

*Еснаева Р.Н.***АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУЛЕР БОЛҒАН АЛҒАШ РЕТ БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫН ДИНАМИКАДА БАҒАЛАУ***Еснаева Р.Н.***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ДИНАМИКЕ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ***R.N. Espayeva***QUALITY OF LIFE IN THE DYNAMICS OF NULLIPAROUS WOMEN UNDERGOING OBSTETRIC HEMORRHAGE**

УДК: 618.2-055.25-005.1-039.75

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 6, 12 және 18 айдан 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 гистерэктомиа көлемінде хирургиялық гемостаз жүргізілген, көп мөлшерде қан кету болған 32 жаңадан босанған әйел негізгі топты құрады. Екінші топтағы әйелдердің ӨС динамикалық бақылану азымы, алғашқы топтағы әйелдердің ұқсас көрсеткіштеріне қарағанда айқындылығымен ерекшеленген жоқ. Мұнымен қатар алғашқы және екінші топтағы әйелдердегі жоғары ӨС болуы, тұрақтылықтың болуымен ерекшеленіп және 1,5 жылдың аралығында айтарлықтай өзгерістерге ұшыраған жоқ. Үшінші топтағы әйелдерде өмірдің физикалық құрамдас бөлігі де, сондай-ақ психикалық құрамдас бөлігі де төмен болып қала берді. Осы тұрғыда әлеуметтік белсенділіктің төмен деңгейі байқалып, әйелдер өздерін эмоционалдық басылық және шаршаңқы күйде сезінді. Күйзелісті-мазасыздық ойларға байланысты және сақталған ауруға қатысты, бала күтімі де оларға белгілі бір қиындықтар тудырды.

Түйінді сөздер: алғаш рет босанатын әйелдер, акушерлік қан кетулер, жаңадан босанған әйел, босанудан кейінгі кезең, өмір сапасы, денсаулықты бағалаудың 36 сауалнамасы (Short Form Health Survey - SF-36), әйелдердің денсаулығының бағалануы, консервативті гемостаз, хирургиялық гемостаз, гистерэктомиа.

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 через 6, 12 и 18 месяцев 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 объеме гистерэктомии. В течение динамического наблюдения КЖ женщин второй группы не отличалось достоверно от аналогичных показателей женщин первой группы. При этом высокое КЖ у женщин первой и второй групп отличалось стабильностью и не было подвержено в течение 1,5 лет значительным колебаниям. У женщин третьей группы оставался сниженным как физический компонент жизни, так и психический. На этом фоне отмечался низкий уровень социальной активности, женщины чувствовали себя утомленными и эмоционально подавленными. Уход за ребенком для них представлял определенные трудности, как из-за тревожно-депрессивных мыслей, так и из-за сохраняющихся болей.

Ключевые слова: первородящие женщины, акушерские кровотечения, родильница, послеродовый период, качество жизни, опросник оценки здоровья-36 (Short Form Health Survey - SF-36), самооценка здоровья женщин, консервативный гемостаз, хирургический гемостаз, гистерэктомиа.

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 research groups at 6, 12 and 18 months after delivery. 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. For dynamic monitoring quality of life of women the second group did not differ significantly from the respective figures of women of the first group. At the same time a high quality of life in women first and second groups are stable and it is not subjected for 1.5 years, significant fluctuations. In women, a third group remained reduced as a physical component of life, and psychological. Against this background, there is a low level of social activity, women felt tired and emotionally depressed. child care for them presents certain difficulties, both because of the anxiety and depressive thoughts, and because of continuing pain.

Key words: nulliparous women, obstetric hemorrhage, puerpera, postpartum period, the quality of life questionnaire assessment of health-36 (Short Form Health Survey - SF-36), women's health self-assessment, a 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 КЖ в динамике 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 оценивали путем интервьюирования, что исключало возможность неполного ответа на все вопросы анкеты. Оценка качества жизни проводилась через 6, 12 и 18 месяцев после родов. Последние два срока позволяли оценить долговременное восстановление женщин, перенесших оперативное вмешательство и сравнить их состояние с родильницами остальных групп.

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 свидетельствуют 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 настрое-

ния (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 производился расчет баллов КЖ по каждой из 8 шкал. Результат этих расчетов варьировал от 0 до 100 баллов: последнее представляло полное здоровье, тогда как 0 – его отсутствие [6].

$$\text{«трансформированная шкала»} = \frac{|\Sigma - \text{Min}|}{|\text{Max} - \text{Min}|} \times 100, \quad (\text{рис. 1})$$

где Σ – суммарный счет шкалы; Min – минимальное возможное значение шкалы; Max – максимальное 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 [6].

Результаты исследования. Изучение КЖ у молодых мам через 6 месяцев после родов не показало принципиальных изменений. Так, по всем шкалам как физического, так и психического благополучия у женщин первой и второй групп отмечалось дальнейшее увеличение всех показателей практически до максимального уровня в 100 баллов. Достоверное снижение произошло только по шкале боли – то есть практически все обследованные женщины пер-

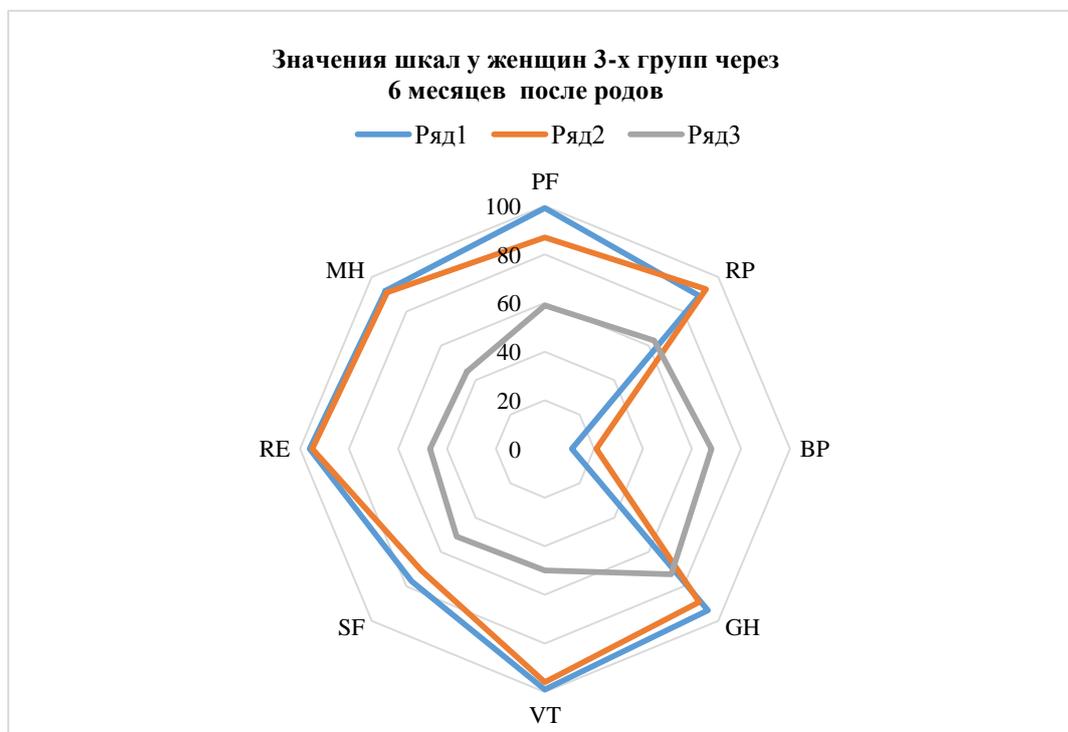
вых двух групп отметили в этот период уменьшение болей. Лишь у обследованных третьей группы динамика показателей была иной. Анализируя диаграмму (рис. 1) можно увидеть, что полного восстановления у женщин, перенесших гистерэктомию не произошло и через 6 месяцев. Анализ шкал показал, что женщины этой группы продолжали страдать как физически, так и психологически ($61,0 \pm 15,7$ и $52,54 \pm 13,3$ баллов

соответственно). Это подтверждали показатели таких шкал как PF, RP, GH, SF и RE. Лишь показатели шкалы боли (BP) у них достоверно снизились, хотя и не достигли уровня женщин первой и второй групп. Также у женщин всех групп остались невысокие показатели социальной активности (SF), что, безусловно, было связано с уходом за ребенком, что ограничивало их социальные контакты вне дома.

Таблица 1

Показатели КЖ у женщин через 6 месяцев после родов

Наименование шкалы	1 группа N=49	2 группа N=63	3 группа N=58
	P±m	P±m	P±m
PF	99,2±15,2	87,63 ± 12,7	59,41 ± 9,4
RP	89,36±15,7	93,69 ± 19,5	63,67 ± 12,8
BP	11,9 ± 3,5	21,24 ± 9,2	68,42 ± 15,5
GH	94,7 ± 19,2	89,41 ± 13,7	73,53 ± 12,1
VT	99,0 ± 21,5	96,32 ± 23,8	50,12 ± 12,6
SF	77,43 ± 15,1	71,39 ± 9,1	51,48 ± 14,6
RE	96,5 ± 24,9	95,46 ± 21,9	47,51 ± 13,1
MH	92,0 ± 19,9	91,73 ± 24,6	45,34 ± 11,7
PCS	89,13 ± 11,9	88,67 ± 13,6	61,0 ± 15,7
MCS	96,0 ± 21,5	90,53 ± 24,7	52,54 ± 13,3



Через 12 месяцев полностью восстановились только женщины первой и второй групп. У них показатели практически всех шкал достигли максимального уровня, а показания шкалы боли, наоборот, минимального значения (табл. 2). Сниженные показатели сохранялись по всем шкалам только у женщин третьей группы. При этом у них можно было увидеть отрицательную динамику по шкале ВР за счет усиления болей (рис. 2).

Таблица 2

Показатели КЖ у женщин через 12 месяцев после родов

Наименование шкалы	1 группа N=49	2 группа N=63	3 группа N=58
	P±m	P±m	P±m
PF	94,6±21,6	79,18 ± 15,5	49,98 ±10,42*
RP	89,10±13,5	84,43 ±12,5	53,20 ±16,6*
BP	10,5 ±2,3	17,91 ±6,4	78,21 ±11,9 *
GH	93,7 ±11,5	80,94 ±11,7	53,76 ±9,0*
VT	100,0 ±29,3	89,43 ±17,9	49,29 ±17,6*
SF	89,10 ±11,4	87,16 ±15,4	58,39 ±10,4*
RE	98,1 ±19,1	94,89 ±25,7	48,57 ±13,4*
MH	96,0 ±17,1	96,98 ±24,1	49,21 ±10,2*
PCS	99,13 ±25,9	98,67 ±19,6	51,0 ±15,7*
MCS	96,0 ±23,0	90,53 ±24,7	42,54 ±9,3*

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

Так как это не могло произойти из-за последствий гистерэктомии, можно предположить, что на фоне сниженных показателей всех шкал и, в частности, шкал физического благополучия, у женщин третьей группы могли появиться боли, вызванные другими причинами, что и привело к незначительному увеличению показателя шкалы боли с $68,42 \pm 15,5$ до $78,21 \pm 11,9$ баллов (рис. 2).

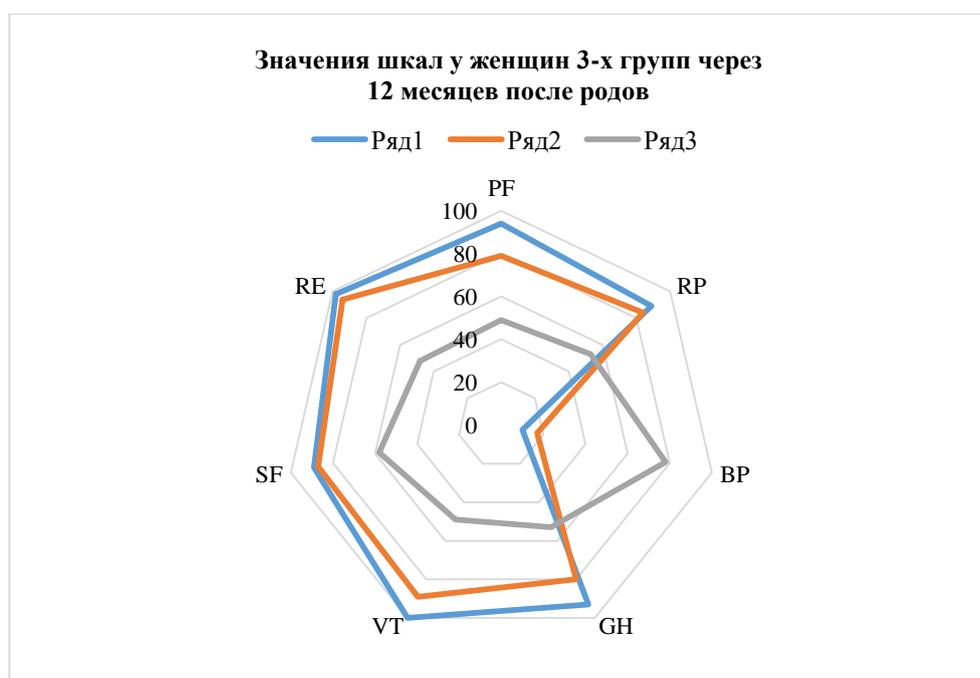


Рис. 2.

Через 18 месяцев достоверных изменений в количестве баллов по всем шкалам у женщин первой и второй групп также отмечено не было (табл. 3). Их физическое и психическое состояние свидетельствовало о высоком уровне КЖ, которое не омрачалось болями и позволяло вести женщинам активную социальную жизнь и успешно ухаживать за семьей и ребенком. У женщин третьей группы показатели КЖ и в этот период оставались достоверно ниже, чем у остальных обследованных. У них оставался сниженным

как физический компонент жизни, так и психический (соответственно $61,0 \pm 15,7$ и $52,54 \pm 9,3$ баллов). На этом фоне отмечался низкий уровень социальной активности, женщины чувствовали себя утомленными и эмоционально подавленными. Уход за ребенком для них представлял определенные трудности как из-за депрессивных мыслей, так и из-за сохраняющихся болей в разных частях организма (рис.3).

Таблица 3

Показатели КЖ у женщин через 18 месяцев после родов

Наименование шкалы	1 группа N=49	2 группа N=63	3 группа N=58
	P+m	P+m	P+m
PF	96,2±19,7	91,23 ± 16,1	59,43 ± 9,5*
RP	94,11±19,51	89,70 ± 17,7	57,8 ± 12,9*
BP	14,6±11,32	28,0 ± 6,3	69,43 ± 12,1*
GH	97,0 ± 24,8	92,14 ± 23,71	56,42 ± 18,1*
VT	94,0 ± 20,38	90,63 ± 21,3	45,10 ± 11,6*
SF	95,13 ± 18,6	89,20 ± 19,1	60,22 ± 8,2*
RE	99,0 ± 20,4	95,49 ± 23,3	46,39 ± 11,5*
MH	98,7 ± 19,15	92,64 ± 22,5	50,18 ± 11,2 *
PCS	59,13 ± 15,9	78,67 ± 19,6	61,0 ± 13,7
MCS	96,0 ± 13,0	90,53 ± 4,7	52,54 ± 9,3*

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

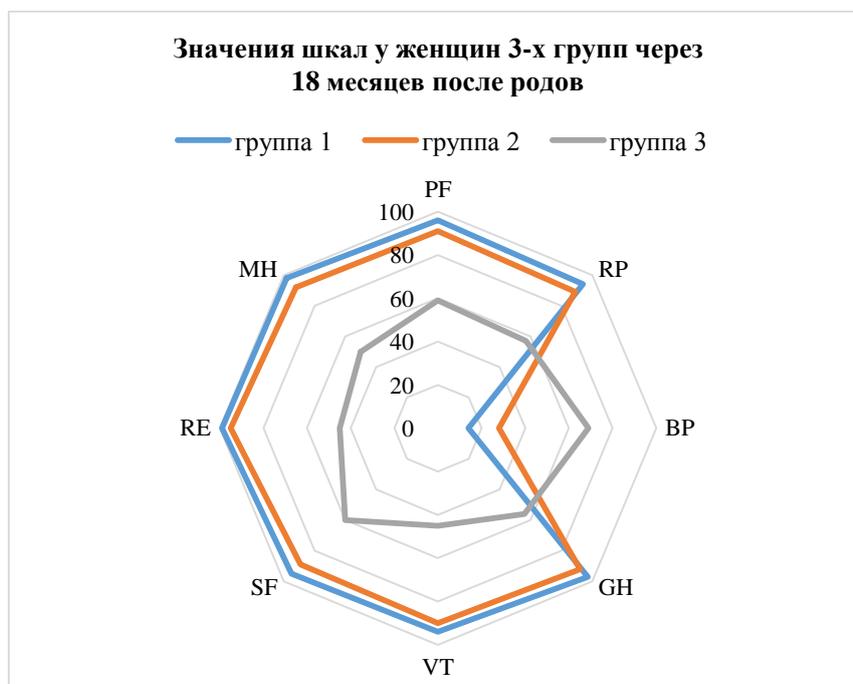


Рис. 3.

Рисунок 5 наглядно подтверждает выводы, сделанные по изменению шкал у обследованных женщин через 18 месяцев после родов. Видно, что динамика изменений всех шкал в первой и второй группах были идентичными и не имели достоверных отличий. В то же время КЖ женщин третьей группы также за 18 месяцев не претерпело принципиальных и достоверных изменений, что отражало низкую динамику восстановления их как в физическом, так и в психическом плане после операции по удалению матки. Депрессия, вызванная этим событием, так и не купировалась за 18 месяцев и провоцировала низкую физическую активность. Последнее подтверждалось низким уровнем шкалы RE, а также сохраняющимся болевым синдромом.

Заключение. Таким образом, в исследовании были получены данные о том, что КЖ женщин значительно различалось в зависимости от особенностей протекания родов. Наличие умеренного кровотечения в ходе родов не сопровождается развитием изменений в физическом и психическом состоянии женщин и быстро купировалось в послеродовом периоде. Так, уже через 6 месяцев после родов КЖ женщин второй группы не отличалось достоверно от аналогичных показателей женщин первой группы. При этом высокое КЖ у женщин первой и второй групп отличалось стабильностью и не было подвержено в течение 1,5 лет значительным колебаниям. У женщин, перенесших в ходе родов массивное кровотечение, для ликвидации которого была применена операция гистерэктомия, динамика восстановления КЖ была иной. Изначально низкие показатели КЖ в раннем и позднем послеродовом периоде сохранялись в течение всего периода наблюдения с небольшой тенденцией к

нормализации к 18 месяцам, что объяснялось, во многом, длительным сохранением болевого синдрома после перенесенной операцией.

Литература:

1. Сержцызы Р.Д., Балмагамбетова Г.И. Качество жизни женщин, перенесших органорезекционные 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 качества жизни в науках о человеке. / Вестник Московского университета, сер.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 качества 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 инновации 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 инновации Кыргызстана», №5. - Бишкек, 2016. - С. 65-68.

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