

Д.В. Кульчицкий

Визначення показника якості життя як інтегральної ознаки фізичного та психічного здоров'я жінки після оперативного розродження за удосконаленою методикою

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.1(69):80-83; doi 10.15574/PP.2017.69.80

Мета — визначити показник якості життя в жінок після родорозршення шляхом кесаревого розтину за стандартною та удосконаленою методикою. **Пацієнти та методи.** Згідно зі шкалою QoL обстежено 80 жінок (I група) і 70 жінок (II група), яким виконано кесарів розтин за традиційною та удосконаленою методикою відповідно. Опитування проведено на першу і п'яту добу після оперативного розродження з визначенням показника якості життя. **Результати.** Достовірне зниження показників фізичного та соціального функціонування на першу та п'яту добу, підвищення больового синдрому порівняно з відповідними показниками II групи свідчать про суттєве погіршення якості життя в жінок на першу та п'яту добу післяпологового періоду, розроджених шляхом операції кесаревого розтину, виконаної за традиційною методикою. З іншого боку, високий узагальнений показник якості життя в жінок II групи свідчить про ефективність удосконаленої методики кесаревого розтину з урахуванням суттєвого зниження больового синдрому. **Висновки.** Показник якості життя може бути провідним критерієм при вирішенні питання про ефективність різних технік оперативного розродження за відсутності чітких клінічних і лабораторно-інструментальних маркерів. Слід зазначити, що як загальний показник якості життя, так і всі його складові суттєво вищі в групі жінок, яким проведено оперативне розродження за удосконаленою методикою. **Ключові слова:** кесарів розтин, традиційна методика, удосконалена методика, якість життя.

Quality of life indicator estimation as integral criterion of physical and mental health in women operated using the advanced Caesarean section technique

D.V. Kulchytskyi

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose — to compare the quality of life (QoL) indicator in women undergoing Caesarean delivery performed traditionally and by using advanced technique. **Materials and methods.** According to the quality of life scale, we examined 80 women (I group) who underwent Caesarean delivery performed traditionally and 70 patients (group II) who were operated using the advanced Caesarean section technique. The survey was conducted on the first and fifth day after operative delivery with the estimation of quality of life indicator. **Results.** A significant decline in physical and social functioning on the first and fifth day, increasing pain syndrome, in comparison with the same criteria of the second group, showed a significant deterioration in QoL in women on the first and fifth day of postpartum period who underwent traditional Caesarean techniques. On the other hand, the high level of integrated QoL indicator in the second group proved the efficiency of the advanced Caesarean section technique by taking into account the significant reduction of pain syndrome. **Conclusions.** Quality of life indicator can be the leading criterion in decision making on the efficiency of different operative delivery techniques and no clear clinical, laboratory and instrumental markers. It should be noted that both general QoL indicator and all its constituents were significantly higher in the group of women who were operated using the advanced Caesarean section technique. **Key words:** Caesarean section, traditional technique, advanced technique, quality of life.

Определение показателя качества жизни как интегральной характеристики физического и психического здоровья женщины после оперативного родоразрешения по усовершенствованной методике

Д.В. Кульчицкий

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель — определить показатель качества жизни женщин после проведенного родоразрешения путем кесарева сечения по стандартной и усовершенствованной методике. **Пациенты и методы.** Согласно стандартной шкале QoL нами обследованы 80 женщин (I группа) и 70 женщин (II группа), которым выполнено кесарево сечение по традиционной и усовершенствованной методике соответственно. Опрос проведен на первые и пятые сутки после оперативного родоразрешения с определением показателя качества жизни. **Результаты.** Достоверное снижение показателей физического и социального функционирования на первые и пятые сутки, повышение болевого синдрома по сравнению с соответствующими показателями II группы свидетельствуют о существенном ухудшении качества жизни у женщин на первые и пятые сутки послеродового периода, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, выполненного по традиционной методике. С другой стороны, высокий обобщенный показатель качества жизни у женщин из II группы свидетельствует об эффективности усовершенствованной методики кесарева сечения с учетом существенного снижения болевого синдрома. **Выводы.** Показатель качества жизни может быть ведущим критерием при решении вопроса об эффективности различных техник оперативного родоразрешения при отсутствии четких клинических и лабораторно-инструментальных маркеров. Следует отметить, что как общий показатель качества жизни, так и все его составляющие существенно выше в группе женщин, которым проведено оперативное родоразрешение по усовершенствованной методике. **Ключевые слова:** кесарево сечение, традиционная методика, усовершенствованная методика, качество жизни.

Вступ

З 2006 р. в Україні спостерігається підвищення показників перинатальної смертності, частоти розродження шляхом кесаревого розтину (КР) і летальності серед жінок, яким

розродження виконувалося оперативним шляхом. Так, показники материнської смертності, асоційованої із КР (близько 40 на 100 тис. живонароджених дітей), у 4 рази вищі, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100 тис.).

Кесарів розтин входить до розряду оперативних втручань із високою частотою інтра- та післяопераційних ускладнень. Дослідження, проведені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), свідчать, що збільшення частоти КР асоціюється з підвищенням частоти призначення антибіотиків у післяпологовому періоді, збільшенням частоти тяжкої материнської захворюваності та смертності. За даними різних авторів, ускладнення після операції КР зустрічаються в 5–20% випадків [3].

Серед ускладнень КР значне місце посідають ускладнення, спричинені технічними складнощами операції, зокрема, під час проведення гемостазу. Так, 70% випадків гнійно-запальних ускладнень КР пов'язані з дефектами хірургічної техніки виконання операції та місцевого гемостазу під час ушивання матки та передньої черевної стінки, що призвели до виникнення гематом різної локалізації та неспроможності шва на матці [5].

Значну увагу слід приділити погіршенню якості життя жінок після КР, зокрема, тривалий больовий синдром, зменшення фізичної активності та витривалості жінки після операції. А це унеможливує проведення адекватного догляду за новонародженим.

Успіх виконання операції КР залежить від дотримання таких принципів: а) ретельний гемостаз; б) скорочення часу операції; в) профілактика інфікування рани; г) мінімізація шовного матеріалу; д) уникнення травматизації тканин операційної рани [5].

Останнім часом в акушерській та гінекологічній практиці для вирішення цих питань з успіхом застосовується високочастотна електрохірургія, зокрема, новий метод аргоноплазмової коагуляції тканин, механізм дії якої полягає у використанні енергії електромагнітного поля високої частоти, яка передається на тканини безконтактним методом за допомогою іонізованого газу аргону [1, 2].

Аргоно-плазмова коагуляція — метод високочастотної електрохірургії, за якого енергія електромагнітного поля високої частоти передається на тканину безконтактним способом за допомогою потоку іонізованого інертного газу — аргону (низькотемпературного факелу аргонової плазми). Факел аргонової плазми виступає сфокусованим газоподібним продовженням активного електроду, що виключає його мікробну контамінацію та налипання до нього тканин. Безперечною перевагою методу є те, що в середовищі інертного газу аргону

при температурі 120°C відбувається коагуляція тканин на глибину не більше 3 мм, відсутній ефект карбонізації тканин та існує температурний антисептичний ефект. Глибокий прогрів тканин в області шва активізує репаративні процеси, скорочує колагенові волокна, що надає додатковий гемостатичний ефект та запобігає утворенню ранового ексудату [2]. Використання радіохвильового монополярного різання спільно з біполярною коагуляцією та подальшою аргоно-плазмовою обробкою розсічених тканин дає змогу отримати розріз із мінімальною перифокальною деструкцією тканин та якісним гемостазом.

Мета роботи — визначити показник якості життя жінок після проведеного родорозрішення шляхом КР за стандартною та удосконаленою методикою.

Матеріали та методи дослідження

Для об'єктивного дослідження стану психічного та фізичного здоров'я жінки в післяопераційному періоді та з метою визначення ефективності удосконаленої методики КР визначався показник якості життя за спеціальною шкалою — опитувальником QOL.

Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, які впливають на стан здоров'я і складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування; рольова діяльність; тілесний біль; загальне здоров'я; життєздатність; соціальне функціонування; емоційний стан; психічне здоров'я.

Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краще оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я. Кількісно оцінюються такі показники:

- General Health (GH) — загальний стан здоров'я, що передбачає оцінку хворим власного стану здоров'я і перспектив лікування;
- Physical Functioning (PF) — фізичне функціонування, що відображає ступінь, в якому здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги тощо);
- Role-Physical (RP) — вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності);

Таблиця 1

Показник якості життя вагітних жінок, яким проведено кесарів розтин, за даними шкали QOL (бали)

Показник	Значення показника за групами			
	I група		II група	
	1-ша доба	5-та доба	1-ша доба	5-та доба
PF (фізичне функціонування)	31	39	34	58*
SF (соціальне функціонування)	38	46	42	59*
MH (самооцінка психічного здоров'я)	57	61	66	74*
BP (наявність болю)	23	56	41	68*
RP (рольове фізичне функціонування)	14	23	32	48*
VT (життєздатність)	49	56	54	61
GH (загальний стан здоров'я)	68	71	76	80
RE (емоційність)	23	34	41	58*

Примітка: * – достовірність показника порівняно між I і II групами.

- Role-Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості її виконання тощо);
- Social Functioning (SF) – соціальне функціонування, визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);
- Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома і поза домом.
- Vitality (VT) – життєздатність (передбачає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим);
- Mental Health (MH) – самооцінка психічного здоров'я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

У дослідженні проводилося порівняння показника якості життя у двох групах: I група (контроль) – 80 пацієнток, розроджених шляхом КР за стандартною методикою M. Stark; II група (експеримент) – 70 пацієнток, розроджених абдомінальним шляхом за удосконаленою нами методикою.

Результати дослідження та їх обговорення

За рекомендаціями ВООЗ, оцінка якості життя залежить від фізичного і психоемоційного стану індивідуума, а також від рівня його незалежності, суспільного становища, особистісних уявлень і стану навколишнього середовища. Загальноприйнятим у світовій клінічній

практиці є використання загального опитувальника. При цьому опитувальник вимірює ті складові здоров'я, які не є специфічними для вікових груп, певних захворювань або програм лікування, тобто висвітлює загальне здоров'я. Відповідно до цієї методики опитувальника, проводиться аналіз 8 позицій, які являють собою складові характеристики здоров'я та включають функцію і дисфункцію, стрес і благополуччя, об'єктивні та суб'єктивні оцінки, позитивні і негативні самооцінки загального стану здоров'я, тобто враховує всі компоненти якості життя.

Пологи є стресовою ситуацією для організму жінки та супроводжуються значним напруженням функціонального стану різних фізіологічних систем, що, своєю чергою, можуть призводити до порушення адаптації організму в цілому. Вагітність, пологи і емоційний стрес, що супроводжує цей період, можуть призводити до соматичних порушень і розвитку психовегетативних розладів. Очікування планового КР та сама операція розцінюється як додатковий стресорний фактор. Так, відповідно до шкали QOL, нами обстежено 80 жінок (I група) і 70 жінок (II група), яким виконано КР за традиційною та удосконаленою методикою відповідно. Опитування проведено на першу та п'яту добу після оперативного розродження (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, показник самооцінки психічного здоров'я (MH) є достовірно нижчим у I групі на першу та п'яту добу порівняно з показниками у II групі. Даний показник є загальним показником позитивних емоцій, характеризує настрій та наявність депресії. Низькі рівні останнього свідчать про наявність депресивних тривожних настроїв.

Достовірне зниження показників фізичного та соціального функціонування на першу та п'яту добу, суттєве зниження рольового

Таблиця 2

Показник якості життя жінок за даними шкали QOL (бали)

Група жінок	Кількість балів згідно з опитувальником	
	1-ша доба	5-та доба
I група	38	48
II група	48	73*

Примітка: * – достовірність показника порівняно між I і II групами.

фізичного функціонування на тлі зниження емоційності та підвищення больового синдрому порівняно з відповідними показниками II групи свідчать про суттєве погіршення якості життя у жінок на першу та п'яту добу післяпологового періоду, розроджених шляхом операції КР, виконаною за традиційною методикою.

З іншого боку, високий узагальнений показник якості життя в жінок II групи (табл. 2) свідчить про ефективність удосконаленої методики КР з урахуванням суттєвого зниження больового синдрому.

Так, на п'яту добу показник якості життя в групі жінок, яким проведено розродження за удосконаленою методикою, у 1,5 разу вищий, ніж у групі породіль, розроджених операцією КР за традиційною методикою.

Висновки

Необхідність визначення показника якості життя визначається тим, що саме якість життя

може бути провідним критерієм при вирішенні питання про ефективності різних технік оперативного розродження, за відсутності чітких клінічних і лабораторно-інструментальних маркерів.

Слід зазначити, що як загальний показник якості життя, так і всі його складові суттєво вищі в групі жінок, яким проведено оперативне розродження за удосконаленою методикою. З іншого боку, розуміння особливостей фізичного функціонування і психологічного компонентів здоров'я породіль після оперативного розродження дасть змогу співробітникам пологових будинків, перинатальних центрів, психологам і соціальним працівникам забезпечити їм індивідуальний підхід у медичному забезпеченні та психологічній корекції.

Якість життя породіллі поряд зі станом її здоров'я визначає якість материнського догляду і психологічний контакт із дитиною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журнал практикуючого лікаря. — 2012. — № 5. — С. 2—6.
2. Голяновський О.В. Ефективність різних методів хірургічного гемостазу в разі розвитку масивних акушерських кровотеч / О.В. Голяновський // Здоровье женщины. — 2009. — № 1. — С. 76—80.
3. Радзинский В.Е. Аргонплазменная коагуляция тканей при кесаревом сечении / В.Е. Радзинский, Л.Н. Есипова, Ю.В. Вученович // Акушерство и гинекология. — 2010. — № 6. — С. 28—29.
4. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America / J. Villar [et al.] // The WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P. 1819—1829.
5. Stark M. Sectio caesarea. The modified caesarean section / M. Stark. — Bremen: UNI-MED SCINCE, 2001. — P. 146—150.
6. Van Dongen P.W.J. Caesarean section — etymology and early history. Review / P.W.J. Van Dongen // SAJOG. — 2009. — Vol. 15, № 2. — P. 62—66.

Сведения об авторах:

Кульчицкий Дмитрий Викторович — НМАПО имени П.Л. Шуплика, КЗ «Вышгородская центральная районная больница». Адрес: Киевская область, г. Вышгород, ул. Кургузова, 1; тел. (04596) 54-9-45. Статья поступила в редакцию 01.03.2017 г.