

Качество жизни пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с различным тиреоидным статусом

Е. В. Черняева¹, А. Е. Шкляев²

¹БУЗ Удмуртской Республики «Городская клиническая больница № 9» Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучить качество жизни и психоэмоциональный статус пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне первичного гипотиреоза в процессе применения этилметилгидроксипиридина сукцината.

Материалы и методы. Обследовано 111 пациентов с неалкогольной жировой печенью, среди них 35 человек без дисфункции щитовидной железы, 55 – с компенсированным первичным гипотиреозом, 21 – с декомпенсированным гипотиреозом. Пациентам проведены общеклинический, биохимический, иммуноферментный анализы крови, инструментальные исследования, тестирование по психологическим опросникам.

Результаты. При декомпенсации гипотиреоза выявлено достоверное повышение показателей депрессии, ситуативной и личностной тревожности в сравнении с пациентами без гипотиреоза. Наличие гипотиреоза у обследуемых пациентов достоверно ухудшает данные показатели, приводя к повышению степени тревожности, с усугублением при декомпенсации гипотиреоза. В процессе комбинированного лечения этилметилгидроксипиридина сукцинатом отмечена положительная динамика психоэмоционального состояния пациентов: снизились проявления депрессии, ситуативной и личностной тревожности, выраженность диспепсического и рефлюксного синдромов.

Заключение. Гипотиреоз влияет как на психологическое, так и эмоциональное состояние, качество жизни пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, усугубляя степень депрессии, ситуативной и личностной тревожности. Добавление этилметилгидроксипиридина сукцината к стандартной терапии левотироксином натрия у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне гипотиреоза улучшает качество жизни, психоэмоциональное состояние.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: неалкогольная жировая болезнь печени, гипотиреоз, качество жизни, мексидол.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют, что данная работа, ее тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

Источники финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Quality of life of patients with non-alcoholic fatty liver disease with different thyroid status

E. V. Chernyadeva¹, A. E. Shklyayev²

¹City Clinical Hospital No. 9, Izhevsk, Russia

²Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

SUMMARY

The aim. To study the quality of life and psychoemotional state of patients with non-alcoholic fatty liver disease against the background of primary hypothyroidism during the use of ethylmethylhydroxypyridine succinate.

Materials and methods. 111 patients with non-alcoholic fatty liver were examined, among them 35 were without thyroid dysfunction, 55 with compensated primary hypothyroidism, 21 with decompensated hypothyroidism. The patients underwent general clinical, biochemical, enzyme-linked immunosorbent assays of blood, instrumental studies, testing according to psychological questionnaires.

Results. With decompensation of hypothyroidism, a statistically significant increase in indicators of depression, situational and personal anxiety was revealed in comparison with patients without hypothyroidism. The examined patients showed an increase in the level of situational and personal anxiety. The presence of hypothyroidism in the examined patients significantly worsens these indicators, leading to an increase in the degree of anxiety, aggravated by decompensation of hypothyroidism. A positive dynamic was revealed in the correction of the psychoemotional status of patients in the observation group during the complex treatment with ethylmethylhydroxypyridine succinate: the severity of depression, situational and personal anxiety, manifestations of dyspeptic and reflux syndromes decreased.

Conclusion. Hypothyroidism affects the quality of life and psycho-emotional state of patients with non-alcoholic fatty liver disease: it worsens the degree of depression, situational and personal anxiety. The addition of ethylmethylhydroxypyridine succinate to standard therapy with sodium levothyroxine in patients with non-alcoholic fatty liver disease in the setting of hypothyroidism improves the quality of life and psycho-emotional state.

KEY WORDS: non-alcoholic fatty liver disease, hypothyroidism, quality of life, mexidol.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that this work, its theme, subject matter and content do not affect competing interest.

Sources of financing. The authors declare no funding for the study.

Список сокращений

ААТ – алааниминотрансфераза, АСТ – аспартатаминотрансфераза, ЛПНП – липопротеины низкой плотности, ЛПВП – липопротеины высокой плотности, НЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени, ТТГ – тиреотропный гормон, УАМ – условно агрессивная мотивация, УЗИ – ультразвуковое исследование, ЩФ – щелочная фосфатаза, ЭКГ – электрокардиограмма, АР – синдром абдоминальной боли, ВР – интенсивность боли, СС – конституционный синдром, ДС – диарейный синдром, ГН – общее состояние здоровья, ДС – диспепсический синдром, МН – психическое здоровье, РР – физическое функционирование, РЕ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, РР – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, РС – рефлюксный синдром, SF – социальное функционирование, VT – жизненная активность.

Неалкогольная жировая болезнь (НЖБП) печени является одной из актуальных проблем гепатологии и наиболее распространенным заболеванием печени, приводящим к снижению качества жизни и инвалидизации. Распространенность НЖБП варьирует в рамках 10–40% [1].

Коморбидность при НАЖБП обусловлена множественными метаболическими нарушениями, такими как инсулинорезистентность, атерогенная дислипидемия, артериальная гипертензия, метаболический синдром, висцеральное ожирение [2], а также дисфункция эндотелия [3], что со-

проводятся нарушениями пищеварительной системы [4] и, на наш взгляд, существенно ухудшает качество жизни, психологическое и эмоциональное состояние пациентов. В ряде исследований отражена важность оценки качества жизни у пациентов с расстройствами пищеварительной системы с целью улучшения результатов терапии, а также качества оказания медицинской помощи [5, 6].

Сочетанное течение НЖБП и гипотиреоза нередко встречается в практике гастроэнтерологов, терапевтов и эндокринологов. При этом недостаток гормонов щитовидной железы приводит к дисгормональным и метаболическим нарушениям, в том числе к энцефалопатии [7]. Изучение психоэмоционального статуса совместно с качеством жизни пациентов, возможностями их коррекции является одним из неотъемлемых компонентов выработки тактики ведения коморбидных больных с НЖБП и первичным гипотиреозом.

Использование этилметилгидроксипиридина сукцината в терапии метаболического синдрома, в том числе у пациентов с НЖБП, способствует улучшению микроциркуляции [8], что в совокупности с нейротропным и цитопроективным действием, на наш взгляд, позволяет применять данный препарат для коррекции психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов.

Цель исследования: изучить качество жизни и психоэмоциональный статус пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне первичного гипотиреоза в процессе применения этилметилгидроксипиридина сукцината.

Материалы и методы

С целью изучения качества жизни и психоэмоционального статуса у больных с НЖБП сплошным методом обследовано 166 пациентов. С учетом критериев включения и исключения было выбрано 35 пациентов без нарушения функции щитовидной железы (первая группа), 55 пациентов с первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации ($\text{TТГ} = 1,9 \pm 0,4 \text{ мМЕ/л}$) (вторая группа), 21 пациент с первичным декомпенсированным гипотиреозом ($8,4 \pm 1,5 \text{ мМЕ/л}$) (третья группа). Все пациенты с первичным гипотиреозом получали гормональную заместительную терапию левотироксином натрия. Среди них было 9 мужчин и 67 женщин. Средний возраст обследуемых больных составил $55,8 \pm 16,4$ года.

Пациентам проведен клиничко-лабораторный комплекс исследований, состоящий из общеклинического, биохимического, иммуноферментного анализов крови, ультразвуковых исследований гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, щитовидной железы, ЭКГ.

Изучение качества жизни проводилось с помощью опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) с целью изучения качества жизни по следующим параметрам: диарейный синдром – DS, диспепсический синдром – IS, констипационный синдром – CS, синдром абдоминальной боли – AP, рефлюксный синдром – RS.

Также использовался опросник SF-36, исследованы следующие критерии: physical functioning – физическое функционирование; role-physical functioning – ролевое функ-

ционирование, обусловленное физическим состоянием; bodily pain – интенсивность боли; general health – общее состояние здоровья; vitality – жизненная активность; social functioning – социальное функционирование; role emotional – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; mental health – психическое здоровье.

Психоэмоциональное состояние оценивалось с помощью следующих тестов: для оценки депрессии – тест Зунга, определения уровня агрессии – тест Басса – Дарки, для выявления ситуативной и личностной тревожности – тест Спилбергера – Ханина.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программ Statistica 6.1 и StatPlus 2009 Professional 5.8.4. F-критерий Фишера использовался для оценки достоверного различия дисперсий признаков. В независимых выборках при оценке статистической достоверности различий (p) при нормальном распределении применялось сравнение средних (M) с помощью параметрических критериев (двухвыборочный t -критерий), при ненормальном распределении использовался U -критерий Манна-Уитни. В зависимых выборках при нормальном распределении – парный t -критерий, при ненормальном распределении – парный критерий Вилкоксона (T). При сравнении трех независимых выборок использовался критерий Краскела – Уоллиса.

Результаты

Выявлено, что наличие подавления личности, потенциала агрессии, уровни враждебности, агрессии, условно агрессивной мотивации (УАМ) достоверно не отличались во всех группах. Необходимо, однако, отметить, что имеется тенденция к повышению агрессии и враждебности у пациентов с гипотиреозом, независимо от его компенсации, по сравнению с пациентами без нарушения функции щитовидной железы.

При декомпенсации гипотиреоза выявлено статистически значимое увеличение показателей депрессии, ситуативной и личностной тревожности в сравнении с пациентами без гипотиреоза. Сохраняется тенденция к ухудшению показателей депрессии и тревожности при имеющемся компенсированном гипотиреозе у пациентов с НЖБП (табл. 1).

Среди пациентов без нарушения функции щитовидной железы средний балл по шкале депрессии был равен $34,4 \pm 4,3$, что показывает ее отсутствие. При этом у 2 (5,7%) человек выявлена умеренная депрессия, у 12 (34,3%) – признаки легкой депрессии, у 21 (60,0%) отсутствовали симптомы депрессии.

Во второй группе пациентов средний балл составил $59,3 \pm 6,4$, что свидетельствует о легкой депрессии. Среди них: умеренная депрессия у 6 (10,9%) человек, 27 (49,1%) продемонстрировали легкую депрессию, у 22 (40,0%) человек депрессии не обнаружено.

В группе декомпенсированного гипотиреоза средний балл равен $68,8 \pm 7,7$, что соответствует умеренной депрессии. У 13 (61,9%) больных выявлены признаки депрессии умеренной степени, у 4 (19,0%) – депрессия легкой степени, у 4 (19,0%) человек нет депрессии.

Таблица 1

Сравнительная характеристика психоэмоционального статуса пациентов в зависимости от функции щитовидной железы ($M \pm 2 m$)

Показатели	Без гипотиреоза	Гипотиреоз с ТТГ = 0,4–4,0 мМЕ/л, n = 55	Гипотиреоз с ТТГ > 4 мМЕ/л, n = 21	P
Агрессия	15,4 ± 2,2	19,4 ± 3,2	25,3 ± 5,6	0,12
Враждебность	10,4 ± 1,1	12,1 ± 1,4	15,7 ± 3,3	0,45
УАМ	16,4 ± 2,6	21,2 ± 3,5	25,9 ± 5,3	0,53
Депрессия	34,4 ± 4,3	59,3 ± 6,4	68,8 ± 7,7	0,01*
Ситуативная тревожность	34,7 ± 2,8	53,5 ± 3,0	61,0 ± 5,7	0,03*
Личностная тревожность	36,2 ± 3,0	56,4 ± 3,6	68,7 ± 5,9	0,01*

Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$) между сравниваемыми выборками.

Таблица 2

Сравнительная характеристика качества жизни пациентов в зависимости от функции щитовидной железы ($M \pm 2 m$)

Показатели	Без гипотиреоза, n = 35	Гипотиреоз с ТТГ = 0,4–4,0 мМЕ/л, n = 55	Гипотиреоз с ТТГ > 4 мМЕ/л, n = 21	P
PF	49,0 ± 8,8	39,3 ± 9,8	27,6 ± 9,2	0,008*
RP	35,8 ± 7,9	21,6 ± 14,1	19,0 ± 8,9	0,040*
BP	53,1 ± 5,6	45,2 ± 7,1	38,6 ± 9,1	0,450
GH	51,1 ± 6,7	29,1 ± 7,1	23,4 ± 6,9	0,003*
VT	43,9 ± 6,4	35,0 ± 7,1	31,0 ± 9,6	0,720
SF	65,5 ± 8,9	53,4 ± 8,3	50,1 ± 9,1	0,420
RE	36,8 ± 6,3	31,2 ± 7,2	29,4 ± 8,5	0,620
MN	57,5 ± 6,1	44,7 ± 5,9	29,2 ± 7,4	0,002*

Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$) между сравниваемыми выборками.

Таким образом, наличие депрессии и ее тяжесть у пациентов с НЖБП зависят от уровня ТТГ: у пациентов без нарушения функции щитовидной железы проявления депрессии не выявлено, симптомы легкой депрессии определяются при компенсации гипотиреоза, у пациентов с ТТГ выше 4 мМЕ/л – умеренная депрессия.

При определении уровня тревожности по результатам опросника Спилбергера – Ханина выявлено, что в группе пациентов без нарушения функции щитовидной железы средний показатель ситуативной тревожности (СТ) характеризуется умеренным уровнем тревожности – $34,7 \pm 2,8$ балла. В данной группе пациентов не выявлена низкая реактивная тревожность, у 22 (62,9%) больных – умеренная тревожность, у 13 больных (37,1%) – высокая тревожность. Пациенты с ТТГ выше 4 мМЕ/л характеризуются высоким уровнем тревожности – $53,5 \pm 3,0$ балла. Низкий уровень реактивной тревожности не выявлен у больных с компенсацией гипотиреоза, у 16 (29,1%) пациентов – умеренный уровень тревожности, у 39 (70,9%) пациентов – высокий уровень тревожности. В группе пациентов с декомпенсированным гипотиреозом отмечен еще более высокий уровень ситуативной тревожности – $61,0 \pm 5,7$ балла. У 5 (23,8%) больных – умеренный уровень, у 16 (76,2%) – высокий уровень тревожности, низкий уровень реактивной тревожности не выявлен.

По результатам заполнения опросника Спилбергера – Ханина личностная тревожность в группе пациентов без нарушения функции щитовидной железы характеризуется умеренным уровнем тревожности – $36,2 \pm 3,0$ балла, личностная тревожность низкого уровня не выявлена, у 29 (82,9%) – умеренная тревожность, высокая тревожность – у 6 (17,1%) больных. В группе с больными с компенсированным гипотиреозом выявлен высокий уровень личностной тревожности – $56,4 \pm 3,6$ балла. Низкий уровень личностной тревожности в данной группе больных не встречался, умеренная тревожность отмечена у 8 (14,5%) пациентов, высокая тревожность – у 47 (85,5%). В группе больных с декомпенсированным гипотиреозом аналогично выявлена личностная тревожность высокого уровня – $68,7 \pm 5,9$ балла. Личностная тревожность низкого уровня среди них не встречалась, тревожность умеренного уровня – у 4 (14,3%) больных, тревожность высокого уровня – у 18 (85,7%).

Таким образом, у пациентов с НЖБП отмечается повышение уровня ситуативной и личностной тревожности. Наличие гипотиреоза у обследуемых пациентов достоверно усугубляет данные показатели, приводя к повышению степени тревожности, с усугублением при декомпенсации гипотиреоза.

Анализ полученных при заполнении опросника SF-36 данных демонстрирует, что с повышением уровня ТТГ значительно снижается качество жизни по большинству показателей. У пациентов с НЖБП ряд показателей опросника не входят в рамки современных установленных норм здоровья (общие баллы шкал должны быть не менее 50) (табл. 2).

Уровень физического функционирования PF у пациентов с НЖБП без нарушения функции щитовидной железы статистически выше, чем у пациентов с декомпенсированным гипотиреозом ($p = 0,008$), что говорит о значительном ограничении физической активности из-за состояния здоровья у пациентов

с дисфункцией щитовидной железы. Физическое состояние пациентов с НЖБП ограничивает повседневную деятельность, о чем свидетельствует низкий показатель RP во всех обследованных группах, статистически значимо снижаясь в группе декомпенсированного гипотиреоза ($p = 0,04$).

Показатель общего состояния здоровья GH в группе пациентов с НЖБП с декомпенсацией гипотиреоза ниже, чем в других группах ($p = 0,003$), что говорит о существенном влиянии дефицита гормонов щитовидной железы на все органы и ткани. Кроме того, в группах пациентов с компенсированным и декомпенсированным гипотиреозом, в сравнении с группой без дисфункции щитовидной железы, выявлен низкий показатель психического здоровья MN, что свидетельствует о наличии тревожных, депрессивных переживаний, психоэмоциональном неблагополучии. Пациенты с НЖБП и декомпенсацией гипотиреоза имеют самый низкий показатель MN ($p = 0,002$). Таким образом, пациенты с НЖБП имеют суммарные показатели физического и психологического здоровья ниже нормы, ухудшающиеся с усугублением дисфункции щитовидной железы.

Состояние здоровья обследованных больных создает препятствия в их ежедневной деятельности, о чем свидетельствует снижение показателя физического компонента. Снижение физического компонента у пациентов из первой группы связано с низкими показателями ролевого функционирования и физического функционирования, обусловленного физическим здоровьем, во второй и третьей группах все показатели, составляющие данный компонент, были низкими (PF, RP, BP, GH). Снижение суммарного

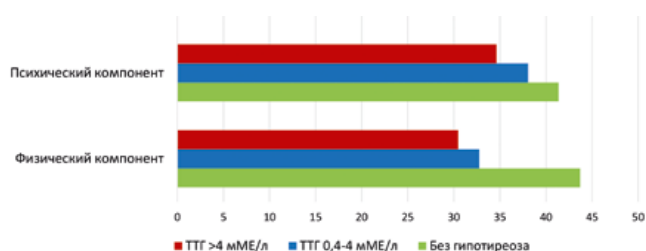


Рисунок 1. Показатели качества жизни у пациентов с НЖБП в зависимости от функции щитовидной железы.

Таблица 3
Оценка клинических синдромов у пациентов с НЖБП, по опроснику GSRS, в зависимости от функции щитовидной железы ($M \pm 2m$)

Показатели	Без гипотиреоза, n = 35	Гипотиреоз с ТТГ = 0,4–4,0 мМЕ/л, n = 55	Гипотиреоз с ТТГ > 4 мМЕ/л, n = 21	P
DS	6,4 ± 1,3	7,9 ± 1,9	8,6 ± 1,6	0,150
IS	7,6 ± 1,3	13,1 ± 1,1	14,1 ± 1,5	0,009*
CS	6,0 ± 1,6	11,1 ± 1,5	12,5 ± 2,0	0,005*
AP	4,3 ± 0,4	5,7 ± 0,9	6,0 ± 1,1	0,530
RS	5,8 ± 0,9	9,3 ± 1,3	9,5 ± 1,9	0,002*
Общий балл	30,8 ± 11,1	48,0 ± 11,8	49,3 ± 10,7	0,230

Примечание: * – достоверные различия ($p < 0,05$) между сравниваемыми выборками.

Таблица 4
Данные биохимического анализа крови в группах наблюдения и сравнения ($M \pm 2m$)

Показатели	Группа наблюдения, n = 62	Группа сравнения, n = 14	P
Общий белок, г/л	66,00 ± 2,20	63,80 ± 3,70	0,35
Альбумин, г/л	38,50 ± 1,90	35,10 ± 1,20	0,16
Общий холестерин, ммоль/л	6,20 ± 0,30	6,30 ± 0,50	0,12
Триглицериды, ммоль/л	3,00 ± 0,40	2,90 ± 0,60	0,11
ЛПВП, ммоль/л	1,40 ± 0,05	1,30 ± 0,08	0,78
ЛПНП, ммоль/л	4,20 ± 0,20	3,90 ± 0,50	0,22
АСТ, Ед/л	30,20 ± 3,30	34,10 ± 5,90	0,57
АЛТ, Ед/л	28,60 ± 1,20	29,30 ± 5,40	0,29
ЩФ, Ед/л	270,70 ± 14,70	260,60 ± 12,10	0,86
Общий билирубин, мкмоль/л	25,70 ± 1,50	21,40 ± 3,50	0,74
α-амилаза, Ед/л	95,10 ± 9,80	111,10 ± 15,90	0,32
ТТГ, мМЕ/л	7,90 ± 2,40	9,10 ± 5,11	0,44
Свободный Т4, пмоль/л	12,20 ± 0,80	12,60 ± 2,30	0,69

психического компонента у пациентов из первой группы связано со сниженными значениями жизненной активности и ролевого эмоционального функционирования, во второй – за счет показателей психического здоровья и ролевого эмоционального функционирования, в третьей группе – за счет показателей психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования, жизненной активности (рис. 1).

При анализе качества жизни по валидному опроснику GSRS установлено, что пациенты с НЖБП преимущественно проявляют жалобы, связанные с диспепсическим, констипационным и рефлюксным синдромами. Статистически значимо пациенты, имеющие гипотиреоз, независимо от его компенсации, чаще отмечали проявления данных синдромов (табл. 3).

Для исследования преимуществ комплексного лечения больных с НЖБП и первичным гипотиреозом обследованные пациенты были разделены на две группы в за-

висимости от вида терапии. Пациенты первой группы (наблюдения), состоящей из 62 больных, получали заместительную гормональную терапию левотироксином натрия, этилметилгидроксипиридина сукцинатом (мексидол). Мексидол применялся внутривенно капельно 250 мг в сутки в течение 10 дней с последующей терапией первые 3 дня 150 мг раз в день внутрь, затем 150 мг три раза в день. Пациенты во второй группе (сравнения), состоящей 14 человек, получали только заместительную гормональную терапию гипотиреоза левотироксином натрия, средняя доза левотироксина натрия составила $93,2 \pm 37,8$ мкг в сутки.

При сравнении исходных показателей анализов крови у пациентов групп наблюдения и сравнения достоверной разницы не выявлено, что говорит о сопоставимости групп по базовым биохимическим параметрам (табл. 4).

В процессе комбинированного лечения обнаружена положительная динамика в коррекции психоэмоционального статуса пациентов группы наблюдения: достоверно снизились выраженность ситуативной и личностной тревожности, депрессии. В группе наблюдения через месяц после лечения выявлено улучшение качества жизни по сравнению с исходными данными по ряду шкал теста SF-36: физическое и ролевое функционирование, жизненная активность, интенсивность боли, психическое здоровье, социальное функционирование. По опроснику GSRS больные в группе наблюдения после лечения значительно реже отмечали жалобы, связанные с диспепсическим и рефлюксным синдромами (табл. 5).

В группе сравнения отмечается уменьшение ситуативной тревожности и депрессии при коррекции дозы левотироксина натрия. За счет улучшения показателя ролевого эмоционального функционирования несколько повысилось качество жизни. По результатам опросника GSRS в группе сравнения не выявлено достоверных изменений показателей (табл. 6).

Улучшение состояния пациентов с НЖБП на фоне гипотиреоза в результате комбинированного лечения обусловлено нейропротекторным, антигипоксическим и антиишемическим действием мексидола [8]. Этилметилгидроксипиридина сукцинат улучшает метаболическую функцию печени, что отражается в улучшении показателей опросника GSRS. Кроме того, заместительная гормональная терапия приводит к компенсации гипотиреоза, что, безусловно, сказывается на самочувствии пациентов: происходит улучшение неврологических функций, снижение частоты и интенсивности жалоб, связанных со слабостью, утомляемостью, тревожностью, раздражительностью, подавленностью, изменение бытовой адаптации пациентов, повышается резистентность организма к воздействию стрессорных факторов.

Заключение

Таким образом, гипотиреоз существенно влияет на качество жизни пациентов с НЖБП: у пациентов без нарушения функции щитовидной железы депрессии не выявлено; при компенсации гипотиреоза – легкая депрессия; при декомпенсации – умеренная депрессия. Пациенты без дисфункции щитовидной железы характеризуются умеренной степенью ситуативной и личностной тревожности, у больных с гипотиреозом выявлен высокий уровень ситуативной и лич-

Таблица 5
Оценка качества жизни и психоэмоционального статуса пациентов
в группе наблюдения до и через месяц после лечения ($M \pm 2m$)

Показатели	До лечения, n = 62	После лечения, n = 62	p
Агрессия	17,4 ± 6,4	12,1 ± 5,9	0,120
Враждебность	14,8 ± 4,7	10,0 ± 5,5	0,750
УАМ	24,4 ± 9,9	17,3 ± 8,3	0,630
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*
PF	49,8 ± 4,7	59,8 ± 3,7	0,020*
RP	12,5 ± 7,2	30,8 ± 7,0	0,001*
BP	39,4 ± 3,6	54,5 ± 4,2	0,040*
GH	42,7 ± 3,9	52,5 ± 3,1	0,210
VT	40,2 ± 3,6	54,8 ± 2,8	0,001*
SF	58,3 ± 4,8	73,7 ± 3,5	0,010*
RE	27,2 ± 8,6	45,0 ± 7,5	0,090
MH	53,6 ± 3,2	67,8 ± 2,6	0,001*
DS	7,4 ± 3,3	6,4 ± 2,6	0,320
IS	13,4 ± 5,1	6,6 ± 4,1	0,001*
CS	11,7 ± 4,4	7,6 ± 5,6	0,060
AP	5,2 ± 5,0	3,1 ± 2,4	0,490
RS	8,0 ± 3,1	4,4 ± 2,5	0,002*

Примечание: * – достоверная динамика в процессе лечения ($p < 0,05$).

ностной тревожности. Пациенты с НЖБП преимущественно предъявляют жалобы, связанные с диспепсическим, констипационным и рефлюксным синдромами, у больных с гипотиреозом данные симптомы проявляются статистически значимо чаще. Показатели физического и психологического здоровья обследованных пациентов ниже нормы, они ухудшаются при прогрессировании дисфункции щитовидной железы. Добавление этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидола) к стандартной терапии левотироксином натрия у пациентов с НЖБП на фоне гипотиреоза достоверно улучшает результаты лечения: повышает качество жизни, улучшает психоэмоциональное состояние.

Список литературы / References

- Балукова Е.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: современное состояние проблемы. Е.В. Балукова, Н.В. Барышников, Л.Н. Белоусова. Фарматека. 2016. № 2 (315). С. 63–68.
- Балукова Е.В. Non-alcoholic fatty liver disease: current state of the problem. E. V. Balukova, N. V. Baryshnikova, L. N. Belousova. Pharmateca. 2016. No. 2 (315). P. 63–68.
- Лазебник Л.Б. Неалкогольная жировая болезнь печени у взрослых: клиника, диагностика, лечение. Рекомендации для терапевтов, третья версия. Л.Б. Лазебник, Е.В. Голованова, С.В. Туркина [и др.]. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. № 1 (185). С. 4–52. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-4-52.
- Лазебник Л.Б. Non-alcoholic fatty liver disease in adults: clinical picture, diagnosis, treatment. Recommendations for therapists, the third version. L.B. Lazebnik, E.V. Golovanova, S.V. Turkin [and others]. Experimental and clinical gastroenterology. 2021. No. 1 (185). P. 4–52. DOI: 10.31146. 1682–8658-ecg-185-1-4-52.
- Брус, Т.В. Эндотелиальная дисфункция при неалкогольной жировой болезни печени. Т.В. Брус, А.А. Кравцова. Детская медицина Северо-Запада. 2018. Т. 7. № 1. С. 47.

Сведения об авторах

Черняева Елена Вадимовна, врач-эндокринолог¹. E-mail: dr.korovkina@gmail.com. ORCID: 0000-0001-9049-5403

Шкляев Алексей Евгеньевич, д.м.н., проф., кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ректор². E-mail: shklyaevalakey@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4479-5080

¹БУЗ Удмуртской Республики «Городская клиническая больница № 9»

Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск

Автор для переписки: Черняева Елена Вадимовна. E-mail: dr.korovkina@gmail.com

Для цитирования: Черняева Е.В., Шкляев А.Е. Качество жизни пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с различным тиреоидным статусом. Медицинский алфавит. 2021; (35): 57–61. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-35-57-61>

Таблица 6
Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов
в группе сравнения до и через 1 месяц после лечения ($M \pm 2m$)

Показатели	До лечения, n = 14	После лечения, n = 14	p
Агрессия	18,2 ± 6,4	14,3 ± 5,9	0,120
Враждебность	11,7 ± 4,7	9,0 ± 5,5	0,750
УАМ	19,1 ± 9,9	17,1 ± 8,3	0,630
Депрессия	52,7 ± 7,8	29,1 ± 6,1	0,001*
Ситуативная тревожность	57,9 ± 11,7	30,5 ± 8,3	0,002*
Личностная тревожность	55,1 ± 10,0	43,2 ± 7,5	0,880
PF	53,6 ± 4,7	44,7 ± 3,7	0,350
RP	50,8 ± 7,2	59,2 ± 7,0	0,430
BP	38,6 ± 3,6	50,3 ± 4,2	0,590
GH	36,0 ± 3,9	48,4 ± 3,1	0,201
VT	32,6 ± 3,6	45,5 ± 2,8	0,730
SF	56,8 ± 4,8	66,3 ± 3,5	0,290
RE	26,8 ± 8,6	54,4 ± 7,5	0,009*
MH	53,5 ± 3,2	61,5 ± 2,6	0,560
DS	7,2 ± 3,2	5,5 ± 2,6	0,280
IS	12,3 ± 6,2	10,4 ± 4,4	0,310
CS	10,6 ± 5,1	8,6 ± 4,9	0,760
AP	6,3 ± 3,5	4,5 ± 3,1	0,390
RS	9,1 ± 4,2	6,5 ± 4,8	0,220

Примечание: * – достоверная динамика в процессе лечения ($p < 0,05$).

Brus T. V. Endothelial dysfunction in non-alcoholic fatty liver disease. T. V. Brus, A. A. Kravцова. Children's medicine of the North-West. 2018. V. 7. No. 1. P. 47.

4. Вахрушев Я.М. Комплексная оценка функционального состояния тонкой кишки у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени. Я.М. Вахрушев, А.П. Лукашевич. Архив внутренней медицины. 2020. Т. 10. № 6 (56). С. 468–474.

Vakhrushev Ya. M. Assessment of the functional state of the small intestine in patients with non-alcoholic fatty liver disease. Ya. M. Vakhrushev, A. P. Lukashevich. The Russian Archives of Internal Medicine. 2020. V. 10. No. 6 (56). P. 468–474.

5. Шкляев А.Е. Динамика качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника в процессе медикаментозной и немедикаментозной терапии. А.Е. Шкляев, А.С. Пантюхина, Ю.В. Горбунов. Архив внутренней медицины. 2015. № 2 (22). С. 45–48. Shklyayev A. E. Dynamics of the quality of life of patients with the syndrome irritable bowel during drug and non-drug therapy. A. E. Shklyayev, A. S. Pantjuhina, Yu. V. Gorbunov. The Russian Archives of Internal Medicine. 2015. No. 2 (22). P. 45–48.

6. Шкляев А.Е. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника. А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов. Архив внутренней медицины. 2016. № 4. С. 53–57.

Shklyayev A. E. The use of specific and non-specific questionnaires to assess the quality of life of patients with functional disorders of intestine. A. E. Shklyayev, Yu. V. Gorbunov. The Russian Archives of Internal Medicine. 2016. No. 4. P. 53–57.

7. Никонорова И.В. Гипотиреоз и его влияние на развитие дисциркуляторной энцефалопатии. И.В. Никонорова, О.А. Козырев. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. Т. 17. № 4. С. 80–84.

Nikonorova I. V. Hypothyroidism and its influence on the development of discirculatory encephalopathy. I. V. Nikonorova, O. A. Kozyrev. Bulletin of Smolensk State Medical Academy. 2018. V. 17. No. 4. P. 80–84.

8. Мазуров В.И. Роль и место Мексидола в лечении метаболического синдрома. В.И. Мазуров, М.Е. Болотова. РМЖ Эндокринология. 2008. Т. 16. № 15. С. 1024–1027.

Mazurov V. I. The role and place of Mexidal in the treatment of metabolic syndrome. V. I. Mazurov, M. E. Bolotova. Russian Medical Journal Endocrinology. 2008. V. 16. No. 15. P. 1024–1027.

Статья поступила / Received 19.10.2021

Получена после рецензирования / Revised 05.11.2021

Принята в печать / Accepted 08.11.2021

About authors

Chernyadeva Elena V., endocrinologist¹. E-mail: dr.korovkina@gmail.com. ORCID: 0000-0001-9049-5403

Shklyayev Alexei E., DM Sci (habil.), professor at Dept of Faculty Therapy with Courses of Endocrinology and Hematology, rector². E-mail: shklyaevalakey@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4479-5080

¹City Clinical Hospital No. 9, Izhevsk, Russia

²Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Corresponding author: Chernyadeva Elena V. E-mail: dr.korovkina@gmail.com

For citation: Chernyadeva E. V., Shklyayev A. E. Quality of life of patients with non-alcoholic fatty liver disease with different thyroid status. Medical alphabet. 2021; (35): 57–61. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-35-57-61>