

# Качество жизни как показатель интеграции физического и психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированной беременной

**В**се чаще ВИЧ-инфицированные женщины решаются на такой ответственный шаг, как материнство, что обусловлено ростом заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста, развитием системы родовспоможения ВИЧ-инфицированным и имеющимся положительными результатами рождения здоровых детей у ВИЧ-инфицированных женщин. Уменьшение доли отказных детей также свидетельствует о продолжающейся тенденции ВИЧ-позитивных к осознанному материнству и снижению доли асоциального контингента среди них, ведь известно, что данное заболевание в настоящее время уже встречается среди социально благополучных слоев населения.

В жизни любой женщины сама беременность является фактором, вызывающим переоценку, переосмысление жизненных ценностей. Ее также можно отнести к стрессогенным факторам, требующим психической адаптации личности к новым условиям существования (1, 2, 3, 4, 5, 6).

На течение беременности, родов, послеродового периода, а также периода новорожденности у ребенка и дальнейшее его психосоматическое развитие влияют ряд факторов, в том числе наличие сопутствующего хронического заболевания у беременной.

Диагноз ВИЧ-инфекции является пожизненным и, к сожалению, в настоящее время неизменно ведущим к летальному исходу.

В условиях неизлечимого заболевания, такого как ВИЧ-инфекция, модель «болезнь — лечение — выздоровление» неприемлема и может быть заменена на более подходящую «болезнь — лечение — качество жизни». Что демонстрирует выражение эффективности лечения и реабилитации в повыше-



• Д.А. Ниаури<sup>1</sup> •



• Н.Н. Петрова<sup>2</sup> •

• Л.Н. Султанбекова<sup>1</sup> •

Кафедра акушерства и гинекологии<sup>1</sup>

Кафедра психиатрии и наркологии<sup>2</sup>  
 медицинского факультета  
 Санкт-Петербургского  
 государственного университета

нии качества жизни пациента, что особенно актуально в современных условиях увеличения продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных благодаря применению противовирусных препаратов (7, 8).

Проблема изучения качества жизни в настоящее время особенно актуальна для всех сфер медицины, психологии и социологии. Качество жизни рассматривается с позиции критерия эффективности оказываемой медицинской и психологической помощи, что обусловлено тем, что данное понятие, данный показатель интегрирует физическое и психоэмоциональное состояние человека (9, 10). Психосоматическая медицина в настоящее время не требует доказательства своей состоятельности, и интегративный подход в лечении и реабилитации пациентов становится принципом современной медицины.

Целью исследования являлись оценка качества жизни ВИЧ-инфицированных и определение влияния беременности на данный показатель.

По теме данного исследования на базе ГИБ №30 им. С.П. Боткина по экспериментально-психологической методике SF-36 (методика «Качество жизни») протестировано 30 ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 20,4±2,3 года в третьем триместре беременности, в группу сравнения вошли 30 ВИЧ-инфицированных женщин в возрасте 27±5,7 лет. Полученные данные сравнивались с общепопуляционными показателями.

У всех беременных стоял диагноз: ВИЧ-инфекция 2Б стадия, характеризующаяся бессимптомным течением. До беременности о своем заболевании были осведомлены 41,7% обследованных, 40% этих женщин (16,6% от общего числа обследованных) свою беременность планировали. Для 66,6% беременность желанная, для 16,7%

стала желанной после начала ощущения шевеления плода и УЗИ, в 16,7% беременность продолжала оставаться нежеланной. Что же касается половых партнеров, то для 25% из них, со слов женщин, беременность была нежеланной, необходимо указать, что с этим сталкивались прежде всего одинокие женщины. У 16,7% имелись дети — совместные с половыми партнерами, рожденные до постановки ВИЧ у родителей, у всех детей диагноз ВИЧ-инфекции не стоит. Следует подчеркнуть, что ни одна женщина не отказалась от ребенка после родов. Героиновая наркомания имела место у 58,3% больных, «стаж» которой составил 2-3 года. 25% продолжали употреблять наркотики во время беременности, 33,3% спонтанно прекратили употребление наркотиков при наступлении беременности. 33,3% женщин встали на учет в ЖК на раннем сроке беременности (до 12 недель). Регулярно наблюдались в ЖК 75% беременных. 91,6% женщин получили противовирусную терапию во время беременности.

Качество жизни достоверно снижено по всем показателям, включая удовлетворенность физическим состоянием и социальным функционированием (рис. 1). В меньшей степени снижен показатель витальности (энергичности) (59,2 и 62,2 балла), наиболее

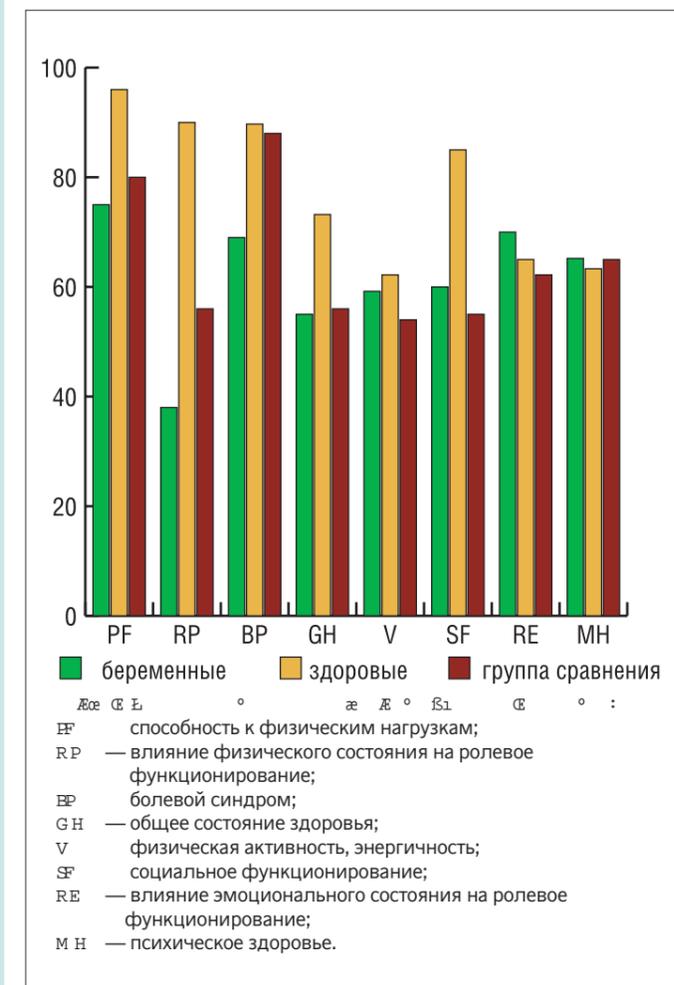


Рис. 1. Качество жизни ВИЧ-инфицированных женщин (опросник SF-36, баллы)

чувствительный к наличию депрессивных расстройств, причем в группе сравнения он составил 54 балла, что ниже, чем в группе беременных. Обращает на себя внимание, что показатель удовлетворенности своим психическим состоянием не отличается от такового в общей популяции (65,2 и 63,3 балла соответственно), а показатель удовлетворенности состоянием своей эмоциональной сферы у беременных, страдающих ВИЧ, даже превышает по этому параметру качество жизни здоровых (соответственно 70,0 и 65,0 балла), в группе же сравнения он снижен и составляет 62,2 балла. Показатель ментального (психологического) здоровья у ВИЧ-инфицированных беременных также несколько превышает таковой у здоровых.

Выявленные психологические особенности групп исследования позволяют предположить о благотворном влиянии беременности, ориентации на рождение ребенка на психоэмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных женщин, что связано с дезактуализацией угрозы жизни, обусловленной болезнью (реальной соматогенной витальной угрозы). Однако наличие снижения качества жизни по всем показателям демонстрирует необходимость психотерапевтической помощи с целью повышения качества жизни и оптимизации течения беременности.

## Литература

1. Абдуллаходжаева М.С., Маджидов Н.М., Погорелова А.Б. Центральная нервная система при беременности. — Ташкент: Медицина, 1975. — 94 с.
2. Айламазян Э.К. Психика и роды / Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н., Белич А.И. и др. / Под ред. Э.К. Айламазяна — СПб.: Яблочко СО, 1996. — 117 с.
3. Батуев А.С. и др. Обнаружение факторов риска беременности с помощью электроэнцефалографического обследования // Перинатальная психология и родовспоможение: Сб. материалов конференции. — СПб., 1997.
4. Бодяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. — М.: Медицина, 1983. — 192 с.
5. Петров-Маслаков М.А., Абрамченко В.В. Родовая боль и обезболивание родов. — М.: Медицина. — 1977. — 320 с.
6. Donahy A., Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV-infection // AIDSLINE. — 2001.
7. Remien R.H., Rabkin J.G. Psychological aspect of living with HIV disease: a primary care perspective // AIDSLINE. — 2001.
8. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.
9. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1993.