послеоперационном гипотиреозе гипотиреозе возможно связано с нарушением липидного обмена, что является причиной дисфункции эндотелия, в результате чего происходит нарушение микроциркуляции в ткани поджелудочной железы. После чего запускаются процессы перекисного окисления липидов, что ведет к повреждению клеток поджелудочной железы и усугублению процессов воспаления в ткани.

С другой стороны, такие нозологические формы, как холецистит, панкреатит и другие нозологии зачастую возникают, или обостряются после тяжелых стрессовых ситуаций таких, как оперативное вмешательство по поводу различных заболеваний щитовидной железы, ведущих к снижению ее функции.

Таблица 7
Оценка качества жизни пациентов в группе наблюдения до и через 1 месяц после лечения% ± 2m

Примечание:
* PF (physical functioning) – физическое функционирование, RP (role-physicalfunctioning) – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP (bodilypain) –интенсивность боли, GH (general health) – общее состояние здоровья, VT (vitality) – жизненная активность, SF (socialfunctioning) – социальное функционирование, RE (role emotional) – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH (mental health) – психическое здоровье.

Table 7
Assessment of the quality of life of patients in the observation group before and 1 month after treatment% ± 2m

Показатели	До лечения n = 20	После лечения n =20	p
PF	59,8 ± 4,7	63,8 ± 5,7	0,82
RP	15,7 ± 3,2	30,8 ± 3,0	**0,01**
BP	48,4 ± 3,6	54,5 ± 4,2	0,54
GH	42,7 ± 3,9	52,5 ± 4,1	0,21
VT	46,2 ± 3,6	54,8 ± 4,3	0,32
SF	56,3 ± 4,8	73,7 ± 7,5	**0,02**
RE	27,2 ± 3,1	45,0 ± 3,5	**0,002**
MH	53,6 ± 4,2	67,8 ± 5,6	0,41

Повышение качества жизни является одной из важнейших задач медицины при лечении не только хронических системных заболеваний, но и тяжелых острых патологий. Качество жизни определяется не только внешними условиями, но и внутренним восприятием пациента. Создаваемые для больных, перенесших оперативное вмешательство, условия предусматривают широкое внедрение в реабилитационные программы пациентов восстановительного лечения.

Вероятно, что полученные результаты связаны непосредственно с метаболическим, иммуномодуляторным, антиишемическим и антиоксидантным действием этилметилгидроксипиридина сукцината. Нельзя исключить, что этилметилгидроксипиридина сукцинат положительно влияет на восстановление гормонального статуса, что подтверждается данными морфометрической оценки функционального состояния фолликулярного эпителия щитовидной железы в исследовании Аюшевой С. Ц.

Применение этилметилгидроксипиридина сукцината в комплексной терапии способствует улучшению липидного обмена, уменьшению выраженности эндотелиальной дисфункции в виде снижения количества эндотелиоцитов и уровня протромбина и фибриногена, что может способствовать улучшению микроциркуляции. Этилметилгидроксипиридина сукцинат улучшает гепатотропную функцию печени, характеризующуюся снижением уровня трансаминаз.

Заключение

Хронический панкреатит нередко сочетается дисфункцией щитовидной железы. Чаще всего у пациентов с хроническим панкреатитом вне зависимости от наличия гипотиреоза встречался хронический холецистит и неалкогольная жировая болезнь печени.

Биохимические показатели липидного обмена, а именно общий холестерин, ЛПНП были достоверно выше у пациентов с хроническим панкреатитом и послеоперационным гипотиреозом.

Пациенты с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкретитом статистически значимо чаще предъявляли жалобы, связанные с синдромом абдоминальной боли по результатам теста GSRS.

Коморбидные пациенты достоверно чаще отмечали симптомы депрессии, в отличие от пациентов, имеющих только хронический панкреатит. Вне зависимости от нарушения функции щитовидной железы все обследованные пациенты отмечали высокие уровни реактивной и личностной тревожности.

Качество жизни пациентов с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкреатитом хуже, чем у пациентов без нарушения функции щитовидной железы по показателям ролевого эмоционального и физического функционирования.

Применение этилметилгидроксипиридина сукцината в сочетании с левотироксином натрия у пациентов с послеоперационным гипотиреозом и хроническим панкреатитом значительно улучшает психоэмоциональное состояние и качество жизни, что положительно влияет на эффективную реабилитацию пациентов.

Литература | References

1. Sharabchiev, Yu.T., Antipov V. V., Antipova S. I. [Comorbidity is an actual scientific and practical problem of the 21st century medicine]. *Medicinskie novosti* [Medical news], 2014, no 8 (239), pp. 6–11. (in Russ).

Шарабчиев, Ю. Т. Коморбидность – актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века / Ю. Т. Шарабчиев, В. В. Антипов, С. И. Антипова // Медицинские новости. – 2014. – № 8 (239). С. 6–11.

2. Konopleva T.N. [The defeat of the digestive system in diseases of the thyroid gland] *Detskaya gastroenterologiya i problemy pediatrii: vchera, segodnya, zavtra,* 1999, no 3, pp. 97–98. (in Russ).

Коноплева, Т. Н. Поражение органов пищеварения при заболеваниях щитовидной железы / Т. Н. Коноплева // Детская гастроэнтерология и проблемы педиатрии: вчера, сегодня, завтра. – 1999. – № 3. – С. 97–98.

3. Baryshnikova O. V. Clinical and functional characteristics of the state of the pancreas in hypothyroidism: Dissertation abstract for the degree of candidate of medical sciences. – Perm', 2013. – 22s. (in Russ).

Барышникова, О. В. Клинико-функциональная характеристика состояния поджелудочной железы при гипотиреозе: Автореф. дис.канд.мед наук. – Пермь, 2013. – 22с.

4. Rack S.K., Makela E. H. Hypothyroidism and depression: a therapeutic challenge. *Ann Pharmacother.* 2000. Vol. 34(10), pp. 1142-1145. doi:10.1345/aph.10022.

5. Voronina T.A. [Antioxidant Mexidol. Main effects and mechanism of action]. *Psihofarmakologiya i biologicheskaya narkologiya* [Psychopharmacology and Biological Narcology], 2001, no. 1, pp. 2012. (in Russ).

Воронина, Т. А. Антиоксидант мексидол. Основные эффекты и механизм действия / Т. А. Воронина // Психофармакология и биологическая наркология. – 2001. – № 1. – С. 2012.

6. Drozdova T.V., Fit'mova O.A., Fit'mova A.A. [The role of Mexidol in the treatment of moderate cognitive disorders in the manifestation of chronic cerebrovascular insufficiency]. *Farmateka* [Pharmateca], 2012, no. 14 (247), pp. 97–103. (in Russ).

Дроздова, Т. В. Роль Мексидола в терапии умеренных когнитивных расстройств в рамках проявления хронической недостаточности мозгового кровообращени / Т. В. Дроздова, О. А. Фитьмова, А. А. Фитьмова // Фарматека. – 2012. – № 14 (247). С. 97–103.

7. Mazurov V.I., Bolotova M. E. [The role and place of Mexidol in the treatment of metabolic syndrome] *RMZh* [Russian medical journal], 2008, no. 15 (325), pp. 19–26.

Мазуров, В. И. Роль и место мексидола в лечении метаболического синдрома / В. И. Мазуров, М. Е. Болотова // РМЖ. – 2008. Т. XVI, № 15 (325). – С. 19–26.

8. Chefranov Zh. Yu., Makotrova T. A. [Mexidol in the complex therapy of ischemic stroke against the background of alcohol intoxication] *Byulleten' eksperimental'noj biologii i mediciny* [Bulletin of Experimental Biology and Medicine], 2012, no. 1, pp. 73–76.

Чефранов Ж. Ю. Мексидол в комплексной терапии ишемического инсульта на фоне алкогольной интоксикации / Ж. Ю. Чефранов, Т. А. Макотрова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2012. – Прил. 1. – С. 73–76.