

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Л.Г.Гроппа, Л.Ф.Вуду, Ю.Ю.Раду

Государственный университет медицины и фармацевтики «Николае Тестемицану»,  
г.Кишинэу, Республика Молдова  
Республиканская клиническая больница, г.Кишинэу, Республика Молдова

*В статье представлены результаты исследования качества жизни пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата при первичном гипотиреозе, в соответствии с 8 показателями краткой формы опросника Medical Outcome Study, состоящего из 36 пунктов (SF-36). Оценку состояния здоровья предлагается рассматривать как дополнительный результат по управлению и терапии опорно-двигательных нарушений при первичном гипотиреозе.*

*Ключевые слова: качество жизни, первичный гипотиреоз, опорно-двигательный аппарат.*

**Введение.** В настоящее время важное значение приобретает изучение качества жизни больных при различных соматических заболеваниях, при воздействии физических и психо-эмоциональных факторов, а также при нарушениях познавательной сферы и опорно-двигательного аппарата [1, с.80; 2, с.471; 3, с.35].

На данный момент, патология щитовидной железы в Молдове входит в число двух самых распространенных заболеваний эндокринной системы, уступая лишь диабету. В сравнении с 2000г., в 2006г. число больных с патологией щитовидной железы увеличилось в два раза [4, с.263]. Согласно данным литературы, 2–6% населения страдают от гипотиреоза [5, с.197]. Считается, что клинические ревматологические проявления при гипотиреозе могут быть весьма разнообразными, приобретая особое значение при определении состояния здоровья населения (начиная от простых болевых ощущений и до появления явных физических нарушений при движении) [6, с.93].

Общий опросник здоровья – Medical Outcomes Study – Short Form содержит 36 пунктов (SF-36) и был разработан как показатель здоровья населения в целом. В то же время SF-36 был разработан как общий инструмент для применения к различным условиям. Этот тест может быть использован как для оценки качества оказания медицинской помощи, так и в научных исследованиях. Опросник SF-36 полезен при мониторинге состояния здоровья пациентов с одним или несколькими патологическими заболеваниями, а также для оценок их статуса по сравнению со статусом здорового населения [3, с.35]. Пункты в опроснике SF-36 взяты из MOS (Rand's Medical Outcome Study), которые вклю-

чают в себя 245 баллов. Это мультибалльная шкала, которая измеряет следующие восемь показателей: физическое функционирование – Physical Functioning (PF) – отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning (RP) – отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность; телесная боль – Bodily pain (BP) – характеризует влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; общее состояние здоровья – General Health (GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; жизнеспособность – Vitality (VT) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным; социальное функционирование – Social Functioning (SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность; роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – Role-Emotional (RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности; психическое здоровье – Mental Health (MH) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, дает общий показатель положительных эмоций [3, с.93; 7, с.1; 8, с.73; 9, с.53].

Принято использовать два способа интерпретации результатов:

1. Простой метод балльной оценки ответа для каждого вопроса от 0 до 100 баллов. Высокие баллы характеризуют более благоприятный статус состояния здоровья. Баллы для каждого вопроса

кодируются в несколько этапов в зависимости от количества вопросов в анкете.

2. Метод с применением компьютерной программы, графически иллюстрирующей определяемую балльную характеристику по каждой шкале.

В исследовании был использован первый метод. Исследовано две группы пациентов и одна группа здоровых лиц (группа контроля), результаты были сопоставлены друг с другом.

**Цель исследования.** Оценка качества жизни у больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата при первичном гипотиреозе.

**Материал и методы.** Обследовано 50 пациентов, разделенных на три группы: 20 больных (основная группа) с первичным гипотиреозом и связанным с ним нарушением опорно-двигательного аппарата, 10 больных с первичным гипотиреозом без нарушений опорно-двигательного аппарата в возрасте от 20 до 60 лет, которые были госпитализированы в отделение эндокринологии Республиканской клинической больницы и 20 здоровых людей. Критерии отбора для исследования: подтвержденный диагноз гипотиреоза, возраст с 18 до 60 лет, а также согласие пациента на участие в исследовании.

Из исследования исключены пациенты с ревматическими заболеваниями в анамнезе с вторичным гипотиреозом, болезнями сердца, печени, легких, злокачественными новообразованиями, декомпенсацией функции почек.

Для оценки качества жизни использована краткая форма опросника Medical Outcome Study, включающего 36 пунктов (SF 36) по следующим 8 показателям: физическое функционирование – Physical Functioning (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием –

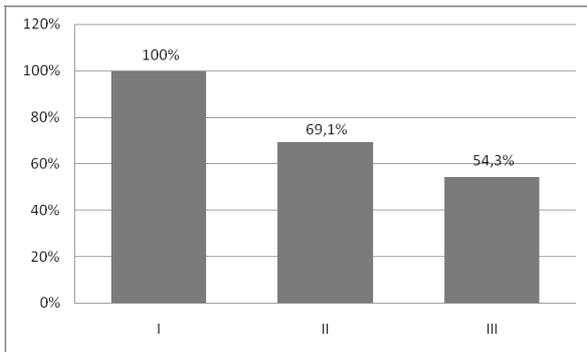
Role-Physical Functioning (RP), телесная боль – Bodily pain (BP), общее состояние здоровья – General Health (GH), жизнеспособность – Vitality (VT), социальное функционирование – Social Functioning (SF), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – Role-Emotional (RE) и психическое здоровье – Mental Health (MH).

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования установлено, что показатели качества жизни по оценочным шкалам по PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE и MH у пациентов с гипотиреозом, ассоциированным с нарушениями опорно-двигательного аппарата соответственно составили: 36,4, 36,1, 27,3, 36,7, 35,3, 38,1, 31,0, 33,1, в среднем –  $34,3 \pm 3,58$ . В группе больных с гипотиреозом, не связанных с нарушениями опорно-двигательного аппарата, показатели оценочной шкалы составили: 51,5, 54,8, 36,6, 41,8, 42,5, 56,3, 23,3, 43 в среднем –  $43,7 \pm 10,78$ . У здоровых лиц, без гипотиреоза или нарушений опорно-двигательного аппарата (контрольная группа), показатели по шкале были соответственно: 80,2, 65,6, 48,6, 50,2, 59,4, 70,1, 70,6, 61,2 в среднем –  $63,2 \pm 10,68$  (табл.). Если считать контрольную группу (здоровые люди) как стандартную (100%-ное качество жизни), то качество жизни пациентов в группе страдающих гипотиреозом, ассоциированным с нарушением опорно-двигательного аппарата, составляет 54,3%, а у пациентов с гипотиреозом, не ассоциированным с нарушениями опорно-двигательного аппарата, – 69,1% (рис.).

**Вывод.** Первичный гипотиреоз, связанный с нарушением опорно-двигательного аппарата, приводит к значительному снижению качества жизни, составившему 54,3% уровня здорового населения.

Результаты баллов по шкале SF-36 для групп пациентов

Оценочные элементы	Пациенты с гипотиреозом, без нарушений опорно-двигательного аппарата	Пациенты с гипотиреозом, ассоциированным с нарушениями опорно-двигательного аппарата	Здоровые лица (группа контроля), без гипотиреоза и нарушений опорно-двигательного аппарата
PF	51,5	36,4	80,2
RP	54,8	36,1	65,6
BP	36,6	27,3	48,6
GH	41,8	36,7	50,2
VT	42,5	35,3	59,4
SF	56,3	38,1	70,1
RE	23,3	31,0	70,6
MH	43	33,1	61,2
Итог	349,8	274	505,9
Средние±DS	$43,7 \pm 10,78$	$34,3 \pm 3,58$	$63,2 \pm 10,68$



Уровни сравнения при оценке качества жизни:

I – здоровые лица (без гипотиреоза и без нарушений опорно-двигательного аппарата), II – пациенты с гипотиреозом, без нарушений опорно-двигательного, III – пациенты с гипотиреозом, ассоциированным с нарушением опорно-двигательного аппарата

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Karner-Huuleac, A.N. Aspecte etice ale cercetarii calitatii vietii pacienilor cronici / A.N.Karner-Huuleac, Revista Romana de Bioetica, 2013. – 1(11), 79-87.
2. The relation between muscle strength and quality of life in patients with total knee replacement / I.L.Borda [et al.] // Clujul Medica, 2012. 3(85), 470-475.
3. Chilari, L.P. Afectarea calitatii vietii la pacienii cu osteoartropatie diabetica prin chestionarul SF-36 / L.P.Chilari // Arta Medica, 2010. – 4(43), 35-37.
4. Anestiadi, Z. Epidemiologia patologiei glandei tiroide in Republica Moldova / Z.Anestiadi // Arta Medica, Editie speciala, 2007. – 263-264.
5. Vudu, L.F. Viziuni moderne asupra clinicii, diagnosticul i terapiei hipotiroidismului (Revista literaturii) / L.F.Vudu // Buletinul academiei de tiine a Moldovei tiine medicale, 2014. – 4(45), 197-205.
6. Berghea, F. Revista sistemica a datelor curente privind impactul socio- economic al bolilor reumatice din perspectiva pacientului / F.Berghea, St.Sueanu, A.Boonen // Rev Romana Reumatol., 2008. – 17(2), 93-97.
7. Studiul calitatii vietii folosind “SF-36 HEALTH SURVEY TEST” la pacienii transplantai, pacienii hemodializai, pacienii anefrici dupa neoplasme renale i pacienii uremici cu urolitiza maligna / I.Sinescu [et al.] // Revista Romana de Urologie, 2008. – 3, 1-6. – [http://revista-urologia.ro/wp-content/uploads/2008/12/4\\_studiul-calitatii-vietii-folosind-e2809csf-36-health-survey-teste2809d.pdf](http://revista-urologia.ro/wp-content/uploads/2008/12/4_studiul-calitatii-vietii-folosind-e2809csf-36-health-survey-teste2809d.pdf).
8. Оценка качества жизни пациентов, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы / В.В.Рыбачков [и др.] // Курский научно-практический вестник “Человек и его здоровье”, 2011. 1, 72-75.
9. Масадыков, А.С. Особенности качества жизни у больных с послеоперационным гипотиреозом / А.С.Масадыков // Сибирский онкологический журнал, 2010. – 4(40), 51-54.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 40 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Л.Г.Гроппа, Е.С.Руссу, В.И.Казак

Основной целью исследования являлось определение частоты низкоэнергетических периферических переломов у людей старше 40 лет за 2011 и 2012 годы. Исследование проводилось в двух регионах Республики Молдова, в которых проживает больше 208 тысяч человек. Средняя заболеваемость составила 881.3 (2011 год) и 854.2 (2012 год) новых случаев на 100 тысяч населения. Заболеваемость зависела от пола, возраста и времени года.

Ключевые слова: проксимальный отдел плеча (ПОП), проксимальный отдел бедра (ПОБ), дистальный отдел предплечья (ДОП), дистальный отдел голени (ДОГ), заболеваемость.

**Введение.** ЭВА – многоцентровое эпидемиологическое исследование – проводилось в 2013–2015гг. в разных странах Евразии с целью выявления заболеваемости остеопоротическими периферическими переломами и оценки исходов переломов проксимального отдела бедра. В статье представлены результаты первого – ретроспек-

тивного этапа исследования в Республике Молдова. На этом этапе собраны случаи переломов проксимального отдела плеча (ПОП), проксимального отдела бедра (ПОБ), дистального отдела предплечья (ДОП) и дистального отдела голени (ДОГ). Исследование проводилось в двух районах страны – Оргеевском и Ново-Аненском, общее насе-