

# Медико-биологические проблемы жизнедеятельности

Научно-практический рецензируемый журнал

№ 2(6)

2011 г.

## Учредитель

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-  
практический центр  
радиационной медицины  
и экологии человека»

Журнал включен в Перечень  
научных изданий Респуб-  
лики Беларусь для опубликова-  
ния диссертационных иссле-  
дований по медицинской и  
биологической отраслям науки  
(31.12.2009, протокол 25/1)

## Журнал зарегистрирован

Министерством информации  
Республики Беларусь,  
Свид. № 762 от 6.11.2009

Компьютерная верстка  
А.А. Гурин

Подписано в печать 22.09.11.  
Формат 60×90/8. Бумага офсетная.  
Гарнитура «Times New Roman».  
Печать цифровая. Тираж 155 экз.  
Усл. печ. л. 16,75. Уч.-изд. л. 11,9.  
Зак. 938.

Издатель ГУ «Республиканский  
научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии  
человека»  
ЛИ № 0230/0131895 от 3.01.2007 г.

Отпечатано в Филиале БОРБИЦ  
РНИУП «Институт радиологии».  
220112, г. Минск,  
ул. Шпилевского, 59, помещение 7Н

ISSN 2074-2088

## Главный редактор

В.П. Сытый (д.м.н., профессор)

## Редакционная коллегия

В.С. Аверин (д.б.н., зам. гл. редактора), В.В. Аничкин (д.м.н., профессор), В.Н. Беляковский (д.м.н., профессор), Ю.В. Висенберг (к.б.н., отв. секретарь), Н.Г. Власова (к.б.н., доцент), А.В. Величко (к.м.н., доцент), В.М. Дорофеев (к.м.н., доцент), В.В. Евсеенко (к.п.с.н.), А.В. Коротаев А.В. (к.м.н.), Н.Б. Кривелевич (к.м.н.), А.Н. Лызикив (д.м.н., профессор), А.В. Макарович (к.м.н.), С.Б. Мельнов (д.б.н., профессор), Э.А. Надыров (к.м.н., доцент), Э.Н. Платошкин (к.м.н., доцент), А.В. Рожко (к.м.н., доцент), Г.Н. Романов (к.м.н.), А.М. Скрябин (к.м.н.), А.Е. Силин (к.б.н.), А.Н. Стожаров (д.б.н., профессор), О.В. Черныш (к.м.н.), Н.И. Шевченко (к.б.н.), А.Н. Цуканов (к.м.н.)

## Редакционный совет

С.С. Алексанин (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), А.Ю. Бушманов (д.м.н., профессор, Москва), И.И. Дедов (д.м.н., академик РАМН, Москва), Ю.Е. Демидчик (д.м.н., член-корреспондент НАН РБ, Минск), М.П. Захарченко (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), Л.А. Ильин (д.м.н., академик РАМН, Москва), Я.Э. Кенигсберг (д.б.н., профессор, Минск), К.В. Котенко (д.м.н., профессор, Москва), В.Ю. Кравцов (д.б.н., профессор, Санкт-Петербург), Н.Г. Кручинский (д.м.н., Минск), Т.В. Мохорт (д.м.н., профессор, Минск), И.А. Новикова (д.м.н., профессор, Гомель), В.Ю. Рыбников (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), В.П. Ситников (д.м.н., профессор, Гомель), Н.Д. Тронько (д.м.н., профессор, Киев), В.П. Филонов (д.м.н., профессор), В.А. Филонюк (к.м.н., доцент, Минск), А.Ф. Цыб (д.м.н., академик РАМН, Обнинск), В.Е. Шевчук (к.м.н., Минск)

## Технический редактор

С.Н. Никонович

## Адрес редакции

246040 г. Гомель, ул. Ильича, д. 290,  
ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», редакция журнала  
тел (0232) 38-95-00, факс (0232) 37-80-97  
<http://www.rcrm.by>  
e-mail: [mbpr@rcrm.by](mailto:mbpr@rcrm.by)

© Государственное учреждение  
«Республиканский научно-  
практический центр радиационной  
медицины и экологии человека», 2011

№ 2(6)

2011

# Medical and Biological Problems of Life Activity

Scientific and Practical Journal

**Founder**

Republican Research Centre  
for Radiation Medicine  
and Human Ecology

Journal registration  
by the Ministry of information  
of Republic of Belarus

Certificate № 762 of 6.11.2009

© *Republican Research Centre  
for Radiation Medicine  
and Human Ecology*

**ISSN 2074-2088**

**Обзоры и проблемные статьи**

- Ю.И. Ефремова, Л. Навратил  
Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на продукцию цитокинов 6

**Медико-биологические проблемы**

- А.Е. Силин, В.Н. Мартинков, Э.А. Надыров, Е.В. Пестриков, О.М. Либуркин, А.А. Задорожнюк, Э.А. Повелица, С.М. Мартыненко, А.А. Силина, И.Б. Тропашко, А.В. Воропаева Статус метилирования промоторных областей 11 генов-супрессоров при злокачественном новообразовании предстательной железы 14

- А.М. Скрябин, Н.Н. Савва, Ю.А. Бельский, А.Н. Матарас Ретроспективная оценка уровня облучения детей в ранние сроки после чернобыльской аварии на примере реальных случаев врожденного лейкоза 20

- А.В. Тарасова, Т.В. Шман Определение репарации двунитевых разрывов ДНК в лимфоцитах крови по накоплению фосфорилированной формы гистона H2AX 28

- В.В. Шевляков, В.А. Филонюк, Т.С. Студеничник, Г.И. Эрм, Н.А. Щурская, А.В. Буйницкая, Е.В. Чернышова, Т.В. Козловская Новый комплексный биологический препарат «Гулливер»: особенности вредного действия на организм 34

**Клиническая медицина**

- Т.В. Бобр Применение чрескожной электростимуляции в лечении частичной атрофии зрительного нерва сосудистого генеза 42

- А.В. Богданович, В.Н. Шиленок, Л.Н. Кирпиченок Энтеральная дезин-

**Reviews and problem articles**

- Yul. Efremova, L. Navrátil Effects of low level laser irradiation on cytokine production

**Medical-biological problems**

- A. Silin, V. Martinkov, E. Nadyrov, E. Pestrikov, O. Liburkin, A. Zadorozhnyuk, E. Povilitsa, S. Martynenko, A. Silina, I. Tropashko, A. Voropayeva DNA methylation status of promoter regions of 11 suppressor genes in malignant neoplasm of prostate

- A.M. Skryabin, N.N. Savva, Yu.A. Belsky, A.N. Mataras Retrospective population-based study of irradiation exposure in infant leukemia cases registered within the early period after Chernobyl accident (reconstruction of the individualized accumulated doses)

- A. Tarasova, T. Shman DNA double-strand breaks repair detection in lymphocytes based on histone H2AX phosphorylation

- V. Shevlaykov, V. Filanyuk, T. Studenichnik, G. Erm, N. Stchurskaya, A. Buinitskaya, E. Chernyshova, T. Kozlovskaya New complex biological product «Gulliver»: peculiar features of harmful effects on the organism

**Clinical medicine**

- T. Bobr Estimation of transcutaneous electrostimulation application in patients with partial optic nerve atrophy of vascular origin

- A.V. Bogdanovich, V.N. Shilenok, I.N. Kirpichenok Enteral dezintoxica-

- |  |    |   |  |
|--|----|---|--|
| токсикация в раннем послеоперационном периоде у больных острой спаечной кишечной непроходимостью   | 47 | tion in early postoperative period in treatment patients with acute adhesive intestinal obstruction   |  |
| <i>Н.В. Галиновская, Н.Н. Усова, О.В. Лыщенко, Е.В. Иванашко, В.Я. Латышева</i> Особенности биохимического спектра у лиц с преходящими нарушениями мозгового кровообращения                | 53 | <i>N.V. Galinovskaya, N.N. Usova, O.V. Lyshchenko, E.V. Ivanashko, V.Ja. Latysheva</i> Features of a biochemical spectrum in persons with transient ischaemic attack                          |  |
| <i>В.И. Григорьев, С.А. Игумнов, И.В. Григорьева</i> Применение ароматерапии в системе реабилитации пациентов с артериальной гипертензией  | 59 | <i>V. Grigoryev, S. Igumnov, I. Grigoryeva</i> Application of aromatherapy in rehabilitation of the patients suffering arterial hypertension  |  |
| <i>И.А. Давыдова, М.Г. Русаленко</i> Психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов с сахарным диабетом 1 типа  | 65 | <i>I. Davydova, M. Rusalenko</i> Psychoemotional state and quality of life in patients with type 1 diabetes   |  |
| <i>И.Г. Деменкова, В.И. Ковалева</i> Генетическая характеристика детей, родители которых подверглись радиационному воздействию в детском и подростковом возрасте вследствие аварии на ЧАЭС | 74 | <i>I.G. Demenkova, V.I. Kovaleva</i> Genetic characteristic of children whose parents were subject to radiation impact in their childhood or at puberty as a result of the Chernobyl accident |  |
| <i>Н.В. Николаева</i> Прогнозирование возникновения ИБС с помощью математической модели, построенной по результатам дискриминантного анализа   | 80 | <i>N.V. Nikolaeva</i> Prediction of coronary heart disease using a mathematical model, constructed from the results discriminant analysis   |  |
| <i>В.М. Мицура</i> Оценка выраженности фиброза печени у пациентов с хроническим гепатитом С, роль непрямых маркеров фиброза  | 87 | <i>V.M. Mitsura</i> Assessment of liver fibrosis extent in patients with chronic hepatitis C, role of indirect markers of liver fibrosis  |  |
| <i>Г.К. Молдабек</i> Влияние эмоционального фона на качество жизни у больных гипотиреозом  | 93 | <i>G.K. Moldabek</i> Influence of an emotional background on quality of a life at patients with hypothyroidism  |  |
| <i>Г.Н. Романов, Н.Ф. Чернова, Э.В. Руденко</i> Факторы риска в развитии низкотравматичных переломов у пациентов с нарушением минеральной плотности костной ткани                          | 98 | <i>G.N. Romanov, N.F. Chernova, E.V. Rudenko</i> Risk factors in development of fragility fractures at patients with deficit of bone mineral density  |  |
| <i>Г.Н. Хованская, Т.А. Новицкая, Н.А. Филина</i> Практическая реализация методики медицинской реабили-  |    | <i>G.N. Hovanskaya, T.A. Novitskaya, N.A. Filina</i> Practical realization of the technique of medical aftertreatment   |  |

тации пациентов с периферическими  
невропатиями верхних и нижних ко-  
нечностей

103

*Н.П. Шилова, И.А. Байкова,  
О.В.Курс* Психоэмоциональные осо-  
бенности пациентов с рецидивирую-  
щим простым герпесом

108

### **Обмен опытом**

*М.Г. Зубрицкий, М.К. Недзведь*  
Морфологическая диагностика гер-  
петических инфекций при хрониче-  
ском гастрите у взрослых

114

*А.В. Рожко, В.Б. Масыкин,  
Э.А. Надыров, А.В. Башилов,  
В.К. Иванов, М.А. Максютков* История  
создания, структура и функции Еди-  
ного чернобыльского регистра Рос-  
сии и Беларуси

122

of patients with peripheric neuropathies  
of the upper and lower extremities

*N.P. Shilova, I.A. Baikova,  
O.V. Kurs* Personal features of patients  
with recurrent herpes simplex

### **Experience exchange**

*M.G. Zubritsky, M.K. Nedzvedz*  
Morphological diagnostics of the herpet-  
ic infections at chronic gastritis in adults

*A.V. Rozhko, V.B. Masyakin,  
E.A. Nadyrov, A.V. Bashylau, V.K. Ivanov,  
M.A. Maksutov* History of creation, struc-  
ture and functions of the Common Cher-  
nobyl Register of Russia and Belarus

**ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ***НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан*

В данной статье приведены данные об изменении эмоционального фона и качества жизни у больных гипотиреозом. У них выявлен в 78,8±5,7% тревожный синдром, в 63,5±6,7% – депрессивный синдром. Качество жизни снижается в основном за счет снижения эмоционального состояния, физической мобильности. Данные нарушения наблюдаются в субклинической стадии гипотиреоза и усугубляются при манифестной стадии.

**Ключевые слова:** гипотиреоз, качество жизни, тревога, депрессия

**Введение**

Неврологические расстройства при гипотиреозе часты и многообразны, и нередко с ними сталкиваются на практике, кроме эндокринологов, врачи терапевты и невропатологи [1]. Наиболее распространены у больных с гипотиреозом психоневрологические расстройства как проявления гипотиреодной энцефалопатии. Формированию органического поражения нервной системы способствует резкое угнетение энергетических и анаболических процессов в веществе мозга. Отмечаются замедление мышления и речи, заторможенность, сонливость, ухудшение памяти, дизартрия, обусловленная снижением подвижности губ и языка, а также отеком голосовых связок, что приводит к снижению тембра голоса и охриплости. Пациенты, как правило, подавлены, безразличны к окружающему миру, что сказывается на комплаентности к лечению и, следовательно, на качестве жизни. Для тяжелого гипотиреоза характерна эмоциональная бедность. В литературе можно встретить много описаний тяжелых психических изменений и так называемого микседематозного делирия, в результате которых пациенты ошибочно госпитализировались в психиатрические клиники [2]. У больных часто выявляются головокружения, а при обследовании и элементы мозжечковой атаксии. При тяжелом гипотиреозе возможна псевдодеменция с угнетением когнитивных функций, нару-

шением социальной адаптации, даже навыков самообслуживания. От истинной деменции она отличается обратимостью [3]. Нередким проявлением гипотиреоза являются приступы, похожие на панические атаки, характерные для тиреотоксикоза. Данные пароксизмальные состояния с выраженной эмоциональной и вегетативной окраской отличаются стереотипностью, развиваются в одной и той же обстановке и в одно и то же время. Кроме тоннельных нейропатий, у многих больных выявляется картина полинейропатий, характеризующаяся болями, парестезиями, мышечной слабостью, судорогами, ослаблением или выпадением сухожильных рефлексов [1]. Головной мозг чрезвычайно чувствителен к дефициту тиреоидных гормонов в организме, и уже при субклиническом гипотиреозе, то есть когда при гормональном исследовании выявляется только повышение уровня тиреотропного гормона, могут развиваться определенные изменения, в первую очередь страдает эмоциональная сфера. Это проявляется подавленным настроением и депрессией. Распространенность депрессии при субклиническом гипотиреозе, по данным разных авторов, колеблется от 38% до 56%, тогда как в общей популяции – от 6% до 20% [4]. Среди больных с депрессией частота скрытого гипотиреоза выше, чем в общей популяции, а частота обнаружения зоба достигает 86% [5]. При гипотиреозе имеет место наруше-

ние обмена и продукции ряда медиаторов. Развитие депрессии при субклиническом и манифестном гипотиреозе связывают со снижением активности в ЦНС 5-гидрокситриптамина [6]. Назначение больших доз трийодтиронина в ряде случаев позволяет уменьшить выраженность характерной для гипотиреоза рефрактерной депрессии и увеличить эффективность антидепрессантов. В своих исследованиях Р. Saravanan (2002) показал, что у пациентов с гипотиреозом, даже находящихся в состоянии компенсации, были более низкими показатели общего самочувствия и качества жизни (по данным нескольких опросников), чем в контрольной группе [7]. Выявлено снижение многих сторон качества жизни при послеоперационном гипотиреозе [8].

**Цель исследования:** выявить частоту, характер протекания невротических расстройств и качество жизни у пациентов с гипотиреозом.

#### **Материал и методы исследования**

На базе 1 терапевтического отделения НИИ КиВБ был обследован 51 пациент в возрасте от 25 до 63 лет с гипотиреоидными состояниями различного генеза. Для реализации задач использованы методы: клинико-лабораторные методы исследования, психологический и статистический. В психологическое исследование вошла методика опросника: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации данных по шкале HADS учитывается суммарный показатель по каждой подшкале – А – подшкала тревоги, Д – подшкала депрессии, при этом выделяются 3 области значений: 0-7 – «норма», 8-10 – «субклинически выраженная тревога и депрессия», 11 и выше – «клинически выраженная тревога и депрессия». Параметры качества жизни исследованы с помощью опросника NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life).

#### **Результаты исследования**

Среди обследованных 48 женщин и 3 мужчин, средний возраст мужчин составил

45,0±7,1 лет, женщин – 45,9±1,5 лет. Среди обследованных до 30 лет 5 пациентов, что составляет 9,6%, от 31 до 40 лет – 12 пациентов (23%), от 41 до 50 лет – 13 человек (25%), от 51 до 60 лет 21 больных (52%), старше 60 лет – 1 пациент (0,4%). Длительность заболевания среди мужчин от 1 до 3 лет и составила в среднем 2,0±0,6 лет. Среди женщин средняя длительность болезни 5,2±0,9 лет, из них до 5 лет у 26 пациентов, от 5 до 10 лет – у 15 и больше 10 лет – у 7 женщин.

При анализе показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) выраженный тревожный синдром наблюдался у 33 из 52 обследованных (63,5%), выраженный депрессивный – у 20 (38,5%), сочетанный выраженный тревожно-депрессивный синдром – у 15 пациентов, что составляет 28,8%. Выраженный тревожный в сочетании с субклиническим депрессивным имеют 7 (13,5%), выраженный депрессивный в сочетании с субклиническим тревожным имеют 2 (3,8%), выраженный тревожный без депрессии имеют 9 (17,3%), выраженный депрессивный без тревожного синдрома имеют 1 (1,9%), субклинически тревожный синдром имеют 7 (13,5%), субклинический депрессивный синдром имеют 12 (23,1%), субклинический тревожно-депрессивный синдром имеют 3 (5,8%), из них чисто субклинический тревожный синдром без депрессии – у 2 (3,8%), субклинический депрессивный синдром – у 3 (5,8%), без нарушения состояния нервной системы – 7 (13,5%).

Таким образом, тревожность наблюдается у 78,8±5,7% больных, «проявляясь» в виде паники, напряженности и чувства страха, «маскируется» замедленностью их мимики и речи. В 63,5±6,7% наблюдались клинически очерченные депрессивные проявления: замедленность мышления, снижение двигательной активности, безинициативность, сонливость, потеря чувства удовольствия от жизни. В 73,9% случаев наблюдались выраженные вегетативные расстройства (нарушение аппетита, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, парестезии, вестибулярные

расстройства, нарушение перистальтики и пищеварения), что связано как с самим гипотиреозом, так и с эмоциональными нарушениями больных.

При анализе функции щитовидной железы уровень тиреотропного гормона находился в пределах  $23,7 \pm 2,8$  ММЕ/мл и Т4 свободный –  $9,9 \pm 1,3$  пг/мл, а/т ТПО –  $327,5 \pm 62,7$  МЕ/мл, у некоторых больных достигая 1181 МЕ/мл, в общем анализе крови Нв  $115,6 \pm 4,5$  г/л  $3,9 \times 10^{12}$ . При рассмотрении степени нарушения по шкале HADS четкой зависимости от уровня гормонов не наблюдается, что говорит в пользу нарушения функции нервной системы даже при субклиническом гипотиреозе.

Исследование качества жизни у больных гипотиреозом проведено по параметрам анкеты NAIF. Результаты опроса по анализам анкет качества жизни представлены в таблице 1.

Анализ исследования свидетельствует об ухудшении всех сфер жизни у больных манифестным гипотиреозом (МГТ) по сравнению со здоровыми и пациентами с субклиническим гипотиреозом (СГТ). Необходимо отметить, что у больных СГТ отмечается умеренное снижение аспектов КЖ, кроме познавательных функций. Параметры физической мобильности, эмоционального состояния, сексуальной, социальной и познавательной функций анализируемой группы больных были снижены умеренно. Показатель физической мобильности составил  $38,5 \pm 3,8\%$ , сексуальной функции и эмоционального состояния –  $36,1 \pm 6,4\%$  и  $42,9 \pm 5,4\%$ , социальной –  $54,2 \pm 5,0\%$ , познавательной

–  $51,9 \pm 5,7\%$ , что было значимо ниже аналогичных показателей здоровых лиц группы сравнения ( $71,4 \pm 3,5\%$ ;  $74,3 \pm 10,0\%$ ;  $86,0 \pm 4,2$ ;  $77,8 \pm 3,8\%$ ;  $85,1 \pm 3,2$ ); ( $p < 0,05$ ). Интегральный показатель качества жизни анализируемой группы больных равнялся  $43,9 \pm 4,2\%$ , что оценивалось как умеренное снижение, и был значимо ниже аналогичного показателя лиц группы сравнения ( $79,7 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,0001$ ). Выявлены различия в показателях качества жизни при сопоставлении групп больных с СГТ. У пациентов с СГТ параметры физической мобильности, социальной, познавательной, сексуальной функций и эмоционального состояния были снижены умеренно ( $46,5 \pm 5,5\%$ ;  $50,0 \pm 6,7\%$ ;  $46,8 \pm 6,8$ ;  $55,4 \pm 5,7\%$ ;  $70,6 \pm 7,3$ ). Интегральный показатель качества жизни пациентов с МГТ был значительно снижен и составил  $43,9 \pm 4,2\%$ . Он значимо отличался от интегрального показателя качества жизни больных с СГТ ( $54,5 \pm 4,5\%$ ;  $p < 0,05$ ) и здоровых лиц ( $79,7 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,001$ ), расценивается как умеренное снижение, и значимо ниже аналогичного показателя здоровых лиц ( $79,7 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,001$ ). Коэффициент корреляции между физической активностью и ТТГ  $r = -0,44$ , FT4  $r = 0,42$ , параметрами социальной функции и ТТГ  $r = -0,53$ , познавательной функцией и ТТГ  $r = -0,42$ , интегральным показателем качества жизни и ТТГ коэффициент корреляции  $r = -0,59$ , между FT4  $r = 0,51$ , между эмоциональной функцией и FT4  $r = 0,47$ . При СГТ выявлена обратная зависимость связь с параметром физической активности и ТТГ  $r = -0,31$ . Таким образом, при гипотиреозе, начиная с

Таблица 1 – Показатели качества жизни пациентов с гипотиреозом по параметрам анкеты NAIF

Группы, показатели в %	СГТ (1)	МГТ (2)	Здоровые лица (3)	p1-2	p1-3	p2-3
Физическая мобильность	$46,3 \pm 5,5$	$38,5 \pm 3,8$	$71,9 \pm 3,5$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$
Эмоциональное состояние	$50,0 \pm 6,7$	$42,9 \pm 5,4$	$86,0 \pm 4,2$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$
Сексуальная функция	$46,8 \pm 6,8$	$36,1 \pm 6,4$	$74,3 \pm 10,0$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$
Социальные функции	$55,4 \pm 5,7$	$54,2 \pm 5,0$	$77,8 \pm 3,8$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$
Познавательная функция	$70,6 \pm 7,3$	$51,9 \pm 5,7$	$85,1 \pm 3,2$	$<0,001$	$>0,05$	$<0,001$
Экономическое положение	$50,6 \pm 11,1$	$52,1 \pm 8,6$	$98,1 \pm 1,9$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$
Интегральный показатель	$54,5 \pm 4,5$	$43,9 \pm 4,2$	$79,7 \pm 2,2$	$>0,05$	$<0,001$	$<0,001$



субклинических проявлений, снижается качество жизни, связанное с дефицитом тиреоидных гормонов. Аналогичные результаты получены исследователями других стран, которые также провели параллель между симптомами, которые могут привести к ухудшению состояния здоровья и качества жизни [9].

Результаты исследования свидетельствуют о нарушении функции нервной системы в виде тревожного или депрессивного синдрома, встречающихся в различных комбинациях. Невротические нарушения при гипотиреозе крайне разнообразны и полиморфны по своей клинической структуре и в значительной степени сказываются на качестве жизни. Поэтому больные гипотиреозом нуждаются в разработке системы психокоррекционных и психореабилитационных мероприятий.

#### **Выводы:**

1. У больных гипотиреозом выявлено выраженное нарушение функции нервной системы: у 78,8±5,7% наблюдается тревожный синдром, у 63,5±6,7% – депрессивный синдром.

2. Нарушения функции нервной системы наблюдаются даже при субклиническом гипотиреозе.

3. Гипотиреоз включая и субклинические стадии снижает качество жизни больных, отмечается умеренная корреляция с параметрами качества жизни и тироксина как при манифестном, так и субклиническом гипотиреозе.

4. Результаты исследования параметров качества жизни больных гипотиреозом могут быть использованы для их целенаправленных психореабилитационных мероприятий.

#### **Библиографический список**

1. Калинин, А.П. Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях. // А.П. Калинин, С.В. Котов. – М., 2001. – С 99-125.

2. Фадеев В.В. Гипотиреоз (руководство для врачей). // В.В. Фадеев, Г.А. Мельниченко – М.: РКИ Северо-пресс, 2002. – С. 56-58

3. Dugbartey, A.T. Neurocognitive aspects of hypothyroidism // A.T. Dugbartey / Arch. Int. Med. – 1998. – V. 158. – P. 1413-1418.

4. Верткин, А.Л. Поражения нервной системы при эндокринных заболеваниях. // А.Л. Верткин, О.Н. Ткачева, Х.М. Торшхоева. – 2006.

5. Haggerty, J.J. Borderline hypothyroidism and depression // J.J. Haggerty, A.J. Prange / Anu. Rev. Med. select. Top. Clin. Sci. – 1995. – V. 46. – P. 37-46

6. Neuroendocrine evidence for an association between hypothyroidism, reduced central 5-HT activity and depression // A.J. Cleare [et al.] / Clin. Endocrinol. – 1995. – V. 43. – P. 713-719.

7. Psychological well-being in patients on adequate doses of L-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study // P. Saravanan [et al.] / Clin. Endocrinology. – 2002. – V. 57. – P. 577-585.

8. Хрыщанович, В.Я. Оценка качества жизни пациентов с первичным послеоперационным гипотиреозом, принимающих l-тироксин // В.Я. Хрыщанович / Медицинский журнал. – 2005. – №1. – С. 67-68.

9. Razvi, S. Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review. // S. Razvi, C.V. McMillan, J.U. Weaver / Clinical Endocrinology. – 2005. – V. 63, Issue 6. – P. 617-624.

**G.K. Moldabek**

**INFLUENCE OF AN EMOTIONAL BACKGROUND ON QUALITY OF A LIFE AT PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM**

In article given the resulted data on defeat of nervous system at patients with hypothyroidism. At patients with hypothyroidism the expressed infringement of function of nervous system is revealed, at  $78,8 \pm 5,7\%$  the disturbing syndrome, at  $63,5 \pm 6,7\%$  – a depressive syndrome is observed. Infringements of function of nervous system are observed even at subclinical hypothyroidism. Quality of a life decreases basically at the expense of decrease in an emotional condition, physical mobility. The given infringements are observed in a subclinical stage hypothyroid and aggravated at overt stages. Correlation of parameters of quality of a life with level of hormones of a thyroid gland is marked.

**Key words:** *hypothyroidism, quality of life, psychic tension, depression*

*Поступила 22.02.11*