

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

*И.И. Стольникова, Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова,
Л.А. Мурашова, С.Ю. Досова*

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. Невынашивание беременности – это любое ее самопроизвольное прерывание от зачатия до 37 недель. В Российской Федерации в медицинском сообществе привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности у женщины не менее двух раз подряд до 37 недель. Частота данной патологии в популяции составляет от 2 до 5 % по оценкам различных авторов, причем в последнее время отмечается тенденция к увеличению ее частоты. Ранее причины невынашивания беременности рассматривались только в области акушерства и гинекологии, эндокринологии. Привычное невынашивание беременности является мощным стрессогенным фактором, который оказывает негативное влияние на психическое состояние женщины. **Цель:** выявить особенности качества жизни больных с привычным невынашиванием беременности для оценки эффективности лечения. **Материалы и методы:** В настоящем исследовании приняли участие 150 женщин фертильного возраста во время и вне беременности, с диагнозом привычное невынашивание беременности и женщины без репродуктивных потерь, проживающие на территории г. Твери и Тверской области. Пациентки были разделены на 5 групп. Психодиагностическое исследование выполнено с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультитсихометр-05». В качестве диагностического инструментария использовалась методика SF 36. **Результаты.** Выявлены значимые различия в общем состоянии здоровья, физическом функционировании, влиянии физического состояния на ролевое функционирование, влиянии эмоционального состояния на ролевое функционирование, интенсивности боли, жизнеспособности и самооценке психического здоровья у пациенток в пяти группах. **Заключение.** У пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, независимо от причин заболевания снижен как физический, так и психический компонент здоровья, что значительно повышает риск появления различных осложнений, снижения эффективности лечения и ухудшения качества жизни в целом.

Ключевые слова: *привычное невынашивание беременности, качество жизни, болевой синдром, психический компонент здоровья.*

Введение

Невынашивание беременности – это ее самопроизвольное прерывание в период от зачатия до 37 недель. В Российской Федерации в медицинском сообществе привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности у женщины не менее двух раз подряд до 37 недель¹. Данное осложнение – полиэтиологическое. Среди основных причин привычного невынашивания выделяют: эндокринную патологию (синдром поликистозных яичников, недостаточность лютеиновой фазы, гиперпролактинемия, сахарный диабет), аллоиммунные и аутоиммунные нарушения (гистосовместимость родителей по

системе HLA, антифосфолипидный синдром), персистирующую инфекцию (вирусную и бактериальную), пороки развития матки (седловидная, двурогая, гипоплазия матки), миому матки, эндометриоз, истмико-цервикальную недостаточность, наличие в матке внутриматочных синехий (синдром Ашермана), нарушения системы гемостаза – тромбофилические и коагулопатические^{2,3,4} [1].

² Там же.

³ Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Привычное невынашивание беременности: методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов. М., 2008. 44 с.

⁴ Тетрашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 – Акушерство и гинекология. М., 2008. 48 с.

¹ Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2011. 534 с.

Одной из главных проблем привычного невынашивания являются преждевременные роды, имеющие психосоциальный аспект, так как рождение больного недоношенного ребенка, его смерть – мощный стрессогенный фактор для женщины⁵.

Ранее причины невынашивания беременности рассматривались только в области акушерства и гинекологии, эндокринологии. Привычное невынашивание беременности является мощным стрессогенным фактором, оказывающим негативное влияние на психическое состояние женщины⁶ [2]. Нами был проведен анализ литературы за последние 15 лет относительно психологического состояния женщин с данной патологией^{7,8,9}. Недавние исследования, проведенные в Финляндии, Японии [3, 4], подтвердили, что пациентки с диагнозом привычное невынашивание беременности характеризуются повышенной тревожностью, страдают депрессивными расстройствами, причем чем большее число прерванных беременностей было в анамнезе, тем более выражены данные расстройства. Невынашивание беременности приводит к значительным и зачастую длительным психологическим последствиям^{10,11}, которые неминуемо отражаются на качестве всей последующей жизни пациенток. Качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем, – проецируемая переменная, на которую влияют настроение, ожидания, ценностные предпочтения, личностные и психологические особенности женщины.

На всех этапах лечения привычного невынашивания беременности для оценки эффективности терапии важным является изучение качества жизни пациентов. С помощью его оценки можно получать многомерное представление, распознавать медицинские, психологические, социально-экономические

параметры и риски здоровья, учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки жизни и здоровья, их темпоральную изменчивость [5].

В связи с этим **целью исследования** является изучение качества жизни больных с привычным невынашиванием беременности для оценки эффективности лечения.

Материалы и методы

В настоящем исследовании приняли участие 150 женщин фертильного возраста во время и вне беременности, проживающие на территории г. Твери и Тверской области.

Критерии включения/исключения объектов исследования:

– критерии включения: беременные и небеременные женщины с привычным невынашиванием беременности, здоровые повторнобеременные и небеременные женщины в возрасте от 18 до 40 лет;

– критерии исключения: наличие у испытуемых тяжелой соматической патологии, психических расстройств, инфекций, передаваемых половым путем.

Пациентки были разделены на следующие группы:

- 1) беременные женщины с привычным невынашиванием беременности;
- 2) пациентки, имеющие в анамнезе 2 и более потери беременности на этапе прегравидарной подготовки;
- 3) женщины со спорадическим выкидышем в анамнезе на этапе прегравидарной подготовки (группа сравнения);
- 4) беременные пациентки, не имеющие репродуктивных потерь (группа контроля);
- 5) небеременные женщины без репродуктивных потерь (группа контроля).

Все пациентки, находясь на стационарном лечении в ГБУЗ Тверской области «Областной родильный дом» и ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери, получали лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.

Психодиагностическое исследование выполнено с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультитсихометр-05» на базе ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинской академии». В качестве диагностического инструментария использовалась методика SF 36, применяемая для исследования общего благополучия и степени удовлетворенности теми сторонами жизнедеятель-

⁵ Азарных Т.Д., Тарышников И.И. Психическое здоровье (вопросы валеологии): учебное пособие. М.: МПСИ, 2008. 111 с.

⁶ Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов // Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов конференции. СПб., 1997. С. 54–56.

⁷ Тетрашвили Н.К. Ранние потери беременности...

⁸ Захаров А.И. Указ. соч.

⁹ Равич Р. Письма к будущей матери. Беременность и роды. М.: Айрис-Пресс, 2007.

¹⁰ Захаров А.И. Указ. соч.

¹¹ Равич Р. Указ. соч.

Таблица 1
Table 1

Описательная статистика показателей качества жизни у пациенток исследуемых групп, $M \pm SD$ (Min-Max)
Quality of life assessment in group patients, $M \pm SD$ (Min-Max)

Показатель Indicator	I группа (n = 30) I group	II группа (n = 30) II group	III группа (n = 30) III group	IV группа (n = 30) IV group	V группа (n = 30) V group
PF	42,0 ± 12,7 (25,0–60,0)	55,0 ± 6,8 (40,0–65,0)	90,5 ± 5,9 (80,0–100,0)	90,5 ± 16,3 (50,0–100,0)	85,0 ± 25,9 (15,0–100,0)
RP	22,5 ± 33,1 (0–100,0)	43,3 ± 27,5 (0–100,0)	92,5 ± 16,3 (50,0–100,0)	87,5 ± 30,6 (0–100,0)	70,0 ± 31,8 (0–100,0)
P	30,0 ± 20,3 (0–50,0)	33,0 ± 17,7 (0–60,0)	5,0 ± 10,4 (0–30,0)	0	13,0 ± 9,2 (0–30,0)
GH	55,0 ± 3,9 (50,0–60,0)	58,0 ± 11,9 (30,0–70,0)	53,5 ± 4,6 (45,0–60,0)	52,5 ± 6,9 (45,0–70,0)	50,5 ± 7,4 (40,0–65,0)
VT	52,0 ± 6,1 (45,0–65,0)	54,5 ± 12,3 (30,0–70,0)	56,5 ± 5,1 (45,0–65,0)	52,0 ± 6,1 (45,0–65,0)	50,0 ± 8,2 (35,0–65,0)
SF	45,0 ± 8,4 (37,5–62,5)	45,0 ± 18,2 (12,5–75,0)	45,0 ± 10,2 (25,0–62,5)	33,8 ± 18,0 (0–50,0)	46,3 ± 12,8 (25,0–62,5)
RE	10,0 ± 21,7 (0–66,7)	9,9 ± 15,5 (0–33,3)	60,0 ± 44,9 (0–100,0)	93,3 ± 13,5 (66,7–100,0)	63,3 ± 23,7 (33,3–100,0)
MN	53,6 ± 4,2 (44,0–60,0)	50,4 ± 4,5 (44,0–60,0)	52,4 ± 2,8 (48,0–56,0)	58,8 ± 4,1 (56,0–68,0)	55,2 ± 10,3 (32,0–68,0)

ности человека, на которые влияет состояние здоровья. Количественно оцениваются такие показатели, как General Health (GH) – общее состояние здоровья; Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее влияние здоровья на выполнение физических нагрузок; Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование, Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы (ее уменьшение, невыполнение); Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность; Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье; все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка ука-

зывает на более высокий уровень качества жизни¹².

Для оценки различий показателей качества жизни (КЖ) у пациенток всех групп был использован непараметрический метод критерия Краскела – Уоллеса, предназначенный для проверки равенства медиан нескольких выборок. Значимость полученных результатов обеспечивается обработкой данных при помощи компьютерной программы для статистической обработки SPSS Statistics v. 22.

Результаты

Согласно описательным статистикам (ОС) (табл. 1) показателями, снижающими качество жизни у пациентов первой группы, являются влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP 22,5); интенсивность боли (P 30,0), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE 10,0).

Согласно описательным статистикам (см. табл. 1) показателями, снижающими качество жизни у пациентов второй группы, являются интенсивность боли (P 33,0), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE 9,9). Показателем, снижающим качество жизни у пациентов третьей

¹² Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>

Медицинская психология

группы, является интенсивность боли (P 5,0). Показателями, снижающими качество жизни у пациентов четвертой группы, являются интенсивность боли (P 0,0) и социальное функционирование (SF 33,7). Качество жизни у пациентов пятой группы снижается также под влиянием фактора «интенсивность боли» (P 13,0).

Обработка данных при помощи критерия Краскела – Уоллеса позволила выявить ряд достоверных различий в показателях жизни паци-

ентов всех групп (табл. 2). Так, значимыми ($p < 0,05$) явились различия по шкалам: PF ($p = ,000$); RP ($p = ,000$); P ($p = ,000$); GH ($p = ,000$); VT ($p = ,002$); RE ($p = ,000$); MN ($p = ,000$).

Заключение

В результате проведенного исследования было выявлено, что:

1) пациентки в первой группе отмечают наличие ограничений в выполнении работы и осуществлении будничной деятельности из-за

Таблица 2
Table 2

Различия в показателях качества жизни пациентов всех групп
Differences in quality of life indicators in all groups

Показатель Indicator	Группы group	N	Средний ранг Mean rank	Хи-квадрат (степень свободы) Chi-square (DOF)	Асимптотическая значимость Asymptotic significance
PF	I	30	26,30	91,093 (4)	,000
	II	30	44,45		
	III	30	95,75		
	IV	30	109,85		
	V	30	101,15		
	Всего / Total	150			
RP	I	30	34,70	70,956 (4)	,000
	II	30	51,80		
	III	30	107,30		
	IV	30	103,10		
	V	30	80,60		
	Всего / Total	150			
P	I	30	102,05	75,394 (4)	,000
	II	30	111,05		
	III	30	49,40		
	IV	30	36,50		
	V	30	78,50		
	Всего / Total	150			
GH	I	30	83,75	23,985 (4)	,000
	II	30	103,25		
	III	30	73,40		
	IV	30	61,40		
	V	30	55,70		
	Всего / Total	150			
VT	I	30	68,30	16,950 (4)	,002
	II	30	85,55		
	III	30	98,15		
	IV	30	66,80		
	V	30	58,70		
	Всего / Total	150			
SF	I	30	78,95	8,777 (4)	,067
	II	30	79,55		
	III	30	80,90		
	IV	30	55,70		
	V	30	82,40		
	Всего / Total	150			

Окончание табл. 2
Table 2 (end)

Показатель Indicator	Группы group	N	Средний ранг Mean rank	Хи-квадрат (степень свободы) Chi-square (DOF)	Асимптотическая значимость Asymptotic significance
RE	I	30	38,30	89,846 (4)	,000
	II	30	39,20		
	III	30	88,55		
	IV	30	121,70		
	V	30	89,75		
	Всего Total	150			
МН	I	30	72,20	45,959 (4)	,000
	II	30	44,90		
	III	30	58,85		
	IV	30	111,35		
	V	30	90,20		
	Всего Total	150			

физического состояния. Эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.). Также интенсивность боли мешает заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;

2) пациентки второй группы утверждают, что факторами, снижающими их качество жизни, являются интенсивность боли и эмоциональное состояние, которое мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности;

3) в третьей и пятой группах пациентки жалуются на наличие выраженного болевого синдрома, который оказывает негативное влияние на все составляющие их качества жизни;

4) в четвертой группе качество жизни пациенток значительно снижено из-за физического или эмоционального состояния, которые ограничивают социальную активность (общение), и наличия болевого синдрома;

5) были выявлены достоверные различия в общем состоянии здоровья, физическом функционировании, влиянии физического состояния на ролевое функционирование, влиянии эмоционального состояния на ролевое функционирование, интенсивности боли, жизнеспособности и самооценке психического здоровья у пациенток в пяти группах.

Подводя итоги проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что у пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, независимо от причин заболевания страдает как физический, так и психический компонент здоровья, что значительно повышает риск появления различных осложнений, снижения эффективности лечения и ухудшения качества жизни в целом.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Литература

1. Middeldorp S., Goddijn M. *Recurrent miscarriage and thrombophilia* // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2016. Vol. 150, № 4. P. 189–193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16471233/>
2. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У. *Дискуссионные вопросы преждевременных родов* // *Журнал акушерства и женских болезней.* 2013. Т. 62, № 4. С. 97–105. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20799100>
3. *A prospective study of physical activity and fecundability in women with a history of pregnancy loss* / L.M. Russo, B.W. Whitcomb, S.L. Mumford [et al.] // *Hum Reprod.* 2018. Vol. 33, № 7. P. 1291–1298. DOI: 10.1093/humrep/dey086.

4. Possible improvement of depression after systematic examination and explanation of live birth rates among women with recurrent miscarriage / M. Sugiura-Ogasawara, Y. Nakano, Y. Ozaki, T.A. Furukawa // *J Obstet Gynaecol.* 2013. Vol. 33, № 2. P. 171–174. DOI: 10.3109/01443615.2012.745490

5. Социогуманитарные технологии диагностики качества жизни, связанного со здоровьем / Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова, Л.А. Мурашова, С.П. Холодин // *Медицинский альманах.* 2017. № 5 (50). С. 10–12. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30528784>

Стольниковая Ирина Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, Тверской государственной медицинской университет (Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4), stolnikovaii@gmail.com, ORCID 0000-0003-0001-400X

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственной медицинской университет (Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4), sfilippchenkova@mail.ru, ORCID 0000-0002-4928-277X.

Филиппченкова Светлана Игоревна, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственной медицинской университет (Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4), sfilippchenkova@mail.ru, ORCID 0000-0002-4928-277X.

Мурашова Лада Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственной медицинской университет (Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4), lada-murashova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-8135-370X

Досова Снежана Юрьевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Тверской государственной медицинской университет (Россия, 170100, г. Тверь, ул. Советская, 4), snegar1@mail.ru, ORCID 0000-0003-0001-400X.

Поступила в редакцию 11 июня 2020 г.; принята 25 марта 2021 г.

DOI: 10.14529/jpps210209

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RECURRENT MISCARRIAGE

I.I. Stolnicova, stolnikovaii@gmail.com, ORCID 0000-0003-0001-400X

E.A. Evstifeeva, sfilippchenkova@mail.ru, ORCID 0000-0002-4928-277X

S.I. Filippchenkova, sfilippchenkova@mail.ru, ORCID 0000-0002-4928-277X

L.A. Murashova, lada-murashova@yandex.ru, ORCID 0000-0002-8135-370X

S.Yu. Dosova, snegar1@mail.ru, ORCID 0000-0003-2911-2092

Tver State Medical University (4 Sovetskaya str., Tver, 170100, Russian Federation)

Abstract. Miscarriage is any spontaneous termination of pregnancy from conception till 37 weeks. In the Russian Federation, recurrent miscarriage is considered as spontaneous termination of pregnancy in case of two consecutive pregnancies terminated in spontaneous abortion before 37 weeks. According to various authors, the incidence of this pathology is from 2 to 5 % with a tendency to increase. Previously, the causes of miscarriage were considered only in obstetrics and gynecology, endocrinology. Recurrent miscarriage is a stress factor that has a negative impact on the mental state of a woman. **Aim.** The paper aims to study the quality of life in patients with recurrent miscarriage for assessing the effectiveness of its treatment. **Materials and methods.** This study involved 150 fertile age women during and outside of pregnancy. The sample consisted of both apparently healthy women and women diagnosed

with recurrent miscarriage living on the territory of Tver and Tver region. The patients were divided into 5 groups. The psychodiagnostic study was conducted by using the Multipsycometer-05 hardware and software system. The SF 36 health survey was used as a diagnostic tool. **Results:** significant differences were revealed in terms of general health, physical performance, the influence of health status on role performance, the influence of emotional status on role performance, pain intensity, viability and self-assessment of mental health. **Conclusion:** patients with recurrent miscarriage, regardless of the causes of the disease, suffer both physically and mentally, which greatly increases the risk of various complications and can reduce both treatment efficacy and quality of life in general.

Keywords: recurrent miscarriage, quality of life, pain syndrome, mental health component.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

References

1. Middeldorp S., Goddijn M. Recurrent miscarriage and thrombophilia. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006;150 (4): 189–193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16471233/>
2. Ailamazyan E.K., Kuz'minykh T.U. Controversial questions of preterm birth. *Zhurnal aku-sherstva i zhenskikh boleznei = Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2013; 62 (4): 97–105. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20799100>
3. Russo L.M., Whitcomb B.W., Mumford S.L. et al. A prospective study of physical activity and fecundability in women with a history of pregnancy loss. *Hum Reprod.* 2018; 33 (7): 1291–1298. DOI: 10.1093/humrep/dey086.
4. Sugiura-Ogasawara M., Nakano Y., Ozaki Y., Furukawa T.A. Possible improvement of depression after systematic examination and explanation of live birth rates among women with recurrent miscarriage. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33 (2): 171–174. DOI: 10.3109/01443615.2012.745490
5. Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Murashova L.A., Kholodin S.P. Sociohumanitary technologies for diagnostics of life quality connected with health. *Meditinskii al'manakh = Medical Almanac.* 2017; 5 (50): 10–12. (in Russ.). <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30528784>

Received 11 June 2020; accepted 25 March 2021

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Особенности качества жизни пациенток с привычным невынашиванием беременности / И.И. Стольникова, Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова и др. // Психология. Психофизиология. – 2021. – Т. 14, № 2. – С. 89–95. DOI: 10.14529/jpps210209

FOR CITATION

Stolnicova I.I., Evstifeeva E.A., Filippchenkova S.I., Murashova L.A., Dosova S.Yu. Quality of Life in Patients with Recurrent Miscarriage. *Psychology. Psychophysiology.* 2021, vol. 14, no. 2, pp. 89–95. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps210209
