

При статистической обработке результатов хронометражных измерений клинических процессов изготовления протезных конструкций с опорой на имплантаты с вкручиваемыми монокристаллическими абатментами необходимо установить лишь показатель средней арифметической взвешенной. В определении ошибки средней арифметической взвешенной необходимости нет, так как данный процесс не имеет признаки линейной зависимости и не соответствует постулатам закона нормального распределения Гаусса-Ляпунова [9].

Выводы

Норматив времени врача-стоматолога ортопеда на изготовление конкретному пациенту одной одиночной коронки с опорой на имплантат с вкручиваемым монокристаллическим абатментом составляет 196,97 мин, а на изготовление мостовидного протеза с двумя такими опорами – 213,20 мин.

При изготовлении одному пациенту нескольких подобных одиночных коронок или мостовидных зубных протезов с иным количеством конструктивных элементов обязательно использование соответствующего корректировочного коэффициента (К), который соответствует либо количеству одиночных коронок, либо количеству опор мостовидных протезов.

Литература

1. Лабунец В.А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе ее развития [Текст]: монография / В.А. Лабунец, Одесса.-2006.-427с.
2. Заблоцкий Я.В. Поширеність та структура дефектів

зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області [Текст]: Я.В. Заблоцкий, Н.М. Дідик // Вісник стоматології.-2005.-№1.-С.78-87.

3. Наказ МОЗ України №566 від 23.11.2004 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонція», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія»».

4. Наказ МОЗ України №507 від 28.12.02 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

5. Диев Е.В. Актуальные проблемы дентальной имплантации в контексте концепции оказания комплексной имплантологической помощи в Украине [Текст]: Е.В. Диев, В.А.Лабунец, С.А. Шнайдер, Т.В. Диева // Інновації в стоматології.-2014.-№2.-С.72-77.

6. Параскевич В.А. Дентальная имплантология: основы теории и практики [Текст]: монография / В.А.Параскевич, Медицинское информационное агентство, Москва, 2011. - с.399.

7. Неспрядько В.П. Дентальна імплантологія [Текст]: монографія / В.П. Неспрядько, П.В. Куц, «Контраст», Харків, 2009.- 287 с.

8. Лабунец В.А. Методологічні аспекти уніфікованої системи обліку, контролю праці стоматологів-ортопедів і зубних техніків в Україні [Текст]: методичні рекомендації / В.А. Лабунец, В.Р. Григорович.-Одеса,1999.-12 с.

9. Диев Е.В. Особенности статистической обработки данных хронометражных измерений продолжительности изготовления зубных протезов при нормировании труда специалистов в стоматологии [Текст]: Е.В. Диев, В.А.Лабунец, С.А. Шнайдер, Е.Е. Диева // Галицький лікарський вісник.-2014.-№4, Т.21.-С.107-109.

Поступила 04.04.2016 года.

УДК 616.441

ВЛИЯНИЕ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

В.В. Кирьянова, Н.В. Ворохобина, З.Х. Махрамов

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

EFFECT OF BIORESONANCE THERAPY ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

V.V. Kiryanova, N.V. Vorokhobina, Z.H. Makhramov

Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Резюме. Предложена схема лечения больных гипотиреозом, с помощью биорезонансной терапии, обследовано 150 больных, которые были распределены на три группы по 50 человек: основная группа, контрольная группа и группа плацебо. Все пациенты в группах получали фармакотерапию препаратами тироксина. В основной группе дополнительно применялась биорезонансная терапия. После проведенной терапии в основной группе, по сравнению с контрольной группой и группой плацебо, показатели качества жизни, тревоги и депрессии достоверно улучшились. Контрольный осмотр через 6 месяцев показал, что исследуемые значения качества жизни, тревоги и депрессии в основной группе стали достоверно лучше, нежели в двух остальных группах. Полученные результаты в основной группе свидетельствуют об эффективности применения БРТ в комплексном лечении гипотиреоза. В настоящее время применение неинвазивных методов в лечении эндокринных заболеваний является актуальной для современной медицинской науки.

Ключевые слова: гипотиреоз, качество жизни, тревога, депрессия, биорезонансная терапия, базисная терапия, целевая терапия.

Abstract. A scheme for the treatment of patients with hypothyroidism using bio-resonance therapy was proposed. 150 patients were examined. They were divided into three groups of 50 persons: the main group, the control group and the placebo group. All patients received pharmacotherapy by means of thyroxine medication. Bioresonance therapy was additionally applied in the main group. The indices of quality of life, anxiety and depression significantly improved in the main group in comparison with the control group and the placebo group after the treatment. Control examination after 6 months showed that the investigated indices of quality of life, anxiety and depression in the main group

became significantly better than in the other two groups. The results obtained in the main group indicated the effectiveness of BRT in the comprehensive treatment of hypothyroidism. Currently, the use of non-invasive methods in the treatment of endocrine diseases is relevant to modern medical science.

Keywords: *hypothyroidism; quality of life; anxiety; depression; bioresonance therapy; basic therapy; targeted therapy.*

Постановка проблемы и анализ последних исследований. Патология щитовидной железы занимает одно из центральных мест в клинической эндокринологии. Заболевания щитовидной железы по распространенности делят первенство с сахарным диабетом, намного опережая другие эндокринные нарушения. Возрастающая частота заболеваний щитовидной железы среди населения в настоящее время является одной из актуальных проблем современной эндокринологии [1]. Высокая распространенность, наличие комплекса предрасполагающих факторов, сложности в дифференциально-клинической диагностике и множественная симптоматика, создают необходимость своевременной диагностики и адекватного длительного лечения гипотиреоза [2].

Первичный манифестный гипотиреоз в популяции встречается в 0,2-1% случаев, субклинический гипотиреоз – до 10% среди женщин и до 3% среди мужчин. В большинстве случаев гипотиреоз является первичным и наиболее часто развивается в исходе аутоиммунного тиреоидита, реже – в результате лечения синдрома тиреотоксикоза [3].

Используемые в настоящее время принципы коррекции гипотиреоза практически не зависят от патогенеза и сводятся к заместительной гормональной терапии. При этом важно соблюдение больными назначенной схемы лечения. Недостаточная заместительная терапия тиреоидными гормонами способствует прогрессированию ишемической болезни сердца, нарушению репродуктивной функции, депрессиям, а передозировка опасна развитием миокардиодистрофии с мерцательной аритмией и синдромом остеопении, изменениями в периферических тканях [4].

При субклиническом гипотиреозе чаще всего страдает эмоциональная сфера. При этом отмечаются подавленное настроение, необъяснимая тоска, выраженная депрессия, отличительной особенностью которой является присутствие чувства паники и низкая эффективность антидепрессантов. В литературе есть указания на то, что астено-депрессивные состояния при данной патологии наблюдаются практически всегда. По мнению многих авторов, субклинический гипотиреоз не является причиной развития депрессии, но он может снижать порог развития депрессивных состояний. Согласно разным источникам, частота субклинической формы гипотиреоза у больных с депрессивными расстройствами колеблется от 9 до 52%. Кроме того, снижаются познавательная функция, память, внимание, интеллект [7].

При манифестном гипотиреозе нервно-психические расстройства наиболее выражены, особенно, у пациентов пожилого возраста. Есть данные о снижении постоянного потенциала головного мозга при гипотиреозе из-за глубокого нарушения нейроэндокринного взаимодействия [8]. Гипотиреоидная энцефалопатия характеризуется общей заторможенностью, головокружением, снижением социальной адаптации, существенным нарушением интеллекта. Больные отмечают, что с трудом анализируют происходящие события. При использовании нейропсихологического тестирования объективно выявляется торпидность мыслительных процессов, уменьшение объема кратковременной памяти [5]. У большинства больных гипотиреозом на фоне астении возникают депрессивные и ипохондрические состояния. Астено-депрессивный синдром проявляется эмоциональной вялостью, апатией, безинициативностью, плаксивостью, психической и моторной заторможенностью. При астено-ипохондрическом синдроме наблюдается тревожно-мнительное настроение, повы-

шенная фиксация внимания на своих ощущениях. Диссомнические расстройства при гипотиреозе характеризуются патологической сонливостью, нарушениями ночного сна, прерывистым сном без чувства отдыха. Часто встречаются так называемые «апноэ во сне», являющиеся фактором риска развития церебрального инсульта и инфаркта миокарда [7].

На фоне однообразного, безучастного, аспонтанного поведения больных гипотиреозом могут возникать как экзогенно органические психозы, так и похожие по структуре на эндогенные – шизофреноподобные, маниакально-депрессивные и т.д. Также могут встречаться тревожно-депрессивные, делириозно-галлюцинаторные (микседематозный делирий) и параноидные состояния. Нельзя не отметить, что после тиреоидэктомии психозы встречаются наиболее часто [11].

Психические нарушения носят закономерный характер, что имеет важное значение для диагностики [12]. Так, гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита характеризуется преобладанием психоэмоциональных нарушений (астения, невротоподобный синдром), в то время как для послеоперационного гипотиреоза характерно преобладание когнитивных нарушений [13].

В настоящее время актуальным является поиск оптимальных терапевтических подходов, позволяющих остановить прогрессирование нарушений функции щитовидной железы [10].

Метод биорезонансной терапии основан на использовании электромагнитных колебаний, генерируемых организмом. Предлагаемый метод, в отличие от большинства известных методов физиотерапии, не связан с нагревом тканей, что позволяет отнести его к «лечебным факторам малой интенсивности». Устройства для реализации метода могут быть с электрическим воздействием (контактным - на кожу, с применением токопроводящих электродов) и электромагнитным - (бесконтактным, через индукторы различного типа). Этот процесс на протяжении долей секунды, подавляет или уничтожает патологические колебания и постепенно восстанавливает физиологическое динамическое равновесие. БРТ работает в биофизической плоскости, являясь электромагнитной резонансной терапией [6].

Именно в результате того, что с помощью БРТ можно получать желаемые эффекты, перестраивая гомеостаз пациента, появилась необходимость применять БРТ, как и любой другой сильнодействующий метод, грамотно, с учетом того, в каких случаях и на какие системы допустимо воздействие [9].

Учитывая полиморфизм клинических и психических проявлений гипотиреоза, следует обратить особое внимание на динамику качества жизни (КЖ) при лечении гипотиреоза.

Цель исследования: изучить динамику состояния качества жизни пациентов гипотиреозом при использовании биорезонансной терапии в комплексной терапии гипотиреоза.

Материал и методы

В исследовании были включены 3 группы пациентов в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 45,6 года). Пациенты 150 человек были распределены на 3 сопоставимые группы по 50 человек. Все пациенты получали лечение по одинаковой традиционной схеме лечения гипотиреоза, то есть заместительную терапию препаратами тироксина. Основная группа в дополнение к заместительной терапии получала биорезонансную терапию (БРТ). Контрольная

Таблица 1. Динамика показателей качества жизни (SF-36) у больных гипотиреозом, баллы (M±m)

Показатели	Основная группа			Контрольная группа			Плацебо группа		
	До лечения	После лечения	Через 6 мес.	До лечения	После лечения	Через 6 мес.	До лечения	После лечения	Через 6 мес.
PF- Физическое функционирование	68,44±2,0	81,5±1,7	90,0±2,6*	69,5±2,1*	74,9±1,7	77,2±2,8**	68,5±2,3	75,0±1,8	77,9±1,5**
RP-Рольное функционирование	43,85±2,4	73,4±2,5	82,3±2,2**	47,3±1,6**	60,6±1,6	65,2±2,0**	44,96±3,5	64,4±4,0	68,7±3,4**
BP-Боль	43,63±3,4	64,5±3,1	75,4±3,0**	44,6±1,5	52,7±1,3	60,2±2,5**	44,2±2,4	60,3±3,8	65,7±3,7**
GH- Общее здоровье	51,17±2,0	73,4±2,7	81,8±2,6**	51,9±1,6*	64,9±2,4	69,3±3,6**	51,7±3,3	60,8±3,8	66,6±3,6**
VT- Жизнеспособность	41,04±1,2	65,7±3,8	77,9±3,1**	42,4±1,7**	51,2±1,8	55,9±2,2**	42,2±2,6*	52,3±3,76	59,9±4,8**
SF- Социальное функционирование	58,5±3,0	80,7±1,2	87,8±2,5**	61,5±1,4**	70,9±2,2	75,2±1,7**	60,1±1,6*	73,7±3,6	77,5±3,1**
RE- Рольное эмоциональное функционирование	31,2±1,7	53,9±3,1	66,3±3,8**	33,1±1,6**	41,1±1,6	50,6±1,85**	32,9±2,3**	48,3±3,82	54,2±3,9**
MN- Психологическое здоровье	48,5±3,7	67,5±3,5	79,3±3,45**	51,96±1,3**	60,6±1,5	64,8±1,6**	50,8±2,4**	60,5±2,6	65,1±2,5**

Примечание: * достоверность ($p < 0,05$) различий между группами сравнения, **достоверность ($p < 0,01$) различий между 1-й, 2-й и 3-й группами

группа получала только фармакотерапию и группа плацебо получала фармакотерапию и имитацию процедур БРТ. Всем пациентам оценивали показатели качества жизни (КЖ), уровень тревоги и депрессии, при поступлении, через месяц после лечения и через 6 месяцев.

Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью русской версии опросника Medical Outcomes Study (MOS) SF36, отвечающего всем требованиям, предъявляемым к материалам для оценки КЖ и наиболее часто используемым в популяционных исследованиях. Опросник включает в себя 36 вопросов о физических, физиологических и социальных сферах жизни. Вопросы формируют 8 шкал КЖ[10]. Различные шкалы включают от 2 до 10 пунктов. Каждый пункт используется только одной определенной шкалой. В соответствии со стандартной процедурой обработки значение каждой шкалы выражается в нормированных баллах и колеблется в диапазоне от 0 до 100, где 0 – наихудшее, а 100 – наилучшее качество жизни.

Госпитальная шкала тревоги (HARS) и депрессии (HDRS) Гамильтона разработана для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов с гипотиреозом. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги (HARS) и депрессии (HDRS).

Пациентам основной группы было проведено 12 ежедневных процедур БРТ с помощью аппарата “Дета Профессонал”, включающим 2 этапа: этап базисной терапии и целевой терапии. Проведено 5 процедур базисной терапии и 7 – целевой терапии. На этапе базисной терапии проводили сегментарное воздействие на весь организм, используя точечные и пластинчатые электроды: входная мощность 1,5 Вт, выходная мощность 0,7 Вт, частоты электромагнитных колебаний в низкочастотном диапазоне 1-1000 Гц в течение 12 мин. В первой фазе базисной терапии для воздействия используют режим без фильтра (БФ), с высотой усиления - А, равной 20, продолжительностью 3-4 мин, во второй фазе для воздействия используют низкие частоты (НЧ) - 1-1000 Гц с высотой усиления А, равной 16, продолжительностью 3-4 мин, в третьей фазе используют высокие частоты (ВЧ) - 1000-10000 Гц с высотой усиления А, равной 12, продолжительностью - 3-4 мин, воздействие проводят по 1 процедуре ежедневно. Затем, на следующий день после

завершения этапа базисной терапии, то есть на 6-ой день курса лечения, проводили биорезонансное воздействие на акупунктурные точки щитовидной железы TR-3E-2 на обеих руках поочередно по 1 процедуре ежедневно в течение 7 дней. При этом используют низкие частоты (НЧ) от 1 до 1000 Гц, с высотой усиления А, равной 14-35, воздействие осуществляют по 15-20 минут на точки акупунктуры TR-3E-2 на каждой руке.

Результаты и их обсуждение

Известно, что развитие гипотиреоза сопровождается снижением уровня качества жизни, что проявляется различными жалобами со стороны пациентов. В проведенном исследовании мы сравнили показатели КЖ пациентов гипотиреозом во всех трех группах.

В исходном состоянии практически по всем шкалам опросника SF36 показатели КЖ у пациентов основной группы были статистически значимо ниже, чем в контрольной группе и группе плацебо. Из таблицы 1 видно, что во всех трех группах до лечения показатели КЖ были низкие. После проведенной терапии показатели КЖ во всех трех группах улучшились, но в основной группе, где проводилась дополнительно БРТ, показатели достоверно увеличились, что свидетельствует об эффективности применения БРТ в комплексной терапии гипотиреоза.

Ниже приведем график изменения динамики показателя общего здоровья (GH) во всех трех группах (рис. 1).

Из рисунка 1 видно, что изначально показатель общего

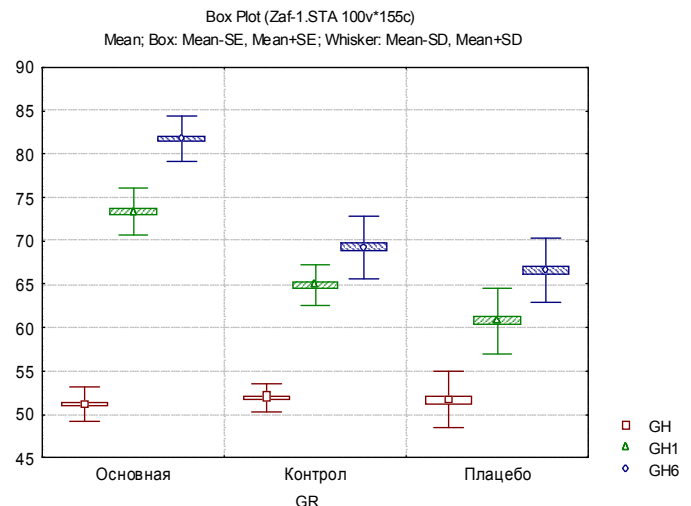


Рис. 1. Динамика общего здоровья (GH) в группах

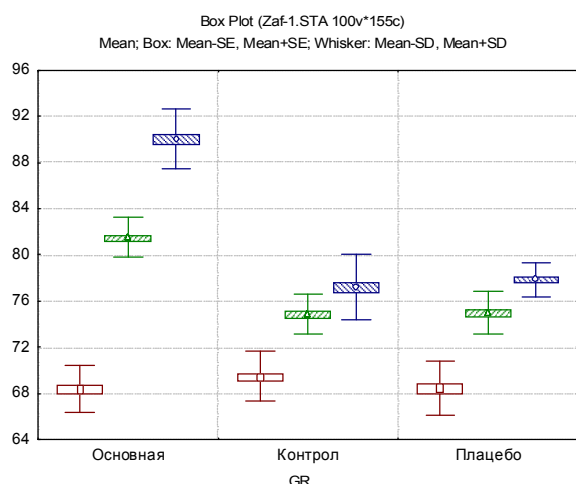


Рис. 2. Динамика физического функционирования(PF) в группах

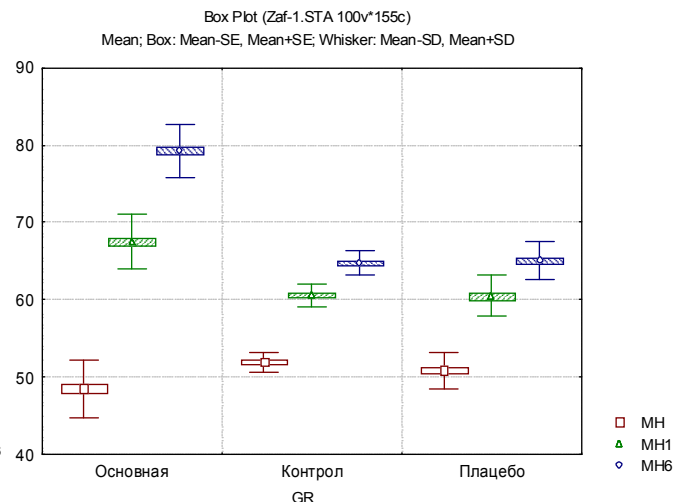


Рис. 3. Динамика психологического здоровья(MH) в группах

здоровья (GH) во всех трех группах был одинаково низким. После проведенной терапии показатель GH значительно вырос, но в основной группе значения GH достоверно увеличились по сравнению с двумя другими группами. Проведенное анкетирование через 6 месяцев показало, что значения общего здоровья в основной группе еще больше улучшилось, по сравнению с двумя другими группами, что свидетельствует об устойчивой компенсации гипотиреоза с помощью БРТ.

Из рисунка 2 видно, что изначально показатель физического функционирования (PF) во всех трех группах был одинаково низким и показатели в группах были сопоставимы. После проведенной терапии показатель PF не значительно вырос в контрольной группе и группе плацебо, но в основной группе PF достоверно увеличился, по сравнению с двумя другими группами. Анкетирование через 6 месяцев показало, что показатель PF в основной группе увеличился на 25-30%, по сравнению с двумя другими группами, что свидетельствует об устойчивой компенсации гипотиреоза с помощью БРТ.

Из рис. 3 видно, что изначально показатель психологического здоровья (MH) в основной группе был незначительно ниже, чем в двух других группах, но статистически группы были сопоставимы. После проведенной терапии показатель MH не значительно вырос в контрольной группе

и группе плацебо, по сравнению с основной группой. Анкетирование через 6 месяцев показало, что показатель психологического здоровья в основной группе улучшился на 13-17%, по сравнению с двумя другими группами, что свидетельствует об устойчивой компенсации гипотиреоза с помощью БРТ.

Из таблицы 2, и рис. 4 видно, что до лечения в основной группе показатель тревоги (HARS) был значительно выше, чем в контрольной группе и группе плацебо. После проведенной терапии БРТ в комплексном лечении больных гипотиреозом, показатели тревоги значительно уменьшились, а контрольный осмотр через 6 месяцев показал достоверное уменьшение показателей HARS, что указывает на улучшение в основной группе, по сравнению с двумя другими группами.

Из таблицы 2, и рис. 5 видно, что до лечения в основной группе показатель депрессии (HADS) во всех трех группах был высокий. После использования БРТ в комплексном лечении больных гипотиреозом в основной группе, показатели HADS значительно уменьшились, а контрольный осмотр через 6 месяцев, показал достоверное уменьшение значения депрессии, что указывает на стойкую компенсацию гипотиреоза в основной группе, по сравнению с двумя другими группами.

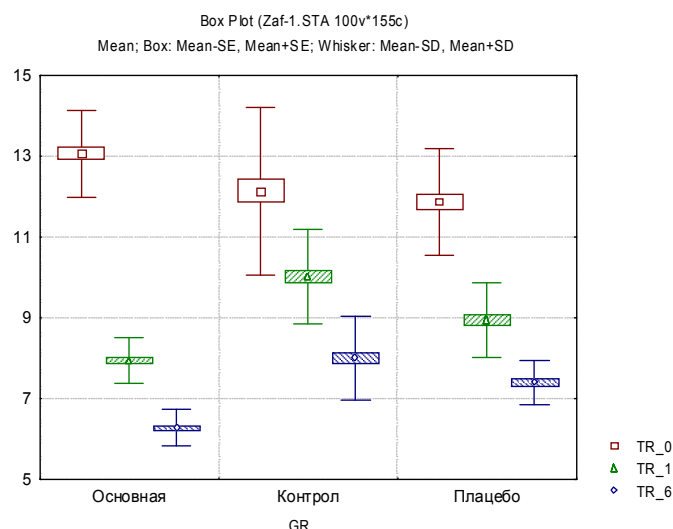


Рис. 4. Динамика показателя тревоги (HARS) в исследуемых группах

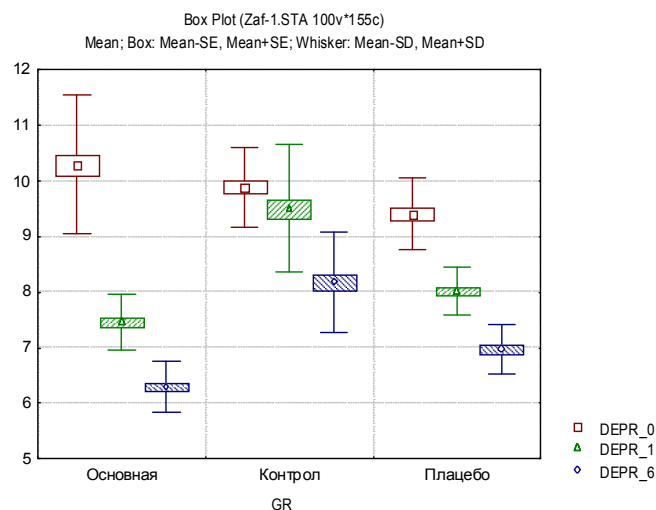


Рис. 5. Динамика показателя депрессии (HADS) в исследуемых группах

Таблица 2. Динамика показателей тревоги и депрессии у больных гипотиреозомбаллы (M±m)

Показатели	Основная группа			Контрольная группа			Плацебо группа		
	В начале	В конце	Через 6 мес.	В начале	В конце	Через 6 мес.	В начале	В конце	Через 6 мес.
Тревога (HARS)	13,04±1,1	7,9±0,6	6,3±0,4**	12,1±2,1	10,0±1,2	8,0±1,0**	11,8±1,3	8,9±0,9	7,4±0,5**
Депрессия (HADS)	10,3±1,2	7,5±0,5	6,3±0,5**	9,8±0,7	9,5±1,1	8,2±0,9**	9,4±0,6	8,0±0,44	6,9±0,44**

Примечание: * достоверность ($p<0,05$) различий между группами сравнения, ** достоверность ($p<0,01$) различий между 1-й, 2-й и 3-й группами

Выводы

Исходя из полученных результатов исследования можно сделать вывод, что показатели качества жизни, изначально во всех трех группах были низкими. После проведенной терапии в основной группе, по сравнению с контрольной группой и группой плацебо, показатели КЖ значительно улучшились. Значения тревоги и депрессии изначально во всех группах были высокими. После проведенной терапии в основной группе показатели тревоги и депрессии достоверно уменьшились, по сравнению с двумя другими группами. Контрольное анкетирование через 6 месяцев показало, что исследуемые показатели качества жизни, тревоги и депрессии в основной группе стали достоверно лучше, нежели в двух остальных группах. Полученные результаты в основной группе свидетельствуют об эффективности применения БРТ в комплексном лечении гипотиреоза.

Литература

1. Агаджанян Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева – М.: РУДН, 2006. – 284 с.
2. Абдулхабилова Ф.М. Гипотиреоз: Принципы современной диагностики и лечения / Ф.М. Абдулхабилова // Эффективная фармакотерапия. – 2010. – № 40. – с. 68-73.
3. Бицадзе Р.М. Метаболические особенности сердечно-сосудистой патологии у больных сахарным диабетом 2 типа / Р.М. Бицадзе, В.В. Дорофейков, А.Г. Обрезан // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Серия 11 медицина. – Выпуск 1. – С. 3-10.
4. Моргунова Т.Б. Качество жизни пациентов с гипотиреозом / Т.Б. Моргунова, Ю.А. Мануйлова, М.Ш. Мадиярова [и др.] // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2010. – Т. 6,

№ 2. – С. 62-67.

5. Холодова Е.А. Клиническая эндокринология: Руководство для врачей / Е.А. Холодова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – С. 710-711.

6. Методические рекомендации для медицинского прибора биорезонансной терапии “DETA -BRT” Лихарев В.В. НПП “Эллис”, 2006 г., 102 с. – С. 94.

7. Durelli L. Thyroid function and autoimmunity during interferon-Beta-1b Treatment: a Multicenter Prospective Study / L. Durelli, B. Ferrero, A. Oggero [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2001. – Vol. 86. – P. 3.

8. Bisschop M. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam / M. Bisschop, D. Kriegsman, D. Deeg [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2005. – № 57. – P. 187-194.

9. Galle M. Die MORA-Bioresonanz therapie – eine komplementärmedizinische Methode / M. Galle // Arzt, Zahnarzt und Naturheilverfahren. Heft 1. – 2007. – № (1). – P. 7-11.

10. Watt T. Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review / T. Watt, M. Groenvold, A. Rasmussen [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2006. – Vol. 154, № 4. – P. 501-510.

11. Wekking E. Cognitive functioning and wellbeing in euthyroid patients on thyroxine replacement therapy for primary hypothyroidism / E. Wekking, B. Appelhof, E. Fliers [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2005. – Vol. 153. – P. 747-753.

12. Razvi S. Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review / S. Razvi, C. McMillan, J. Weaver // Clin. Endocrinol. – 2005. – Vol. 63. – P. 617-624.

13. Bianchi P. Healthrelated quality of life in patients with thyroid disorders / P. Bianchi, V. Zaccaroni, E. Solaroli [et al.] // Qualit. Life Research. – 2004. Vol. 13, №1. – P. 45-54.

Поступила 04.04.2016 года