



Роль Ремаксолола и Мексидолола в комплексном лечении первичного гипотиреоза с коморбидной патологией печени и центральной нервной системы

Е.В. Коровкина, А.Е. Шкляев, д.м.н., проф., С.Н. Стяжкина, д.м.н., проф.,
Т.Е. Чернышова, д.м.н., проф., В.В. Тихонова, к.м.н., Ш.А. Казымова,
Д.Д. Бурдукова, Д.О. Турбин

Адрес для переписки: Светлана Николаевна Стяжкина, asu@rkb1.udm.ru

Для цитирования: Коровкина Е.В., Шкляев А.Е., Стяжкина С.Н. и др. Роль Ремаксолола и Мексидолола в комплексном лечении первичного гипотиреоза с коморбидной патологией печени и центральной нервной системы // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 22. С. 20–24. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-22-20-24

Цель исследования: оценить эффективность Ремаксолола и Мексидолола у пациентов с гипотиреозом и сопутствующими нарушениями функции печени, а также психосоматическими расстройствами.

Материал и методы. В исследование включено 116 пациентов с первичным гипотиреозом, который сопровождался нарушениями функций печени и центральной нервной системы. В зависимости от вариантов применяемой комплексной терапии пациентов разделили на четыре группы.

Изучали основные клинические лабораторные показатели гипотиреоза, а также качество жизни больных.

Результаты. В трех основных группах депрессию диагностировали в 98% случаев. Ее встречаемость на фоне проведенного лечения в первой группе составила 24,32%, во второй – 25,93%, в третьей – 25,00%. В группе сравнения (четвертая группа) исходно депрессия была диагностирована у 96,43% больных, по окончании комплексной терапии – у 39,29%.

В большинстве случаев качество жизни пациентов улучшалось уже в первые дни лечения.

Концентрация общего белка плазмы свидетельствовала о гипопротеинемии у участников исследования. По окончании комплексной терапии уровень общего белка в первой группе повысился до $71,10 \pm 0,58$ г/л, во второй – до $72,20 \pm 1,90$ г/л, в третьей – до $69,20 \pm 0,48$ г/л, в четвертой – до $71,40 \pm 0,53$ г/л. Полученные данные статистически достоверно отличались от исходных ($p < 0,001$ для всех групп). При анализе результатов, полученных на фоне лечения, выявлены достоверные отличия показателей в третьей группе ($p < 0,01$ ко всем группам).

В первой, второй и третьей группах также достоверно увеличилось содержание эритроцитов и гемоглобина относительно исходных значений ($p < 0,005$). В четвертой группе изменения оказались статистически недостоверными ($p < 0,5$). В первой группе уровень гемоглобина увеличился с $116,50 \pm 3,80$ до $132,36 \pm 2,10$ г/л, во второй – с $114,26 \pm 3,60$ до $134,81 \pm 2,00$ г/л, в третьей – с $114,58 \pm 3,50$ до $127,08 \pm 2,30$ г/л ($p < 0,5$ между группами). В четвертой группе его концентрация возросла незначительно – с $115,29 \pm 3,80$ до $116,71 \pm 2,10$ г/л ($p < 0,5$).

Вывод. Использование Ремаксолола и Мексидолола способствует уменьшению симптомов гипотиреоза, позволяет повысить эффективность заместительной терапии левотироксином натрия и в более ранние сроки достичь стадии компенсации, а также предотвратить прогрессирование коморбидной патологии. Мексидол и Ремаксолол обладают антиоксидантным действием и улучшают функцию печени, в частности белковосинтетическую.

Ключевые слова: первичный гипотиреоз, коморбидная патология, Ремаксолол, Мексидолол



Введение

Известно, что достижением компенсации гипотиреоза (стойко нормальный уровень тиреотропного гормона (ТТГ)) проблемы заместительной терапии левотироксином не заканчиваются [1]. Согласно результатам ряда исследований, у существенной части пациентов могут сохраняться жалобы и отмечаться симптомы, характерные для гипотиреоза, даже в тех случаях, когда анализ гормонального статуса свидетельствует о том, что заболевание компенсировано. В частности, Р. Saravanan и соавт. (2002) установили, что у пациентов с гипотиреозом в стадии компенсации показатели общего самочувствия и качества жизни были более низкими, чем в контрольной группе [2, 3]. Анализируя эти данные, В.В. Фадеев и Г.И. Мельниченко (2010) задают вопрос: «Специфичны ли результаты исследования Р. Saravanan для гипотиреоза, или речь идет о снижении общего самочувствия у лиц с любой хронической патологией?» [4].

Часто вне зависимости от компенсации любого заболевания пациенты чувствуют себя неудовлетворительно лишь от осознания себя больными. Многие симптомы могут быть обусловлены особенностями эмоционально-личностной сферы. Не исключена также возможность развития сопутствующей соматической и психической патологии [5]. Поэтому немаловажной задачей является разработка медикаментозной терапии, которая оказала бы корректирующее влияние на большинство органов и систем, вовлеченных в патологический процесс при гипотиреозе, не провоцируя полипрагмазию [2, 6].

В настоящее время предложено много препаратов для коррекции симптомов. Одними из таковых являются Ремаксол и Мексидол.

Ремаксол – препарат, созданный на основе янтарной кислоты (НТФФ «ПОЛИСАН», Россия, рег. номер ЛСР009341/09 от 19.11.2009). В его состав входят янтарная кислота, метионин, инозин и никотинамид. Ремаксол сочетает в себе свойства сбалансированного полиионного раствора, антигипоксанта и гепатотропного средства [7].

Показаниями к применению Ремаксола являются:

- нарушение функции печени вследствие острого или хронического повреждения (токсические, алкогольные, лекарственные гепатиты);
- вирусные гепатиты – в дополнение к этиотропной терапии [8].

Мексидол – препарат этилметилгидроксипиридина сукцината. Данное лекарственное средство разрешено к применению приказом Министерства здравоохранения от 31.12.1996 № 432.

Препарат Мексидол был синтезирован в начале 1980-х гг. в Научно-исследовательском институте фармакологии Российской академии медицинских наук (РАМН) под руководством академика РАМН А.В. Вальдмана фармакологами Л.Д. Смирновым и В.И. Кузьминым. Благодаря универсальному антигипоксическому действию Мексидол может применяться при нозологиях, сопровождающихся ишемией и гипоксией, в первую очередь – при ишемии наиболее энергозатратных органов и тканей [9]. Важным свойством антиоксидантов этой группы является способность проникать через гематоэнцефалический барьер [4].

Целью нашего исследования стала оценка эффективности Ремаксола и Мексидола у пациентов с гипотиреозом и сопутствующими нарушениями функции печени, а также психосоматическими расстройствами.

Материал и методы

Эффективность комплексной терапии L-Тироксином и янтарной кислотой как корректора эндотелиальной дисфункции (Ремаксол плюс Мексидол) оценена у 116 пациенток с первичным гипотиреозом. Средний возраст – 52,4 ± 8,6 года. Подавляющее большинство были трудоспособного возраста – 102 (87,93%). Гипотиреоз чаще встречался у женщин от 40 до 70 лет – 39 (39,62%), от 30 до 40 лет – 25 (21,55%), от 20 до 29 лет – 21 (18,10%).

Больные были разделены на четыре группы в зависимости от примененной комплексной терапии. Пациентки первой группы (n = 37) наряду с традиционным лечением получали

Ремаксол, второй группы (n = 28) – Мексидол в форме таблеток, третьей группы (n = 24) – Ремаксол и Мексидол. Группу сравнения составили 27 женщин, которые получали традиционную терапию L-Тироксином. В начале исследования доза L-Тироксина была для всех одинаковой – 50 мг. В дальнейшем она изменялась в зависимости от субкомпенсации или декомпенсации гипотиреоза.

Участниц исследования определяли основные клинические лабораторные показатели гипотиреоза, а также качество жизни по опроснику Short Form 36 (SF-36). Данный инструмент позволяет оценить физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), интенсивность боли (Bodily Pain – BP), общее состояние здоровья (General Health – GH), жизненную активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), психическое здоровье (Mental Health – MH).

Результаты

Продолжительность лечения в первой группе составила 16,3 ± 1,2 дня, во второй – 17,6 ± 1,4, в третьей – 14,1 ± 1,2, в четвертой – 20,6 ± 2,0 дня. Различия между продолжительностью лечения в первой и четвертой, второй и четвертой, третьей и четвертой группах оказались статистически достоверными (p > 0,001). Наиболее значительная длительность лечения была в четвертой группе (p > 0,05). Между величинами анализируемых показателей в первой и второй группах статистически достоверных различий не получено (p < 0,5).

Изменение основных симптомов гипотиреоза, в том числе функции центральной нервной системы, на фоне комплексного лечения представлено в табл. 1.

Включение в комплексное лечение Ремаксола и Мексидола способствовало исчезновению или уменьшению выраженности симптомов гипотиреоза. В частности, исходно депрессия бы-

эндокринология



Таблица 1. Количество больных с положительной симптоматикой гипотиреоза в разных группах, абс. (%)

Симптом	Первая группа		Вторая группа		Третья группа		Четвертая группа	
	исходно	после лечения	исходно	после лечения	исходно	после лечения	исходно	после лечения
Депрессия	37 (100,00)	9 (24,32)	28 (100,00)	7 (25,93)	24 (100,00)	6 (25,00)	27 (96,43)	11 (39,29)
Плаксивость	36 (97,30)	8 (21,62)	27 (96,42)	5 (17,85)	24 (100,00)	5 (20,83)	26 (92,86)	10 (35,71)
Слабость	33 (89,19)	8 (21,62)	23 (82,14)	5 (17,85)	22 (91,67)	5 (20,83)	25 (89,29)	11 (39,29)
Ослабление памяти	29 (78,38)	7 (18,92)	21 (75,00)	6 (21,42)	21 (87,50)	4 (16,67)	22 (78,57)	10 (35,71)
Снижение трудоспособности	26 (70,27)	5 (13,51)	21 (75,00)	5 (17,85)	17 (70,83)	3 (12,50)	19 (67,86)	8 (28,57)
Нарушение сна	21 (56,76)	4 (10,81)	18 (64,28)	3 (10,71)	14 (58,33)	2 (8,33)	16 (57,14)	7 (25,00)
Раздражительность	19 (51,35)	3 (8,11)	15 (53,57)	2 (7,14)	13 (54,17)	2 (8,33)	15 (53,57)	6 (21,43)
Головная боль	13 (35,14)	3 (8,11)	11 (39,28)	2 (7,14)	9 (37,50)	2 (8,33)	10 (35,71)	6 (21,43)
Гипотермия	9 (24,32)	2 (5,41)	6 (21,42)	1 (3,57)	6 (25,00)	1 (4,17)	6 (21,43)	6 (21,43)

ла диагностирована практически у всех больных. По окончании лечения доля пациентов с депрессией в основных группах была меньше, чем в группе сравнения – 24,32, 25,93, 25,00 и 39,29% соответственно (см. табл. 1).

На фоне лечения зарегистрировано улучшение всех критериев оценки качества жизни пациентов: физической, психологической и социальных его составляющих (табл. 2).

К концу первой недели пациенты отмечали улучшение общего состояния: повышение сил, бодрости и энергии.

Прежде всего на фоне терапии, в большинстве случаев с первых ее дней, повышались физические возможности пациентов. Наиболее значимым было улучшение ролевого функционирования, тесно связанного с физическим состоянием пациента, – повышение возможности выполнения повседневных обязанностей, что было чрезвычайно важно для женщин и повышало их оценку общего состояния здоровья [10]. Опережающим показателем эффективности курсовой терапии было улучшение ролевого функциони-

рования. Оно напрямую связано с эмоциональным состоянием (RE), влияющим на способность собираться для выполнения повседневной деятельности и т.п. Наиболее отсроченной по времени была динамика психического здоровья – отмечалась только через три – шесть недель, когда уменьшились психосоматические расстройства.

Установлено, что при гипотиреозе страдают многие функции печени, в том числе белковосинтетическая [11]. Изучение концентрации общего белка плазмы свидетельствовало о наличии у всех пациенток гипопропротеинемии. Так, исходный уровень белка в первой группе составлял $63,90 \pm 0,61$ г/л, во второй – $63,50 \pm 0,52$ г/л, в третьей – $64,60 \pm 0,49$ г/л, в четвертой – $64,00 \pm 0,51$ г/л. Статистическая обработка данных подтвердила незначительные и статистически недостоверные различия в группах по данному показателю ($p > 0,5$). По окончании комплексной терапии концентрация общего белка плазмы в первой группе повысилась до $71,10 \pm 0,58$ г/л, во второй – до $72,20 \pm 1,90$ г/л, в третьей – до $69,20 \pm 0,48$ г/л, в четвертой – до $71,4 \pm$

$0,53$ г/л. Эти результаты статистически достоверно отличались от исходных ($p < 0,001$ для всех групп). При анализе данных, полученных на фоне лечения, выявлены достоверные отличия показателей третьей группы ($p < 0,01$ ко всем группам) (табл. 3).

Исследование белковых фракций свидетельствовало об исходной гипоальбуминемии у всех больных гипотиреозом. Во всех группах средний уровень альбуминов составил $45,40 \pm 0,54\%$. По окончании комплексного лечения в первой группе он возрос до $54,30 \pm 0,63\%$, во второй – до $56,60 \pm 0,58\%$, в третьей – до $52,20 \pm 0,68\%$, в четвертой – до $48,00 \pm 0,62\%$ ($p < 0,001$). Однако в четвертой группе данный показатель оказался значительно меньше, чем в трех других ($p > 0,001$, $p_{1-3} < 0,001$). Приросту альбуминов сопутствовало снижение количества глобулинов α : в первой группе – с $4,60 \pm 0,06$ до $4,30 \pm 0,09\%$, во второй – с $4,50 \pm 0,07$ до $4,10 \pm 0,07\%$, в третьей – с $4,60 \pm 0,08$ до $4,20 \pm 0,06\%$, в четвертой – с $4,50 \pm 0,08$ до $4,20 \pm 0,08\%$, что является статистически достоверным ($p_{1-3} < 0,001$).

Во всех группах лечение способствовало статистически достоверному снижению содержанию глобулинов β ($p < 0,001$) – с $13,90 \pm 0,26$ до $11,00 \pm 0,27\%$, с $13,80 \pm 0,22$ до $10,90 \pm 0,26$, с $13,80 \pm 0,24$ до $10,70 \pm 0,27$ и с $13,90 \pm 0,20$ до $11,70 \pm 0,29\%$ соответственно. Достоверных различий результатов между первой, второй и третьей группами не получено ($p < 0,1$), однако они были существенными по сравнению с результатами четвертой группы ($p < 0,01$).

Таблица 2. Влияние трехмесячной курсовой терапии на показатели SF-36, балл ($M \pm m$)

Показатель SF-36	До лечения	После лечения	p
PF	$49,8 \pm 23,1$	$59,8 \pm 18,9$	0,02
RP	$12,5 \pm 24,3$	$30,8 \pm 30,6$	0,01
BP	$39,4 \pm 16,9$	$54,5 \pm 18,8$	0,04
GH	$32,7 \pm 21,1$	$45,5 \pm 19,5$	0,01
VT	$40,2 \pm 17,8$	$54,8 \pm 16,3$	0,001
SF	$58,3 \pm 24,4$	$73,7 \pm 14,5$	0,01
RE	$27,2 \pm 38,8$	$45,0 \pm 41,1$	0,09
MH	$53,6 \pm 15,3$	$67,8 \pm 13,6$	0,001

эндокринология



Таблица 3. Динамика уровня общего белка в крови и его фракций в разных группах

Симптом	Первая группа (1)		Вторая группа (2)		Третья группа (3)		Четвертая группа (4)	
	исходно	после лечения	исходно	после лечения	исходно	после лечения	исходно	после лечения
Общий белок, г/л	63,90 ± 0,61	71,10 ± 0,58 p ₁ < 0,001	63,50 ± 0,52	72,80 ± 0,62 p ₂ < 0,001 p ₁ > 0,1	64,60 ± 0,49	71,40 ± 0,53 p ₃ < 0,001 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01	64,00 ± 0,51	69,20 ± 0,48 p ₄ < 0,01 p ₁ < 0,5 p ₂ < 0,1 p ₃ < 0,01
Альбумины, %	45,90 ± 0,51	54,30 ± 0,63 p ₁ < 0,001	45,20 ± 0,49	56,60 ± 0,58 p ₂ < 0,001 p ₁ < 0,001	45,30 ± 0,52	52,20 ± 0,68 p ₃ < 0,001 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01	45,00 ± 0,62	48,00 ± 0,62 p ₄ < 0,01 p ₁ < 0,001 p ₂ < 0,001 p ₃ < 0,001
Глобулины, %:								
α ₁	4,60 ± 0,60	4,30 ± 0,09 p ₁ < 0,001	4,50 ± 0,07	4,10 ± 0,07 p ₂ < 0,001 p ₁ > 0,01	4,60 ± 0,08	4,20 ± 0,06 p ₃ < 0,001 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01	4,50 ± 0,08	4,20 ± 0,08 p ₄ < 0,1 p ₁ < 0,001 p ₂ < 0,01 p ₃ < 0,1
α ₂	6,80 ± 0,10	6,70 ± 0,11 p ₁ < 0,1	6,70 ± 0,11	6,80 ± 0,11 p ₂ < 0,1 p ₁ > 0,1	6,70 ± 0,09	6,60 ± 0,10 p ₃ < 0,05 p ₁ < 0,1 p ₂ < 0,05	6,70 ± 0,10	6,40 ± 0,13 p ₄ < 0,001 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01 p ₃ < 0,001
β	13,90 ± 0,26	11,00 ± 0,27 p ₁ < 0,001	13,80 ± 0,22	10,90 ± 0,26 p ₂ < 0,001 p ₁ > 0,1	13,80 ± 0,24	10,70 ± 0,27 p ₃ < 0,001 p ₁ < 0,1 p ₂ < 0,1	13,90 ± 0,20	11,70 ± 0,29 p ₄ < 0,001 p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01 p ₃ < 0,01
γ	29,80 ± 0,47	23,70 ± 0,64 p ₁ < 0,001	30,60 ± 0,53	24,40 ± 0,68 p ₂ < 0,001 p ₁ > 0,01	29,20 ± 0,49	28,50 ± 0,58 p ₃ < 0,05 p ₁ < 0,001 p ₂ < 0,001	30,20 ± 0,54	29,70 ± 0,53 p ₄ < 0,05 p ₁ < 0,001 p ₂ < 0,001 p ₃ < 0,05

Уровень глобулинов γ снизился значительно и статистически достоверно в первой и во второй группах – с 29,80 ± 0,47 до 23,70 ± 0,64 и с 30,60 ± 0,53 до 24,40 ± 0,68 соответственно. В третьей группе он уменьшился с 29,20 ± 0,49 до 28,50 ± 0,58%, в четвертой – с 30,20 ± 0,54 до 29,70 ± 0,53%. Статистическая обработка результатов показала, что в третьей группе снижение концентрации глобулинов γ было незначительным и статистически недостоверным (p₃ < 0,5), в четвертой группе она практически не изменилась (p₄ < 0,5).

Анализ содержания эритроцитов и гемоглобина в крови больных с гипотиреозом свидетельствовал о положительной динамике на фоне лечения. Оно достоверно увеличилось относительно исходных показателей в трех основных группах (p < 0,005). В группе сравнения изменения были незначительными и статистически недостоверными (p < 0,5). Так, в первой группе количество эритроцитов увеличилось с 4,12 ± 0,20 до 4,56 ± 0,21 × 10/л, во второй – с 4,11 ± 0,23 до 4,54 ± 0,22 × 10/л,

в третьей – с 4,08 ± 0,22 до 4,43 ± 0,20 × 10/л (p < 0,5 между группами). В четвертой группе динамика была незначительной – с 4,09 ± 0,20 до 4,19 ± 0,23 × 10/л (p < 0,5). Уровень гемоглобина в первой группе возрос с 116,50 ± 3,80 до 132,36 ± 2,10 г/л, во второй – с 114,26 ± 3,60 до 134,81 ± 2,00 г/л, в третьей – с 114,58 ± 3,50 до 127,08 ± 2,30 г/л (p < 0,5 между группами). Положительная динамика в отношении данного показателя отмечалась и в четвертой группе. Однако увеличение концентрации гемоглобина было незначительным и статистически недостоверным – с 115,29 ± 3,80 до 116,71 ± 2,10 г/л (p < 0,5).

Таким образом, применение Ремасола и Мексидола у пациентов с первичным гипотиреозом и ведущей коморбидной патологией печени и центральной нервной системы способствовало улучшению результатов лечения [5].

Заключение

Использование препарата Ремасол у больных первичным гипо-

тиреозом способствует повышению эффективности проводимой заместительной терапии левотироксином натрия и более раннему уменьшению симптомов гипотиреоза, предотвращает прогрессирование коморбидной патологии.

Добавление Мексидола к стандартной терапии способствует более быстрому восстановлению неврологических функций, а также повышению адаптации пациентов в быту. На фоне приема препарата снижаются утомляемость, ощущение слабости, раздражительность, тревожность, подавленность, депрессия.

Кроме того, Мексидол улучшает функцию печени, в частности белковосинтетическую.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют рекомендовать препараты янтарной кислоты Ремасол и Мексидол для включения в комплексную терапию пациентов с первичным гипотиреозом и коморбидной патологией. ☺

эндокринология



Литература

1. Моргунова Т.Б., Мануйлова Ю.А., Мадиярова М.Ш. и др. Качество жизни пациентов с гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2010. Т. 6. № 2. С. 62–67.
2. Saravanan P., Chau W.F., Roberts N. et al. Psychological well-being in patients on 'adequate' doses of l-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study // Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2002. Vol. 57. № 5. P. 577–585.
3. Олифирова О.С., Трынов Н.Н. Послеоперационный гипотиреоз // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2015. Т. 174. № 1. С. 20–22.
4. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. М., 2004.
5. Стяжкина С.Н. Коморбидность в хирургической практике. Saarbrucker, Deutschland LAP LAMBERT: Academic Publishing, 2015.
6. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Леднева А.В. и др. Послеоперационный гипотиреоз // Научный медицинский вестник. 2015. № 2. С. 35–43.
7. Ильченко Л.Ю., Оковитый С.В. Ремаксол: механизмы действия и применения в клинической практике. Часть 2 // Архив внутренней медицины. 2016. Т. 6. № 3. С. 8–18.
8. Ильченко Л.Ю., Оковитый С.В. Ремаксол: механизмы действия и применения в клинической практике. Часть 1 // Архив внутренней медицины. 2016. Т. 6. № 2. С. 16–21.
9. Андреева Н.Н. Экспериментальные и клинические аспекты применения Мексидола при гипоксии // Медицинский альманах. 2009. № 4 (9). С. 193–196.
10. Собенников В.С., Белалов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010.
11. Терещенко И.В. Возможности оптимизации лечения гипотиреоза // Актуальные проблемы эндокринной хирургии. Материалы 28-го симпозиума по эндокринной хирургии с участием эндокринологов «Калининские чтения». Саранск, 2018. С. 109–117.

Clinical Aspects of Remaxol and Mexidol Efficiency in Complex Treatment of Primary Hypothyroidism

Ye.V. Korovkina, A.Ye. Shklyayev, MD, PhD, Prof., S.N. Styazhkina, MD, PhD, Prof., T.Ye. Chernyshova, MD, PhD, Prof., V.V. Tikhonova, PhD, Sh.A. Kazymova, D.D. Burdukova, D.O. Turbin

Izhevsk State Medical Academy

Contact person: Svetlana N. Styazhkina, asu@rkb1.udm.ru

Research objective: to estimate efficiency of treatment with medicines Remaxol and Mexidol, in patients with the comorbid pathology of hypothyroidism assisted by dysfunction of a liver and psychosomatic frustration.

Material and Methods. In the research were included 116 patients with primary hypothyroidism, assisted by disorders of functions of a liver and central nervous system. They were divided into 4 groups depending on the applied complex therapy, with studying of the main clinical symptoms of hypothyroidism, laboratory data and as well the quality of patient's life.

Results. In the analysis of clinical symptoms the depression was found in 98% of cases, but after the carried-out treatment in I group it amounted to 24.32%, in II – 25.93%, in III – 25.00%. The same sign in IV group was found in 96.43% of patients, and by the end of complex treatment remained at level of 39.29%.

In most cases the patient's life quality improved in the first days of therapy that could be observed by the increase of physical capacities.

Studying of concentration of crude protein of plasma showed hypoproteinemia in patients taking part in the research. After the end of complex therapy the increase in crude protein concentration in I group up to 71.10 ± 0.58 g/l, in II – to 72.20 ± 1.90 , in III – to 69.20 ± 0.48 and in IV – to 71.40 ± 0.53 was noted that had essential and statistically reliable differences from initial indicators ($p < 0.001$ for all groups).

In the analysis of the data obtained after the end of treatment reliable differences of indicators of III group are revealed (to all groups $p < 0.01$).

The maintenance of erythrocytes and hemoglobin authentically increased from initial in groups I, II and III ($p < 0.005$), in IV group the changes were not statistically reliable ($p < 0.5$). Hemoglobin level in I group increased from 116.50 ± 3.80 up to 132.36 ± 2.10 g/l, in II – from 114.26 ± 3.60 to 134.81 ± 2.00 , in III – with 114.58 ± 3.50 to 127.08 ± 2.30 ($p < 0.5$ between groups), in IV group its concentration grew slightly from 115.29 ± 3.80 to 116.71 ± 2.10 g/l ($p < 0.5$).

Conclusions. Thus, use of drugs Remaxol and Mexidol for the treatment of patients with primary hypothyroidism promotes elimination of symptoms, allows increasing of clinical performance of the carried-out replacement therapy by thyroxine and at an earlier time frames to reach compensation stage and as well to stop the comorbid pathology progression. In addition, Mexidol and Remaxol have antioxidant activity and improve the function of a liver, and in particular, synthesis of proteins.

Key words: primary hypothyroidism, comorbid pathology, Remaxol, Mexidol