

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ ПРИ БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Шестакова О.В.¹, Тетелютина Ф.К.²

¹ООО «Центр Репродуктивного Здоровья», Ижевск;

²ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия (426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru

В настоящее время увеличивается количество браков у супругов, страдающих бесплодием. В связи с этим изучение не только репродуктивного, но и психоэмоционального состояния супружеской пары в бесплодном браке очень актуально. При изучении психоэмоционального состояния супружеской пары в бесплодном браке установлено, что тревожно-депрессивные состояния чаще встречаются при первой и четвертой попытке программы экстракорпорального оплодотворения не только у женщин, но у мужчин. Анализ их качества жизни показал, что психологический компонент здоровья значительно снижен при длительном бесплодии у мужчин, особенно у курящих и принимающих регулярно спиртные напитки, что усугубляет мужской фактор бесплодия. Длительное бесплодие, а также неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения создают большую напряженность.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, бесплодный брак, супружеская пара, качество жизни, психоэмоциональное состояние

QUALITY OF LIFE AND FEATURE OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE IN THE MARRIED COUPLE AT FRUITLESS MARRIAGE

Shestakova O.V.¹, Tetelyutina F.K.²

¹ООО "Center of Reproductive Health", Izhevsk;

²ГБОУ ВПО "Izhevsk State Medical Academy" of the Russian Ministry of Health, Izhevsk, Russia (426034, Izhevsk, Kommunarov St., 281), e-mail: juliya-doc@mail.ru

Currently, an increasing number of marriages, the couple suffering from infertility. In this regard, the study not only reproductive but also psycho-emotional state of the couple in a barren marriage is very important. When studying a psychoemotional condition of a married couple in fruitless marriage it is established that disturbing depressions meet in the first and fourth attempt of the program of extracorporal fertilization not only at women, but at men more often. The analysis of their quality of life showed that the psychological component of health is considerably lowered at long infertility at men, especially at smokers and taking regularly alcoholic drinks that aggravates a man's factor of infertility. Long infertility, and also unsuccessful attempts of extracorporal fertilization create big intensity.

Keyword: extracorporal fertilization, fruitless marriage, married couple, quality of life, psychoemotional state

Бесплодие в семейной паре – это важная медицинская и социальная проблема, так как неспособность иметь детей существенно влияет на психологическую и социальную адаптацию человека в обществе, снижает качество жизни, ведет к разводам, стрессам, снижению производительности труда и в связи с этим к значительным экономическим потерям, обусловлены затратами на лечение бесплодных супружеских пар [1, 2, 6]. Бесплодный брак приводит к снижению качества жизни женщин и мужчин. Наиболее тяжело переживают бесплодие – женщины, что может приводить к развитию у них невротических и личностных расстройств. Воздействие хронического стресса приводит к высокому уровню тревоги и коррелирует с низкой вероятностью наступления беременности, а наличие острого фактора стресса провоцирует нарушения в репродуктивной системе [2, 9]. Невротические расстройства как личностная реакция на нарушение генеративной, а нередко и сексуальной

функции у одного или обоих супругов изменяют психологическое и социальное функционирование семьи и подрывают прочность брачных отношений [1, 4, 5]. Психологические проблемы, возникающие в семьях с нарушением репродуктивной функции, становятся причиной развода приблизительно в 25 % случаев [1, 2]. В большинстве стран Европы, по данным статистики, каждый пятый брак бесплодный, и это серьезно ухудшает социально-демографическую ситуацию. Супружеские пары, которые не могут зачать ребенка естественным путем, используя современные вспомогательные репродуктивные технологии, могут преодолеть практически все формы женского и мужского бесплодия [5].

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование были включены 79 бесплодных супружеских пар со сроком бесплодия от 1 года до 20 лет в возрасте от 23 до 60 лет. Средний возраст мужчин составил $35,3 \pm 4,1$, средний возраст женщин – $33,1 \pm 2,8$ лет. Было проведено тщательное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, социальное исследование методом активного анкетирования супружеской пары по тестам Спилбергера-Ханина с оценкой уровня личностной и ситуативной тревожности, по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), по опроснику САН. Качества жизни проводили по оценке физического и психологического компонента здоровья женщин и мужчин по анкете оценки качества жизни SF-36.

Результаты и их обсуждения. Первичное бесплодие установлено у 41 (51,9%) и вторичное - у 38 (48,1%) пациенток. У женщин I группы чаще было вторичное бесплодие – 21 (61,8%). Супружеские пары были разделены на группы в зависимости от длительности бесплодия. В I группу вошли 34 (43,0%) пациентки с бесплодием до 5 лет, во II группу 34 (43,0%) пациентки с бесплодием до 10 лет и с бесплодием 11 лет и более 11 лет 11 (14,0%) пациенток вошли в III группу. Медицинскую и социальную значимость проблемы подчеркивает то, что 51 (64,6%) пациентка была в активном репродуктивном возрасте до 35 лет, 28 (35,4%) - в позднем репродуктивном возрасте, из них 8 (25,5%) в возрасте 41 года и старше. В I группе – 30 (88,3%), во II - 16 (17,0%), в III – 5 (45,0%) женщины активного репродуктивного возраста. Следует отметить, что у женщин позднего репродуктивного возраста в сравнении с женщинами активного репродуктивного возраста, способность к беременности значительно меньше, даже методом экстракорпорального оплодотворения, что связано с ухудшением качества ооцитов [8]. По социальному положению, среди обследуемых, преобладало число служащих 54 (68,4%) (в I группе - 21 (61,7%), во II – 26 (76,4%) и в III – 7 (63,6%)), каждая вторая женщина была с высшим образованием. Особо следует выделить, что 68 (86,1%) женщин курили (по оценке 20 сигарет в день). Длительное курение может вызвать изменения в качестве ооцитов, что приводит к снижению качества эмбриона, в результате уменьшается вероятность наступления беременности [7]. Обращает

внимание, что у женщин I группы мужчины были более молодого возраста $28,9 \pm 2,1$ лет. Во II группе ($36,1 \pm 3,2$ лет) по возрасту не отличался от III ($36,4 \pm 2,9$ лет). Во II группе преобладают мужчины с высшим образованием 21 (61,7%), в III группе каждый второй имеет высшее образование 5 (45,4%), в I только каждый третий 10 (31,2%). Мужчины курили меньше, чем женщины 15 (19,7%). В I группе 4 мужчин (12,1%) курят. Двое (6,0%) регулярно принимают алкоголь. Во II группе 7 мужчин (20,5%) курят, 5 (14,7%) регулярно принимают алкоголь. В III группе 4 мужчин (40,0%) курят, 4 (40,0%) регулярно принимают алкоголь. Следует отметить, что на сегодняшний день нет достоверных фактов, доказывающих, что курение может вызывать мужское бесплодие. Однако есть исследования по изучению отрицательного влияния никотина на качество спермы: снижается активность сперматозоидов, а с увеличением стажа курения снижается и их количество, одновременно увеличивается количество сперматозоидов с нарушенной морфологией, а также никотин влияет на повышение количества лейкоцитов в сперме [8].

Анализ репродуктивного здоровья женщин показал, что у 11 (13,9%) констатирована альгодисменорея, 52 (65,8%) начали половую жизнь в подростковом возрасте до 18 лет (в I группе – 25 (73,5%), во II – 19 (55,9%), в III – 8 (72,7%)). Следует отметить высокую сексуальную активность - 31 (39,2%) женщин имели более двух половых партнеров (в I группе – 12 (48,0%), во II – 16 (47,0%), в III – 3 (27,3%)). При том, что в зарегистрированном браке были 47 (59,5%) женщин (в I группе – 20 (76,9%), во II – 23 (95,8%), в III – 4 (50,0%)). У каждой третьей женщины в анамнезе были аборт (рис. 1). Каждая седьмая женщина в I группе имела ребенка, тогда как во II – каждая одиннадцатая. Ни одна женщина с бесплодием более 11 лет не имела ребенка. При длительности бесплодия более 10 лет у женщин появляются признаки адаптации к беременности: в виде успехов в профессиональной деятельности или продолжают лечение для того, чтобы «не о чем было жалеть» [3].

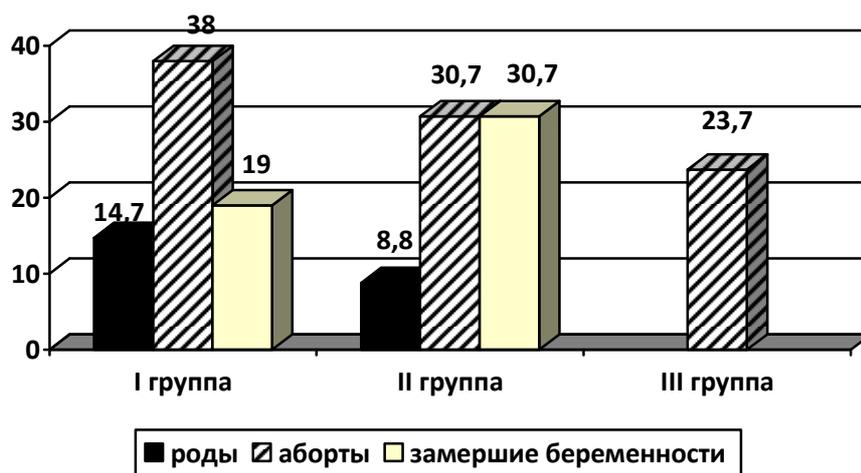


Рис. 1 Характеристика гендерной функции (%)

Среди гинекологических заболеваний лидировали сальпингоофориты (в III группе – 8 (72,2%), в I – 8 (52,9%), во II – 12 (41,3%)), операции на яичниках (в III группе – 5 (45,4%), в I – 3 (16,6%), во II – 3 (10,3%)) и железистая гиперплазия эндометрия (в I группе – 4 (22,2%), во II – 6 (20,7%), в III – 7 (63,6%)). I ранговое место в причинах бесплодия занимал трубно-перитонеальный фактор (в I группе – 17 (50,0%), во II – 19 (55,8%), в III – 6 (54,5%)). II ранговое место занимал эндокринный фактор (в I группе – 12 (35,3%), во II – 11 (32,3%), в III – 4 (36,3%)). III - занимал генитальный эндометриоз (в I группе – 5 (17,4%), во II группе – 4 (11,7%), в III группе – 1 (9,0%)). Следует указать у 12 (15,2%) женщин отметили несколько факторов. Трубно-перитонеальный фактор бесплодия диагностирован при метросальпингографии 34 (43,0%) и лапароскопии – 45 (57,0%). В каждой группе были женщины со сниженным овариальным резервом. Сниженный овариальный резерв при ФСГ более 10 мМЕ/мл диагностирован в III группе – 4 (36,3%), во II – 10 (29,4%), в I – 6 (17,6%); Антимюллеров гормон (АМГ) меньше 1 нг/мл – в III группе – 7 (63,6%), во II – 18 (52,9%), в I – 5 (14,7%). Следует отметить, что высокий уровень АМГ более 10 нг/мл диагностирован только в I-ой группе у 3 (8,8%) женщин. Лечение бесплодия шло по стандартным схемам с использованием аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов, рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона с учетом индивидуального уровня гормонов.

Количество попыток в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) пропорционально зависело от возраста пациенток. По одной попытке программы ЭКО в I группе – 8 (23,5%), во II – 10 (29,4%), в III – 1 (9,0%); по две попытки программы ЭКО превалирует во II группе – 8 (23,5%), в I группе – 4 (11,7%), в III – 3 (27,2%); по три попытки программы ЭКО прошло в III группе – 2 (18,2%), во II – 4 (11,7%), в I - нет 3-х и более

попыток программы ЭКО. Четыре попытки программы ЭКО прошло во II группе – 4 (11,7%), в III – 2 (18,2%).

Тест Спилбергера-Ханина позволяет дифференцировано измерять тревожность как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией [2]. Личностная тревожность - это приобретенная поведенческая позиция. Очень высокая тревожность (>46 баллов) может быть связана с наличием эмоциональных срывов и психосоматических заболеваний. По данным теста Спилбергера-Ханина у женщин с длительностью бесплодия более 10 лет выявлена очень высокая личностная тревожность и составляет $47,7 \pm 6,0$ баллов. По данным литературы, такие женщины склонны воспринимать угрозу своей самооценке и реагировать выраженным состоянием тревожности [1, 2]. Выявлена умеренная личностная тревожность женщин I и II групп, показатели статистически не отличались. По данным теста Спилбергера-Ханина личностная тревожность проявлялась тревогой за своё будущее, страхом перед отрицательным результатом лечения, сниженным настроением, плаксивостью. Ситуативная тревожность характеризует человека в данный момент времени. Эта тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Ситуативная тревожность во всех исследуемых группах статистически не отличалась. Психологический тест у мужчин в I и II группах выявил высокий уровень личностной тревожности у каждого седьмого мужчины, тогда как в группе с длительностью бесплодия более 11 лет у каждого второго мужчины диагностирован высокий уровень личностной и ситуативной тревожности. Анализируя функциональное состояние семейной пары по опроснику САН, оказалось, что плохое самочувствие, активность, настроение диагностировано у каждой пятой пациентки независимо от группы исследования, преобладает число женщин с трубным фактором бесплодия. У всех мужчины I и III групп было хорошее самочувствие, активность, настроение. Во II группе у 2 (5,8%) мужчин с мужским фактором бесплодия, выявлено плохое самочувствие, активность, настроение. При определении уровня тревоги и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) оказалось, что во всех, исследуемых группах у женщин отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии. Наблюдается некоторое повышение уровня депрессии в зависимости от возраста от $3,8 \pm 2,2$ до $3,9 \pm 1,1$ баллов. У мужчин уровни тревоги и депрессии находятся в пределах нормы во всех исследуемых группах. Однако следует отметить, что с длительностью бесплодия уровень тревоги у мужчин увеличивается от $5,1 \pm 3,2$ до $5,7 \pm 0,8$ баллов.

Следует отметить, что под качеством жизни понимают оценку физического, психического и социального функционирования пациента, основанную его субъективном восприятии [9]. При оценке качества жизни обращает внимание, что все показатели шкал опросника SF-36 несколько снижены (таб. 1).

Таблица 1

Характеристика качества жизни супружеских пар (M±m)

Показатель теста	I группа		II группа		III группа	
	Женщины n=34	Мужчины n=32	Женщины n=34	Мужчины n=34	Женщины n=11	Мужчины n=11
Физический компонент здоровья:						
Физическое функционирование (PF)	56,5±4,8	55,2±3,5	55,3±4,2	54,3±4,3	54,8±3,2	50,1±3,2
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	94,1±1,2	95,7±1,2	91,3±0,8	94,7±2,1	91,8±4,9	92,2±1,5
Интенсивность боли (BP)	92,6±2,6	90,4±2,6	84,5±2,4	91,1±2,6	84,0±6,2	81,8±3,1
Общее состояние здоровья (GH)	87,8±1,7	88,9±2,7	89,7±3,5	84,6±2,7	84,2±3,6	82,2±4,8
Психологический компонент здоровья:	75,7±1,8	80,5±1,5	74,1±2,0	79,8±1,5	78,8±2,4	77,3±2,3
Психическое здоровье (MH)	50,3±8,7	51,8±2,4	50,1±6,9	51,5±3,7	51,9±3,8	41,8±3,8*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	70,2±2,1	77,0±2,4	70,4±1,9	77,4±1,4	74,5±3,2	65,8±2,7
Социальное функционирование (SF)	84,2±3,5	91,1±3,5	85,8±2,3	89,8±2,3	93,9±4,1	75,7±4,1
Жизненная активность (VT)	83,8±2,6	85,2±2,2	83,7±1,7	86,7±1,7	78,4±3,1	73,8±3,1
	67,3±3,1	74,7±2,7	67,5±1,7	72,0±1,9	69,0±3,1	68,6±3,1

Показатель достоверности между группами: *- p<0,05

При исследовании оценки качества жизни физический компонент здоровья (PH) у женщин I группы составил 56,5±4,8, II – 55,3±4,2, III – 54,8±3,2 баллов. Психологический компонент здоровья соответствовал 50,3±8,7, 50,1±6,9, 51,9±3,8 баллов. Выявлена высокая активность в повседневной жизни у женщин I группы - 92,6±2,6 балла. Показатель общего состояния здоровья у женщин статистически не отличался. Оценивая влияние физического состояния на рольное функционирование, выявлено снижение активности в повседневной деятельности у мужчин III группы и составляет 81,8±3,1 балла. Показатель общего состояния здоровья у мужчин статистически не отличался. Жизненная активность мужчин снижается в зависимости от длительности бесплодия и соответствует 74,7±2,7, 72,0±1,9, 68,6±3,1 баллам. У мужчин уровень физического компонента здоровья не изменился, в то же время уровень психологического компонента здоровья достоверно снижен (p<0,05) в зависимости от длительности бесплодия.

Заключение. Тревожно-депрессивные состояния чаще встречаются у женщин, особенно при первой и четвертой попытке программы экстракорпорального оплодотворения. Личностная тревожность женщин проявлялась тревогой за своё будущее, страхом перед отрицательным результатом лечения. У женщин с длительностью бесплодия более 10 лет выявлена очень высокая личностная тревожность, таким пациенткам необходимо психологическое сопровождение в программе ЭКО. Особенно, плохое настроение, (57,0%) наблюдались у пациенток в группах с длительностью бесплодия до 5 лет и 5-10 лет. При исследовании оценки качества жизни психологический компонент здоровья значительно снижен при длительном бесплодии у мужчин. Среди них увеличивается количество курящих мужчин и регулярный прием спиртных напитков, что усугубляет качество спермы, а именно уменьшается количество активных сперматозоидов. Длительное бесплодие, а также неудачные попытки ЭКО приводят к психоэмоциональной напряженности, к снижению качества жизни, тем самым снижая наступление беременности.

Список литературы

1. Айзятулова Э. М. Личностные особенности, отношение к болезни, уровень тревожности у женщин в бесплодном браке // Медицинская психология, 2013. - № 3
2. Кулаков В. И. Бесплодный брак. – М., 2005. – с. 610
3. Кузьмичев Л. Н., Назаренко Т. А., Микаелян В. Г., Мишиева Н. Г. Вспомогательные репродуктивные технологии в лечении бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста // Гинекология, 2009. - № 4 С. 25 – 28
4. Туремуратова М. А. Оценка качества жизни пациентов в акушерско-гинекологической практике [Текст] / М. А. Туремуратова, Н. С. Игисинов, Г. Ф. Нугманова // Молодой ученый. — 2011. — №4. Т.2. — С. 145-148.
5. Хритинин Д.Ф. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе суррогатного материнства / Д.Ф. Хритинин, Ж.Р. Гарданова, Е.В. Кулакова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. - №1. - с. 18-21.
6. Burguet A, Agnani G. [Smoking, fertility and very preterm birth][Article in French] J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 Feb;32(1 Suppl):1S9016.
7. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res. 2004 Apr;6 Suppl 2:S125040.
8. Shiloh H, Lahav-Baratz S, Koifman M, et al. The impact of cigarette smoking on zona pellucida thickness of oocytes and embryos prior to transfer into the uterine cavity. Hum Reprod. 2004 Jan;19(1):15709.

9. Zegers-Hochschild F. [et al]. for ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology // *Fertility and Sterility*, 2009, 92:1520–1524; and *Human Reproduction*, 2009, 24:1–5, 2009. 4

Рецензенты:

Кузнецова Е.П., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск;

Дворянский С.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, г.Ижевск.