

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИМЕДИЦИНСКИЕ НАУКИMEDICAL SCIENCES*Еспаева Р.Н.***БИРИНЧИ ТӨРӨТТӨН АКУШЕРДИК ҚАН АГУУЛАРЫН
КӨТӨРГӨН АЯЛДАРДЫН ТӨРӨТТӨН КИЙИНКИ
МЕЗГИЛДЕГИ ЖАШОО САПАТЫН БААЛОО***Еспаева Р.Н.***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ
АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ***Еспаева Р.Н.***АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУЛЕР БОЛҒАН АЛҒАШ
РЕТ БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ БОСАНУДАН КЕЙІНГІ
КЕЗЕҢДЕГІ ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУ***R.N. Espaeva***QUALITY OF LIFE IN THE DYNAMICS OF NULLIPAROUS WOMEN
UNDERGOING OBSTETRIC HEMORRHAGE**

УДК: 618.2-055.25/6-005.1

Қалыпты түрде және қан кетумен асқынған патологиялық босанулар кезіндегі жаңадан босанған әйелдердің өмір сапасына (ӨС) зерттеу жүргізілді. Бұл үшін денсаулықты бағалау сауалнамасының қысқаша 36 нұсқасы (Short Form Health Survey - SF-36) қолданылды. ӨС бағалануы, зерттеудің үш тобындағы жаңадан босанған әйелдерге босанғаннан кейін 5-6 күні және 6-8 аптадан кейін сауалнама жүргізу жолымен жүзеге асырылды. Физиологиялық босану жүзеге асырылған 45 жаңадан босанған әйел бақылау тобына кірді; салыстыру тобына - консервативті гемостаз болған, орташа көлемде қан кету болған 43 жаңадан босанған әйел және гистерэктомия көлемінде хирургиялық гемостаз жүргізілген, көп мөлшерде қан кету болған 32 жаңадан босанған әйел негізгі топты құрады. Босанудан кейінгі 5-6 тәулікте, бақылау тобындағы әйелдерде барлық көрсеткіштер бойынша біршама жоғары баллдар байқалды, олардың денсаулық көрсеткіштері төмен болғанымен, денсаулықтарының жиынтықтағы психологиялық құрамдас бөлігінің біршама жоғары болғандығы байқалды. Денсаулықтың психологиялық құрамдас бөлігіндегі осыған ұқсас қарқын екінші топтағы жаңадан босанған әйелдерде байқалды, бұған қоса физикалық ауру шкаласы бойынша ғана айқын төмен баллдар байқалып, бұл осы топтағы әйелдердің, алғашқы топтағы әйелдерге қарағанда босану барысында біршама зақым

алғандықтарын көрсетті. Үшінші топтағы әйелдерде басқа жағдай байқалды. Гистерэктомия физикалық жағдайға ғана емес, негізінен ауру синдромына әсер етіп, сондай-ақ бала тауатын мүшеден айырылуға байланысты, күйзелісті және мазасыздық жағдайдың дамуына жалғасты. Босанудан кейінгі кезеңнің соңы, физикалық жағдайдың қалыпқа келуімен де, сондай-ақ зерттеудің барлық тобындағы психологиялық жайлылықтың өршуімен де сипатталды. Бірақ мұнымен қатар, үшінші топтағы жаңадан босанған әйелдерде, ауру шкаласы бойынша ғана олардың азаю есебінен біршама айқын өзгерістер байқалып, бұл уақытта олардың психоэмоционалдық жағдайлары төмен деңгейде қала берді.

Түйінді сөздер: алғаш рет босанатын әйел, акушерлік қан кетулер, жаңадан босанған әйел, босанудан кейінгі кезең, өмір сапасы, консервативті гемостаз, хирургиялық гемостаз, гистерэктомия.

Проводилось изучение качества жизни (КЖ) родильниц при нормальных и патологических родах, осложненных кровотечением. Для этого использовали короткую версию опросника оценки здоровья-36 (Short Form Health Survey - SF-36). Оценка КЖ проводилась путем анкетирования родильниц трех групп исследования на 5-6 день и через 6-8 недель после родов. В контрольную группу вошли 45 родильниц с физиологическими родами; в группу сравнения - 43 родильницы, перенесших

умеренную кровопотерю с консервативным гемостазом и 32 родильницы с массивным кровотечением составили основную группу, которым был проведен хирургический гемостаз в объёме гистерэктомии. На 5-6 сутки после родов наиболее высокие баллы по всем показателям отмечались у женщин контрольной группы, у них отмечался максимально высокий суммарный психологический компонент здоровья, но показатели физического здоровья были достоверно ниже. Аналогичная тенденция в психологическом компоненте здоровья просматривалась и у родильниц второй группы, при этом достоверные низкие баллы были обнаружены только по шкале физической боли, что отражало значительную травматизацию женщин этой группы в ходе родов в отличие от женщин первой группы. Иная картина наблюдалась у женщин третьей группы. Перенесенная гистерэктомия повлияла не только на их физическое состояние и, в частности, на болевой синдром, но и вызвала развитие депрессивного и тревожного состояния, обусловленного потерей детородного органа. Конец послеродового периода характеризовался как восстановлением физического состояния, так и нарастаем психологического комфорта во всех группах исследования. Но в то же время у родильниц третьей группы наиболее значимые изменения обнаруживались только по шкале боли за счет их уменьшения, в то же время их психоэмоциональное состояние оставалось на низком уровне.

Ключевые слова: первородящая женщина, акушерские кровотечения, родильница, послеродовый период, качество жизни, консервативный гемостаз, хирургический гемостаз, гистерэктомия.

Carried out the study of quality of life (QL) confined during normal and abnormal births complicated by bleeding. To do this, use the short version of the questionnaire evaluating health-36 (Short Form Health Survey - SF-36). Assessment of quality of life survey carried out by women in childbirth three study groups at 5-6 days and 6-8 weeks after birth. The control group consisted of 45 women in childbirth with physiological childbirth; in the control group - 43 puerperal undergoing moderate blood loss from conservative and haemostasis 32 puerperal with massive bleeding the main group, in which the surgical haemostasis volume hysterectomy was performed. 5-6 days after birth, the highest scores in all parameters were observed in the control group of women, they have marked the highest possible total psychological component of health, but physical health indicators were significantly lower. A similar trend in the psychological component of health has been viewed and postpartum women the second group, with significant lower scores were found only on the scale of physical pain, reflecting the considerable trauma of this group of women during childbirth than women of the first group. A different pattern was observed in women of the third group. Moved hysterectomy affect not only their physical condition and, in particular, pain, but also cause the development of depression and anxiety caused by the loss of genitals. The end of the postpartum period was characterized as a reduction of the physical condition, and the rising of

psychological comfort in every research group. But at the same time in puerperas third group of the most significant changes were found only on the scale of pain due to their reduction, while at the same time, their psycho-emotional condition remained at a low level.

Key words: nulliparous women, obstetric hemorrhage, puerpera, postpartum period, conservative hemostasis, surgical haemostasis hysterectomy.

Введение. В многочисленных исследованиях показано, что кровотечение во время родов вызывает многообразные изменения в организме женщин, выраженность которых зависит от степени потери крови и состояния организма роженицы [1,2,3]. В последнее десятилетие большое значение при оценке состояния женщин придается оценке качества жизни [4,5]. Этот интегрированный показатель, впервые разработанный John E. Ware в 1992 г., позволяет понять патологическое состояние женщин глазами их самих, так как предусматривает самооценку здоровья женщин по нескольким компонентам [6].

Цель исследования: Изучение качества жизни (КЖ) впервые родивших женщин после родов, протекавших с акушерскими кровотечениями.

Материал и методы исследования. Хорошо известно, что акушерские кровотечения сопровождаются выраженной дезадаптацией организма, степень которой клинически установить достаточно сложно из-за многообразия взаимосвязанных функциональных и морфологических связей. Еще более эта проблема осложняется комплексом лечебных мероприятий, объем которых различен при разных видах акушерской патологии, обусловленной объемом кровопотери. В связи с этим для интегративной оценки состояния родильниц при нормальных и патологических родах нами было использовано изучение КЖ, путем использования короткой версии опросника оценки здоровья-36 (Short Form Health Survey - SF-36). Его использование позволяет оценить здоровье и основные виды функционирования организма женщин.

Учитывая высокую чувствительность опросников к различным сторонам жизни родивших женщин, мы постарались сформировать как можно более однородные группы из первородящих. Критериями включения во все группы было наличие первых родов, проживание в городе и отсутствие экстрагенитальных заболеваний. 45 здоровых родильниц в возрасте от 17 до 34 лет

(27,3+2.6 лет) составили контрольную группу, тогда как 43 женщины с кровопотерей в родах до 1000 мл были включены во вторую группу (их средний возраст составил 26,8+7,2 лет). В третью группу вошло 32 родильниц (средний возраст 28,5+3,7 лет), которым был проведен хирургический гемостаз в объеме гистерэктомии, в связи с массивным кровотечением. Причинами кровотечения были: в 46,8% аномалия прикрепления плаценты; в 35,9% случаев - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и в 17,3% случаев – атоническое кровотечение.

Всем женщинам, вошедшим в исследование, качество жизни по анкете SF-36 определяли путем интервьюирования, что исключало возможность неполного ответа на все вопросы анкеты.

С учетом физиологического воздействия родов на организм женщин и развившихся в их процессе осложнений, были выбраны следующие сроки проведения исследования: 5-6 день послеродового периода и конец послеродового периода.

Известно, что опросник SF-36 позволяет оценивать состояние пациентов за последние 4 недели перед проведением опроса и подразумевает оценку состояния их здоровья по нескольким направлениям. Его использование для изучения качества жизни родильниц не имеет принципиальных отличий от использования шкалы у больных с другими видами патологии [7,8], зато дает возможность получить исчерпывающую информацию о состоянии женщины в динамике ее восстановления. Этому способствуют разнообразные шкалы, применяемые для оценки различных видов жизнедеятельности пациентов:

1. Шкала физического функционирования (physical functioning - PF). В этом случае родильница оценивает степень своей функциональной активности после родов (бег, поднятие тяжестей, подъем по лестнице, самообслуживание и пр.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют об ограничении физической активности в послеродовом периоде.

2. Шкала ролевого физического функционирования (role-physical functioning - RP) – оценивает влияние физического состояния на ограничение выполнения работы и обычной повседневной деятельности, в частности по уходу за ребенком. Низкие показатели по этой шкале свиде-

тельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Шкала физической боли (bodily pain-BP) – описывает интенсивность боли в тазовой области и внизу спины, а также ее влияние на способность выполнять работу вне дома и на дому. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность женщины.

4. Шкала общего состояния здоровья (general health - GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Шкала жизнеспособности (vitality-VT) – подразумевает ощущение себя человеком полным сил и энергии или, напротив, измученным и уставшим. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении женщины, снижении физической активности.

6. Шкала социального функционирования (social functioning - SF) – оценивает степень и длительность ограничения социальной активности. Низкие баллы по этой шкале свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Шкала ролевого эмоционального функционирования (role-emotional functioning - RE) – изучает влияние эмоционального состояния на ограничение выполнения работы в обычной повседневной деятельности. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Шкала психического здоровья (mental health - MH) – оценка пациентом своего настроения (показатель положительных и отрицательных эмоций). Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Полученные в ходе исследования ответы на вопросы анкеты подвергали специальной перекодировке, которая позволяла перевести ответы женщин в баллы. Далее по результатам «трансформированной» шкалы по специальной формуле (рис. 1) производился расчет баллов КЖ по

ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ КЫРГЫЗСТАНА, № 2, 2019

каждой из 8 шкал. Результат этих расчетов варьировал от 0 до 100 баллов: последнее представляло полное здоровье, тогда как 0 – его отсутствие.

«Трансформированная шкала» = $\frac{|\Sigma - \text{Min}|}{|\text{Max} - \text{Min}|} \times 100$, (рис. 1), где Σ – суммарный счет шкалы; Min – минимально возможное значение шкалы; Max – максимально возможное значение шкалы.

Для интегрированной оценки преобладающих нарушений в физическом или психологическом компоненте здоровья женщин рассчитывали два суммарных показателя: 1) суммарный физический компонент здоровья (physical component summary - PCS) и 2) суммарный психологический компонент здоровья (mental component summary - MCS). Первый включал сумму баллов шкал: физического функционирования; ролевого физического функционирования; физической боли и общего состояния здоровья. Второй состоял из результатов шкал: психического здоровья; ролевого эмоционального функционирования; социального функционирования и жизнеспособности. При расчете этих обобщенных показателей использовали преобразование при помощи Z-счета шкалы ().

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что через 5-6 дней после родов состояние женщин выделенных групп изменялось неодинаково. Наиболее высокие баллы по всем показателям отмечались у женщин первой (контрольной) группы, у которых роды проходили физиологично (таблица 1). Из данных таблицы видно, что у них отмечался максимально высокий суммарный психологический компонент здоровья (MCS – $96,0 \pm 19,8$) за счет высоких баллов по составляющим его шкалам. При

этом приведенные в таблице данные показывают, что несмотря на высокий балл психического компонента здоровья, вызванный рождением желанного ребенка и счастьем материнства, у рожениц этой группы уровень физического здоровья был достоверно ниже, чем психологический компонент (PCS – $59,13 \pm 11,9$). Анализ шкал показывает, что это было обусловлено наличием болей после родов в малом тазу, промежности и нижней части спины, что ограничивало физическое выполнение некоторых повседневных обязанностей женщины и затрудняло уход за ребенком. А величина стандартного отклонения, приведенная в таблице ($m = \pm 11,9$) указывала на отсутствие значительных колебаний среди женщин этой группы баллов по шкале боли. Аналогичная тенденция просматривалась и у рожениц второй группы, перенесших в ходе родов умеренную кровопотерю. У них также отмечалось достоверное преобладание психологического компонента над физическим по тем же шкалам, что и у женщин первой группы. При этом достоверные низкие баллы были обнаружены только по шкале физической боли, что отражало значительную травматизацию женщин этой группы в ходе родов в отличие от женщин первой группы. Иная картина наблюдалась у женщин третьей группы. Перенесенная гистерэктомия повлияла не только на их физическое состояние и, в частности, болевой синдром, но и вызвала развитие депрессивного и тревожного состояния, обусловленного потерей детородного органа: величины физического и эмоционального компонентов здоровья в этой группе составили соответственно $32,8 \pm 3,3$ и $24,7 \pm 9,3$ баллов из-за низких величин всех исследуемых шкал (табл. 1).

Таблица 1

Показатели КЖ у рожениц на 5-6 день после родов

Наименование шкалы	1 группа N=45	2 группа N=43	3 группа N=32
	P±m	P±m	P±m
PF	48,3±8,6	39,45 ± 9,5	21,44 ± 9,7*
RP	56,87±10,3	44,67 ± 10,9	23,19 ± 6,1*
BP	54,9 ± 9,5	37,81 ± 3,9**	78,46 ± 13,7*
GH	66,9 ± 11,0	58,79 ± 11,7	31,89 ± 5,0*
VT	97,6 ± 20,1	88,24 ± 10,9	73,12 ± 19,1

SF	35,71 ±8,4	38,29 ±5,1	34,73 ±9,3
RE	92,34 ±17,6	91,78 ±18,4**	38,64 ±9,8*
MH	100,0 ±11,6	99,32 ±21,0	27,45 ±7,0*
PCS	59,13 ±11,9	42,80 ±11,8**	32,1 ±3,3*
MCS	96,0 ±19,8	91,78 ±15,9	48,7 ±9,3*

Примечание: * - наличие достоверных различий между первой и третьей группами ($p < 0,05$); ** - достоверные различия между второй и третьей группами ($p < 0,05$).

Особенно наглядно описанные изменения видны на лепестковой диаграмме, на которой видно, что в организме женщин первой и второй групп в раннем послеродовом периоде происходили однотипные физиологические изменения, которые недостоверно отличались только по своим абсолютным показателям ($p > 0,05$). Иная картина отмечалась у женщин третьей группы, перенесших гистерэктомию. Форма кривой на диаграмме у них имела совсем другую форму из-за того, что шкалы физического и психологического благополучия у них изменялись иначе:

количество баллов боли (BP) у них было значительно выше, чем в других группах, тогда как эмоциональная составляющая здоровья (RE, MH, VT) достоверно ниже, чем в группах сравнения. Это приводило к снижению физического компонента здоровья (PF, RP, GH, SF), негативно отражающегося не только на социальных контактах, но и на возможности выполнения повседневный дел, в число которых в первую очередь входит уход за ребенком (рис. 1).

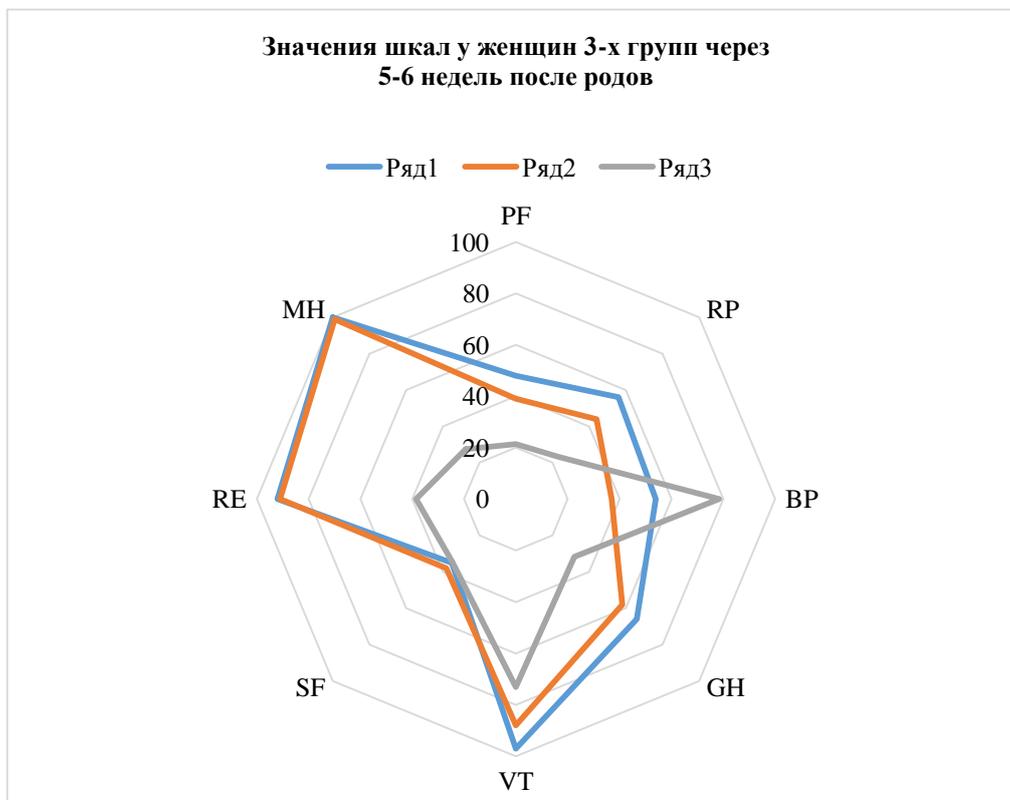


Рисунок 1.

ИЗВЕСТИЯ ВУЗОВ КЫРГЫЗСТАНА, № 2, 2019

Подводя итог анализу можно сделать заключение, что у женщин первой и второй групп на 5-6 день после родов достоверно преобладал эмоциональный компонент над физическим (соответственно $96,0 \pm 19,8$ баллов против $59,13 \pm 11,9$ и $91,78 \pm 15,9$ баллов против $42,80 \pm 11,8$), что отражало наличие у родильниц эмоционального подъема, связанного с рождением ребенка-первенца. У женщин третьей группы отмечалось незначительное преобладание эмоционального компонента над физическим ($48,7 \pm 9,3$ баллов против $32,1 \pm 3,3$; $p > 0,05$), что можно было интерпретировать как наличие у них депрессивно-тревожного состояния,

обусловленного как тяжестью оперативного вмешательства, так и фактом лишения детородного органа и связанными с этим проблемами.

Изучение этих же шкал в конце послеродового периода (на 6-8 неделе после родов) показало динамику изменений как в физической, так и в психической сферах жизнедеятельности молодых женщин. Данные, приведенные в таблице 2 показывают, что конец послеродового периода характеризовался как восстановлением физического состояния, так и нарастаем психологического комфорта. Однако, как и в предыдущем сроке, эти изменения были по-разному выражены у женщин выделенных групп.

Таблица 2

Показатели КЖ у женщин через 6-7 недель после родов

Наименование шкалы	1 группа N=49	2 группа N=63	3 группа N=58
	P±m	P±m	P±m
PF	89,1±21,4	79,18 ± 15,5**	49,98 ± 10,4*
RP	78,19±22,9	64,43 ± 12,5	53,20 ± 6,6
BP	31,9 ± 7,4	47,91 ± 6,4**	71,56 ± 13,4*
GH	89,9 ± 20,0	60,94 ± 11,7	53,76 ± 9,0*
VT	96,0 ± 10,9	89,43 ± 11,9**	49,29 ± 6,6*
SF	67,14 ± 9,0	69,43 ± 15,4	58,39 ± 10,4
RE	94,0 ± 21,9	94,89 ± 25,7**	48,57 ± 9,4*
MH	100,0 ± 32,5	96,98 ± 25,1	49,21 ± 4,2*
PCS	89,13 ± 11,9	88,67 ± 13,6	61,0 ± 15,7*
MCS	96,0 ± 19,0	90,53 ± 21,7	52,54 ± 19,3*

Примечание: * - наличие достоверных различий между первой и третьей группами ($p < 0,05$), ** - достоверные изменения между первой и второй группами ($p < 0,05$).

Как видно из представленных в таблице 2 данных, в конце послеродового периода общее самочувствие женщин первой и второй группы значительно улучшилось по таким показателям как эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH), ощущение полноты сил и энергии (VT), а также функциональное

активность (PF), обследованные женщины достигли практически полного комфорта, что выразилось повышением такого показателя как GH, отражающего общее хорошее самочувствие женщин первых двух групп. Хотя при этом оставались сниженными показатели по влиянию физического состояния на ограничение выполнения

повседневных функций (RP), а у женщин второй группы – практически сохранялась интенсивность болей внизу живота и внизу спины (BP). Последнее могло быть связано с уходом за ребенком, который пришелся на период неполного восстановления после тяжелых родов.

И вновь иная картина наблюдалась у женщин, перенесших гистерэктомию и массивное акушерское кровотечение. Насколько КЖ женщин этой группы отличалось от других обследованных, хорошо видно на рисунке 2, где фигу-

ра, замкнутая на осях различных шкал, демонстрирует иную конфигурацию, отражающую сохранение низкого уровня КЖ у женщин этой группы. Как видно, в конце послеродового периода у них наиболее значимые изменения обнаруживались только на шкале боли (BR) за счет их недостоверного уменьшения. Это подтвердилось и величиной интегративного показателя PCS, величина которого в это время составила $61,0 \pm 15,7$ баллов, что было достоверно ниже, чем у женщин контрольной первой группы.

Значения шкал у женщин 3-х групп через 6-8 недель после родов

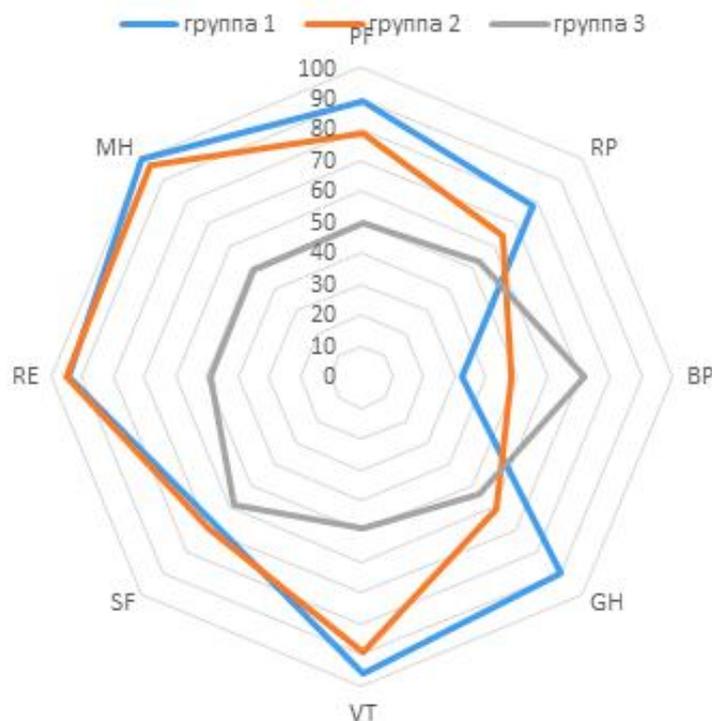


Рисунок 2.

Заключение. К концу послеродового периода качество жизни в исследуемых группах улучшилось по всем показателям, но в то же время остается низкой у женщин основной группы, у которых роды осложнились массивной кровопотерей, для остановки которой была проведена оргоуносящая операция. Низкие показатели отмечались по таким критериям как эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH), ощущение полноты сил и энергии (VT), а также функциональная активность (PF), что естественно выражалось в снижении такого

показателя как GH, отражающего общее хорошее самочувствие женщин.

Литература:

1. Сержцызы Р.Д., Балмагамбетова Г.И. Качество жизни женщин, перенесших оргоудаляющие операции в родах. / Вестник КазНМУ. - 2017. - №1. - С. 61-63.
2. Ахмадиева Э.Н., Еникеева Ю.Д. Характеристика качества жизни в послеродовом периоде / Практическая медицина. – 2015. - №6 (54). - С. 63-65.
3. Додонов А.Н., Юлдашев В.Л., Трубин В.Е. Качество жизни женщин после операции на органах репродуктивной системы. / Медицинский вестник Башкортостана. - Т.7. - 2012. - №6. - С. 41-45.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М., 2007.
5. Рассказова Е.И. Методы диагностики качество жизни в науках о человеке / Вестник Московского университета. - Серия 14. - Психология, 2012. - С. 95-107.
6. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Создание русской версии инструмента ВОЗ для измерения качество жизни. / Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. / Под редакцией А.В.Шаброва, В.Г. Маймулова. - СПб., 1995. - С. 27-28.
7. Алыбаев Э.У., Мамакеев Ж.Б., Алыбаев М.Э., Турсуналиев А.К. Показатели качества жизни пациентов перенесших различные варианты оперативных вмешательств перфоративной пилородуоденальной язвы в отдаленном послеоперационном периоде. / Республиканский научно-теоретический журнал «Наука, новые технологии и тнновации Кыргызстана, №7. - Бишкек, 2018. - С. 94-100.
8. Осомбаев М.Ш., Джаналиев Б.Р., Жакипбеков С.Т., Джекшенов М.Д. Качество жизни пациентов со спаечной болезнью брюшной полости у больных колоректальным раком. / Республиканский научно-теоретический журнал «Наука, новые технологии и тнновации Кыргызстана, №5. - Бишкек, 2016. - С. 65-68.

Рецензент: д.м.н., профессор Байназарова А.А.
