

Л.Є. Туманова, О.В. Коломієць

Показники якості життя у вагітних із різними видами безплідності в анамнезі

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2020. 3(83): 16-21; doi 10.15574/PP.2020.83.16

For citation: Tumanova LE, Kolomiets EV. (2020). Quality of life indicators in pregnant women with a history of different types of infertility. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(83): 16-21. doi 10.15574/PP.2020.83.16

Мета — вивчити показники якості життя у вагітних із різними видами безплідності в анамнезі.

Матеріали та методи. Проведено дослідження показників якості життя у 127 вагітних віком від 20 до 49 років, з яких 97 жінок мали безплідність різного генезу в анамнезі, а 30 вагітних — не мали. В основі розподілу вагітних на групи лежав фактор безплідності: I група — 35 вагітних, які мали в анамнезі ендокринну безплідність, II група — 37 вагітних, які мали в анамнезі безплідність запального генезу, III група — 25 вагітних, які мали в анамнезі поєднану безплідність: запального генезу з ендокринним, IV група (контрольна) — 30 здорових вагітних, які не мали в анамнезі безплідності.

Методом оцінки якості життя був короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF).

Результати. Показники якості життя та загального здоров'я, за суб'єктивною оцінкою пацієнток, були найнижчими в III групі — $2,5 \pm 0,10$ бала і $2,1 \pm 0,05$ бала. У пацієнток I групи оцінка була $3,1 \pm 0,15$ бала і $3,2 \pm 0,20$ бала, у II групі — $3,2 \pm 0,10$ бала і $3,3 \pm 0,07$ бала відповідно. Слід зазначити, що найбільш позитивна оцінка цих показників була в контрольній групі вагітних — $5,0 \pm 0,3$ бала.

Так, фізичне функціонування пацієнток III групи оцінили у $16,7 \pm 1,1$ бала, а самосприйняття — у $20,5 \pm 1,6$ бала. Пацієнтки I та II груп із безплідністю в анамнезі оцінили ці показники так — $18,2 \pm 1,3$ бала; $23,4 \pm 1,5$ бала і $19,5 \pm 1,4$ бала; $22,6 \pm 1,6$ бала відповідно. Жінки контрольної групи мали вищі бали оцінки — $24,7 \pm 1,8$ бала; $25,7 \pm 1,7$ бала.

Мікросоціальна підтримка у I, II, III групах мала оцінку відповідно $8,2 \pm 0,3$ бала; $9,3 \pm 0,5$ бала; $7,7 \pm 0,2$ бала, а в контрольній — $13,7 \pm 0,1$ бала. Показники соціального благополуччя у I, II, III групах були $22,4 \pm 1,8$ бала; $23,5 \pm 1,9$ бала; $20,6 \pm 1,5$ бала, а в контрольній — $36,4 \pm 2,1$ бала.

Висновки. У жінок, які завагітніли після тривалого лікування безплідності в анамнезі, спостерігалось суттєве погіршення показників якості життя, порівняно зі здоровими жінками. Це пояснюється високою частотою розвитку в них акушерських ускладнень. Визначення показників якості життя в жінок із безплідністю в анамнезі є невід'ємною складовою наглядку в період вагітності, що дає змогу адекватно оцінювати і своєчасно коригувати фізичну, соціальну і психоемоційну функції в інтересах матері та плода.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: короткий опитувальник ВООЗ, оцінка якості життя, вагітність після безплідності.

Quality of life indicators in pregnant women with a history of different types of infertility

L.E. Tumanova, E.V. Kolomiets

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academical O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

Purpose — to study the indicators of quality of life in pregnant women with a history of different types of infertility.

Materials and methods. The study of quality of life indicators was carried out in 127 women aged 20 to 49 years, 97 of whom had a history of infertility of various origins and 30 pregnant women who had it. The distribution of pregnant women into groups was based on the factor of infertility: Group I — 35 pregnant women with a history of endocrine infertility, Group II — 37 pregnant women with a history of inflammatory infertility, Group III — 25 pregnant women with a history of combined infertility of inflammatory genesis with endocrine, Group IV (control) — 30 healthy pregnant women who did not have a history of infertility. The method of assessing quality of life was the WHOQOL-BREF Short Questionnaire.

Results. The indicators of quality of life and general health, according to the subjective assessment of the patients, were the lowest in group III — 2.5 ± 0.10 points and 2.1 ± 0.05 points. In group I patients, the score was 3.1 ± 0.15 points and 3.2 ± 0.20 points and in group II — 3.2 ± 0.10 points and 3.3 ± 0.07 points, respectively. It should be noted that the most positive assessment of these indicators took place in the control group of pregnant women — 5.0 ± 0.3 points. Thus, the physical functioning was assessed by the patients of group III at 16.7 ± 1.1 points, and self-perception — at 20.5 ± 1.6 points. A patient of groups I and II with a history of infertility assessed these indicators — 18.2 ± 1.3 points; 23.4 ± 1.5 points and 19.5 ± 1.4 points; 22.6 ± 1.6 points, respectively. The women in the control group had higher scores — 24.7 ± 1.8 points; 25.7 ± 1.7 points.

Microsocial support in groups I, II, III was assessed 8.2 ± 0.3 points; 9.3 ± 0.5 points; 7.7 ± 0.2 points, but in the control group — 13.7 ± 0.1 points. The indicators of social well-being were 22.4 ± 1.8 points; 23.5 ± 1.9 points; 20.6 ± 1.5 in groups I, II, III, and in the control group — 36.4 ± 2.1 points.

Conclusions. In women who became pregnant after long-term treatment of infertility in anamnesis, there was a significant deterioration in quality of life indicators compared with healthy women, which is explained by the high incidence of obstetric complications in them. Determination of quality of life indicators in women with a history of infertility is an integral part of monitoring during pregnancy, which allows adequate assessment and timely correction of physical, social and psycho-emotional functions in the interests of the mother and the fetus.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of these Institutes. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: short WHO questionnaire, quality of life assessment, pregnancy after infertility.

Показатели качества жизни у беременных с разными видами бесплодия в анамнезе

Л.Е. Туманова, Е.В. Коломиец

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Цель — изучить показатели качества жизни у беременных с разными видами бесплодия в анамнезе.

Материалы и методы. Исследование показателей качества жизни проведено у 127 беременных в возрасте от 20 до 49 лет, из которых 97 женщин имели бесплодие различного генеза в анамнезе, а 30 беременных — не имели. В основе распределения беременных по группам лежал фактор бесплодия: I группа — 35 беременных, имевших в анамнезе эндокринное бесплодие, II группа — 37 беременных, имевших в анамнезе бесплодие воспалительного генеза, III группа — 25 беременных, имевших в анамнезе сочетанное бесплодие воспалительного генеза с эндокринным, IV группа (контрольная) — 30 здоровых беременных, не имевших в анамнезе бесплодия. Методом оценки качества жизни был короткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF).

Результаты. Показатели качества жизни и общего здоровья, по субъективной оценке пациенток, были самыми низкими в III группе — $2,5 \pm 0,10$ балла и $2,1 \pm 0,05$ балла. У пациенток I группы оценка была $3,1 \pm 0,15$ балла и $3,2 \pm 0,20$ балла, во II группе — $3,2 \pm 0,10$ балла и $3,3 \pm 0,07$ балла соответственно. Следует отметить, что наиболее положительная оценка этих показателей имела место в контрольной группе беременных — $5,0 \pm 0,3$ балла.

Так, физическое функционирование пациентки III группы оценили в $16,7 \pm 1,1$ балла, а самовосприятие — в $20,5 \pm 1,6$ балла. Пациентки I и II групп с бесплодием в анамнезе оценили эти показатели в $18,2 \pm 1,3$ балла; $23,4 \pm 1,5$ балла и $19,5 \pm 1,4$ балла; $22,6 \pm 1,6$ балла соответственно. Женщины контрольной группы имели более высокие баллы оценки — $24,7 \pm 1,8$ балла; $25,7 \pm 1,7$ балла.

Микросоциальная поддержка в I, II, III группах имела оценку $8,2 \pm 0,3$ балла; $9,3 \pm 0,5$ балла; $7,7 \pm 0,2$ балла, а в контрольной группе — $13,7 \pm 0,1$ балла. Показатели социального благополучия в I, II, III группах были $22,4 \pm 1,8$ балла; $23,5 \pm 1,9$ балла; $20,6 \pm 1,5$ балла, а в контрольной группе — $36,4 \pm 2,1$ балла.

Выводы. У женщин, которые забеременели после длительного лечения бесплодия в анамнезе, имело место существенное ухудшение показателей качества жизни по сравнению со здоровыми женщинами, что объясняется высокой частотой развития у них акушерских осложнений. Определение показателей качества жизни у женщин с бесплодием в анамнезе является неотъемлемой составляющей наблюдения во время беременности, что позволяет адекватно оценивать и своевременно корректировать физическую, социальную и психоэмоциональную функции в интересах матери и плода.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования утвержден Локальным этическим комитетом указанного в работе учреждения. На проведение исследований получено информированное согласие женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: короткий опросник ВООЗ, оценка качества жизни, беременность после бесплодия.

Якість життя — це системне поняття, якщо визначається єдністю його компонентів: самої людини, як біологічної і духовної істоти, її життєдіяльності та умов, в яких вона перебуває. Звідси витікає, що номенклатура показників якості життя має включати як об'єктивні характеристики самої людини, її життєдіяльності та умов життя, так і суб'єктивні оціночні характеристики, які відображають відношення суб'єкта до реалій його життя [1,9].

Найбільш обґрунтованою є трактовка якості життя населення з позицій розуміння сутності життя людей як процесу, націленого на збереження і розвиток життя людства в усе більш широких межах природних умов шляхом творчої діяльності та боротьби, подолання природних, особистісних і соціальних суперечностей і труднощів.

Оцінки якості життя складні не лише через багатогранність цього поняття. Для різних верст населення уява про якість життя досить різна і виявляється через суб'єктивні оцінки [6,8].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 1999), «якість життя — це ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їх потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя і самореалізації можливості надаються». З цього визначення видно, що сутність якості життя має соціально-психологічну природу і полягає в оцінці індивідом власної задоволеності різними аспектами життя в соціумі відносно тих психологічних особливостей, які пов'язані з рівнем запитів [3,5].

Якість життя, що визначається здоров'ям пацієнта, дає змогу диференційовано встановити вплив хвороби і лікування на стан людини. Оцінка самою вагітною показників якості життя надає надійну інформацію, що суттєво доповнює картину захворювання [2,4].

За даними анамнезу, віком, наявністю гінекологічної патології, високим рівнем екстрагенітальної захворюваності, жінки, які завагітніли після лікування безплідності, становлять групу високого акушерського ризику з розвитку різноманітних ускладнень. На сучасному етапі розвитку медицини показники якості життя є одними з ключових критеріїв, що відображають стан здоров'я в сенсі потенційних ризиків.

Проект ВООЗ з оцінки якості життя (WHOQOL) створений у 1991 р. Його метою була розробка міжнародної методики для оцінки якості життя, яка може застосовуватися в умовах різних культур. Ця методика оцінює відчуття окремих людей у контексті їхньої культури і системи цінностей, а також особистих цілей, стандартів та інтересів. Методики WHOQOL розроблені спільними зусиллями ряду центрів у різних країнах світу і широко протестовані на місцях [12].

Короткий опитувальник WHOQOL-BREF складається з 26 пунктів, які оцінюють такі широкі області: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини і навколишнє середовище. Короткий опитувальник WHOQOL-BREF є скороченою версією висхідної методики. Він може бути зручнішим для використання у великих наукових дослідженнях або клінічних випробуваннях [4,7].

Отже, визначення оцінки якості життя допомагає встановити об'єктивний стан фізичної, соціальної та психоемоційної сфер життєдіяльності конкретної пацієнтки, виявити проблемні аспекти та вжити заходів щодо запобігання їх негативному впливу на виношування та пологи.

Мета дослідження — вивчити показники якості життя у вагітних із різними видами безплідності в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження показників якості життя проведено у 127 вагітних віком від 20 до 49 років з яких, 97 мали безплідність різного генезу в анамнезі, а 30 вагітних — не мали. Середній вік вагітних із безпліддям в анамнезі становив 38,5 року. В основі розподілу вагітних на групи лежав фактор безплідності: I група — 35 вагітних, які мали в анамнезі ендокринну безплідність, II група — 37 вагітних, які мали в анамнезі безплідність запального генезу, III група — 25 вагітних, які мали в анамнезі поєднану безплідність: запального генезу з ендокринним, IV група (контрольна) — 30 здорових вагітних, які не мали в анамнезі безплідності. Відбір пацієнток у групу з ендокринною безплідністю в анамнезі (I група) включав вагітних із: синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ), гіперпролактинемією (ГП) та їх поєднанням. До II групи із запальним генезом безплідності увійшли вагітні, які мали в анамнезі: позаматкові вагітності, сактосальпінгси, хронічні рецидивні сальпінгоофорити, хронічні метрити. До III групи увійшли найтяжчі пацієнтки, які мали в анамнезі поєднання гормонального (СПКЯ та ГП) та запального факторів безплідності перед цією вагітністю. IV група (контрольна) — 30 здорових вагітних, які завагітніли протягом року подружнього життя.

Методом оцінки якості життя був короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (-WHOQOL-BREF — World Health Organization's Quality of Life), (ВООЗЯЖ-26), який складається із 26 пунктів, що стосуються загальних відчуттів відносно фізичних, психічних і матеріальних компонентів власного стану і навколишнього середовища протягом останніх чотирьох тижнів.

Відповідно до методики 24 із 26 питань групуються в чотири шкали, два питання (перше і друге) враховуються ізольовано.

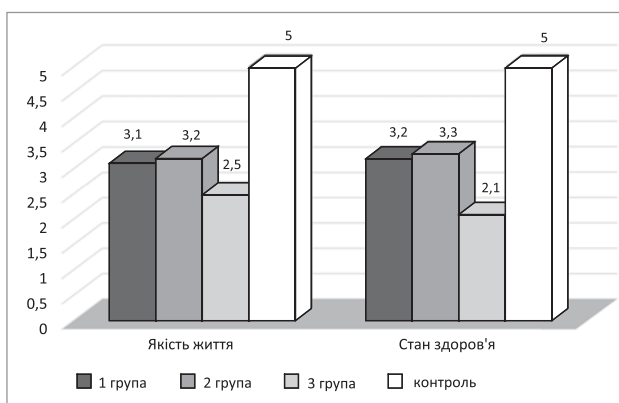


Рис. 1. Суб'єктивна оцінка пацієнтками якості власного життя та стану здоров'я (бали)

Найменування шкал (сфер):

- якість життя;
- стан здоров'я;
- фізичне і психологічне благополуччя;
- самосприйняття;
- мікросоціальна підтримка;
- соціальне благополуччя.

Опитувальник ВООЗЯЖ-26 розрахований на отримання показників оцінки загального сприйняття якості життя і здоров'я по сферах та кінцевого (сумарного) значення. Кожна зі сфер дає значення якості життя; а це означає, що чим вище значення по будь-якій зі сфер, тим вища якість життя по ній. Для негативно названих шкал це означає низьку виразність проблеми. Усі питання мають однакову вагу, і кожне належить тільки до своєї субсфери, тому результат досягається простим сумуванням (або відніманням) отриманих балів. Оцінюється фізичне і психологічне благополуччя $(6-Q3)+(6Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$, самосприйняття $(Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26))$, мікросоціальна підтримка $(Q20+Q21+Q22)$, соціальне благополуччя $(Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25)$. Окремо оцінюється думка респондента щодо якості власного життя і стану здоров'я.

Аналіз та обробка отриманих результатів здійснено за допомогою програм Microsoft Office 2007: Word, Excel.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

У цілому, отримані результати були кращими, тобто якість життя вища, у контрольній (IV) групі — у здорових вагітних, які самостійно завагітніли протягом року подружнього життя. Помітно нижчими були показники в жінок, які мали в анамнезі різні види безплідності.

Показники якості життя та загального здоров'я, за суб'єктивною оцінкою пацієнток, були найнижчими в III групі — $2,5 \pm 0,10$ бала і $2,1 \pm 0,05$ бала. У пацієнток I групи оцінка становила $3,1 \pm 0,15$ бала і $3,2 \pm 0,20$ бала, у II групі — $3,2 \pm 0,10$ бала і $3,3 \pm 0,07$ бала відповідно. Слід зазначити, що найпозитивніша оцінка цих показників була в контрольній групі вагітних — $5,0 \pm 0,3$ бала (рис. 1).

Такі низькі показники в жінок із поєднаним безпліддям пов'язані з тим, що саме в цих жінок спостерігається висока частота акушерських

Таблиця 1

Рівні якості життя та стану здоров'я у вагітних, абс. (%)

Бал	Розподіл обстежених жінок по групах							
	I (n=35)		II (n=37)		III (n=25)		контрольна (n=30)	
	якість життя	стан здоров'я	якість життя	стан здоров'я	якість життя	стан здоров'я	якість життя	стан здоров'я
≤3	30(85,7)*	32(91,4)*	31(93,8)*	33(89,2)* ^Δ	24(96,0)*	23(92,0)*	5(10,0)	1 (3,3)
≥4-5	5(14,3)**	3(8,6)*	6(16,2)**	4(10,8)* ^Δ	1(4,7)*	2(8,0)*	25(90)	29(96,7)

Примітки: * — різниця достовірна відносно показників контрольної групи; Δ — різниця достовірна відносно показників III групи, * — різниця достовірна відносно показників II групи (p<0,05).

ускладнень [10,11], що потребує амбулаторного та стаціонарного лікування.

Показники якості життя були зниженими у всіх групах жінок, які завагітніли після тривалого лікування безплідності, порівняно з жінками в контрольній групі. Найнижчими (≤3 балів) виявились показники у вагітних III групи (96%), (табл. 1).

А низькі рівні (<3 балів) стану здоров'я достовірно не різнилися у вагітних із безпліддям в анамнезі: I група — 91,4%, II група — 89,2%, III група — 92%. Тоді як здорові жінки (контрольна група) в 96,7% оцінили власне здоров'я досить високо (≥4–5 бали).

Так, фізичне функціонування пацієнтки III групи оцінили в 16,7±1,1 бала, а самосприйняття — в 20,5±1,6 бала. Саме в цій групі була найнижча оцінка власної фізичної працездатності та самооцінка. Так, фізичний стан, який оцінював вплив фізичної форми на здатність виконувати повсякденну діяльність, засвідчив, що ця діяльність мала найбільше обмеження у зв'язку з вагітністю. Пацієнтки I та II груп із безплідністю в анамнезі оцінили ці показники у 18,2±1,3 бала; 23,4±1,5 бала та 19,5±1,4 бала; 22,6±1,6 бала відповідно. Жінки контрольної групи мали вищі бали оцінки — 24,7±1,8 бала; 25,7±1,7 бала (рис. 2).

Найгірші рівні (≤15 балів) фізичного і психологічного благополуччя були у вагітних III групи (80%) порівняно з I групою (62,9%) та II групою (59,5%). Тоді як показники само-

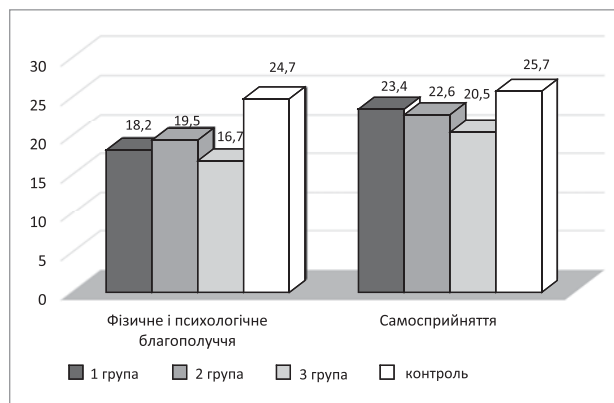


Рис. 2. Суб'єктивна оцінка пацієнтками власного фізичного і психологічного благополуччя та самосприйняття (бали)

сприйняття у вагітних I та III груп нижчі (відповідно 82,9% та 84,0%) порівняно з II групою (56,8%). Останні цифри свідчать про незадоволеність власним зовнішнім виглядом (ожиріння, гірсутизм, стрії) у жінок із метаболічними порушеннями, які мали ендокринну та поєднану безплідність (табл. 2).

Показники мікросоціальної підтримки та соціального благополуччя суттєво не різнилися між собою у групах із різними видами безплідності в анамнезі, а в контрольній групі ці показники були значно вищими. Так, мікросоціальна підтримка мала оцінку в I, II, III групах — 8,2±0,3 бала; 9,3±0,5 бала; 7,7±0,2 бала, а в контрольній групі — 13,7±0,1 бала. Показники соціального благополуччя були 22,4±1,8 бала;

Таблиця 2

Рівні фізичного і психологічного благополуччя та самосприйняття у вагітних, абс. (%)

Бал	Розподіл обстежених жінок по групах							
	I (n=35)		II (n=37)		III (n=25)		контрольна (n=30)	
	фізичне і психологічне благополуччя	самосприйняття	фізичне і психологічне благополуччя	самосприйняття	фізичне і психологічне благополуччя	самосприйняття	фізичне і психологічне благополуччя	самосприйняття
≤15	22(62,9)* Δ	29(82,9)**	22(59,5)*Δ	21 (56,8)**	20(80,0)*	21(84,0)*	3(10,0)	2(6,7)
16–27	13(37,1)*Δ	6(17,1)**	15(40,5)*Δ	16 (43,2)**	5(20,0)	4(16,0)*	27(90)	28(93,3)

Примітки: * — різниця достовірна відносно показників контрольної групи; Δ — різниця достовірна відносно показників III групи, * — різниця достовірна відносно показників II групи (p<0,05).

Таблиця 3

Рівні мікросоціальної підтримки та соціального благополуччя у вагітних, абс. (%)

Бал	Розподіл обстежених жінок по групах							
	I (n=35)		II (n=37)		III (n=25)		контрольна (n=30)	
	мікросоціальна підтримка	соціальне благополуччя	мікросоціальна підтримка	соціальне благополуччя	мікросоціальна підтримка	соціальне благополуччя	мікросоціальна підтримка	соціальне благополуччя
≤7	29(82,9)*	20(57,1)*Δ	31(83,8)*	18(48,6)*Δ	21(84,0)*	18(72)*	2(6,7)	3(10,0)
≤8	6(17,1)*	15(42,9)*Δ	6(16,2)*	19(51,4)*Δ	4(16,0)*	7(28,0)*	28(93,3)	27(90,0)

Примітки: * — різниця достовірна відносно показників контрольної групи; Δ — різниця достовірна відносно показників III групи, * — різниця достовірна відносно показників II групи ($p < 0,05$).

23,5±1,9 бала; 20,6±1,5 бала — у I, II, III групах відповідно, а в контрольній — 36,4±2,1 бала (рис. 3).

Оцінка психічного здоров'я, що свідчить про наявність депресій, занепокоєння та тривоги, була низькою у всіх вагітних, які мали в анамнезі різні види безплідності. Безперечно, що виношування вагітності в жінок із безпліддям супроводжувалося високим ступенем тривоги та занепокоєння. Рівень психологічного благополуччя був практично однаковим у жінок із різними видами безпліддя.

Мікросоціальна підтримка мала досить низькі рівні (≤7 балів) у всіх групах вагітних із безплідністю в анамнезі та достовірно не різнилися по групах (табл. 3). Тоді як показники соціального благополуччя у вагітних III групи (72%) були значно нижчими (≤7 балів), ніж у вагітних I (57,1%) та II (48,6%) груп.

Слід зазначити, що жінки з безплідністю в анамнезі відверто вказували на необхідність психологічної корекції за допомогою відповідного фахівця. Жінкам, які мають серйозну підтримку сім'ї та яким, за їх словами, «пощастило з гарним лікарем», який їх добре розуміє, виявляє максимум уваги і якому вони довіряють, значно легше, хоча б тимчасово, урівноважувати власний психологічний стан і почуватися добре.

Висновки

У жінок, які завагітніли після тривалого лікування безплідності в анамнезі, відмічалось суттєве погіршення показників якості життя та здоров'я порівняно зі здоровими жінками; що пояснюється високою частотою розвитку в них акушерських

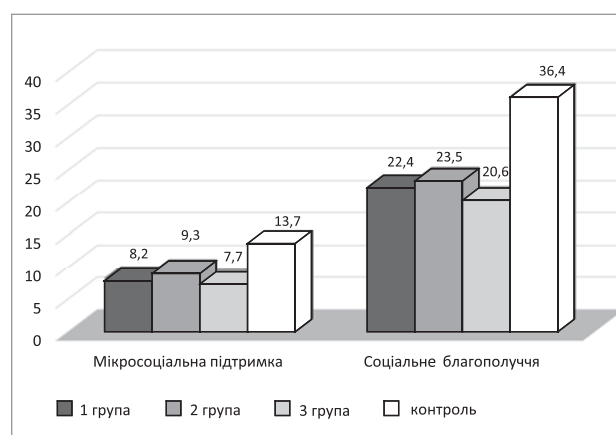


Рис. 3. Суб'єктивна оцінка пацієнтками мікросоціальної підтримки та соціального благополуччя (бали)

ускладнень вагітності, що потребувало амбулаторного та стаціонарного лікування, з обмеженням звичного режиму життя.

Визначення показників якості життя в жінок із безплідністю в анамнезі є невід'ємною складовою нагляду в період виношування вагітності, що дає змогу адекватно оцінювати і своєчасно корегувати фізичну, соціальну і психоемоційну функції в інтересах матері та плода за допомогою відповідного фахівця.

Висока частота акушерських ускладнень, що спостерігається саме в жінок III групи, приводить до зниження оцінки стану здоров'я та якості життя.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Hazova SA, Shipova N.S. (2017). Kachestvo zhizni vzroslykh invalidov s detstva. Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Pedagogika. Psihologiya. Sotsiokinetika. 3: 96–100. [Хазова СА, Шипова Н.С. (2017). Качество жизни взрослых инвалидов с детства. Вестник Костромского государственного университета. Серия Педагогика. Психология. Социокинетика. 3: 96–100].
2. Karimi M, Brazier J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? Pharmacoeconomics. 34 (7): 645–649.
3. Lebedeva AA. (2012). Teoreticheskie podhody i metodologicheskie problemy izucheniya kachestva zhizni v naukah o cheloveke. Psihologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki. 9 (2): 3–19. [Лебедева АА. (2012). Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 9 (2): 3–19].
4. Murphy B, Herrman H, Hawthorne G, Pinzone T, Evert H. (2000). Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOQoL Field Study Centre. Melbourne, Australia. URL: <https://manualzz.com/doc/4197876/australian-whoqol-user-s-manual-and-interpretation-guide>.
5. Novik AA, Ionova TI. (2002). Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. S-Peterburg: 15–40. [Новик АА, Ионова ТИ. (2002). Руководство по исследованию качества жизни в медицине. С-Петербург: 15–40].
6. Novik AA, Ionova TI. (2004). Issledovanie kachestva zhizni v meditsine. Pod redaktsiyey akad RAMN YuL Shevchenko. M: Geotar-Med: 12–13. [Новик АА, Ионова ТИ. (2004). Исследование качества жизни в медицине. Под редакцией акад РАМН ЮЛ Шевченко. М: Гэотар-Мед: 12–13].
7. Parolin MB, Lazzaretti CT, Lima JH, Freitas AC, Matias JE, Coelho JC. (2004). Donor quality of life after living donor liver transplantation. Transplant Proc. 36 (4): 912–913.
8. Rasskazova EI. (2012). Metodika otsenki kachestva zhizni i udovletvorennosti: psichometricheskie harakteristiki russkoyazychnoy versii. Psihologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki. 9 (4): 81–90. [Рассказова ЕИ. (2012). Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 9 (4): 81–90].
9. Rasskazova EI. (2012). Metody diagnostiki kachestva zhizni v naukah o cheloveke. Vestnik Moskovskogo universiteta. Psihologiya. 14 (3): 95–107. [Рассказова ЕИ. (2012). Методы диагностики качества жизни в науках о человеке. Вестник Московского университета. Психология. 14 (3): 95–107].
10. Ventegodt S, Madsen TF, Andersen NJ, Merrick J. (2008). Which factors determine our quality of life, health and ability? Results from a Danish population sample and the Copenhagen Perinatal Cohort. J Coll Physicians Surg Pak. 18: 445–450.
11. Ventegodt S, Madsen TF, Anderson NJ, Merrick J. (2005). Factors during pregnancy, delivery and birth affecting global quality of life of the adult child at long-term follow-up. Results from the prospective Copenhagen Perinatal Birth Cohort 1959–1. Scientific World J. 5: 933–941.
12. Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. (2018). Oprosnik kachestva zhizni Vsemirnoy organizatsii zdavoohraneniya (yaderniy modul). [Всемирная организация здравоохранения. (2018). Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ядерный модуль)]. URL: <http://psylab.info>.

Відомості про авторів:

Туманова Лариса Євгенівна — д.мед.н., проф., керівник відділення лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань в акушерстві, ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. <https://orcid.org/0000-0002-4202-943X>.
Коломієць Олена Володимирівна — к.мед.н., ст.н.с. відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві, ДУ «ПАГ імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. <https://orcid.org/0000-0003-4511-1663>.

Стаття надійшла до редакції 11.05.2020 р.; прийнята до друку 15.09.2020 р.

16th European Congress on Clinical Pediatrics and Child Care

November 12–13, 2020 Budapest, Hungary

16th European Congress on Clinical Pediatrics and Child Care for the year of 2020 is accompanying undeniable research and most recent advancements in child healthcare. This conference will be an immense stage which will give an overpowered platform where a pediatric scientist feel satisfied to be a piece of this Euro Clinical Pediatrics gathering which will be held during November 12–13, 2020 at Budapest, Hungary.

Clinical Pediatrics & Child Care conferences deeply perceiving in many instances, children are becoming the host for the new and unforeseen diseases which are propelling with day by day variations as the new born, child, adolescents are with undeveloped immunity in compared to the adult. As a confrontation to these new developing diseases the latest researches and new techniques are able to overcome the childhood diseases and marking up tomorrow's child healthcare with a livelihood and complete awareness. The conference will speak on a theme — **Disseminating the Latest Challenges and Innovations to Save a Child.**

Majorly it provides:

- The unknown challenges faced by an experienced during their research
- Meet and greet the experts, influencers, frontiers in pediatrics
- Keynote forums and lectures by Prominent Professors, Academicians, Pediatricians, and more
- Global networking will helps in transferring and exchanging ideas
- New environment to learn new things

Completely, the Euro *Clinical Pediatrics* will offer you a meaningful and worthy experience being a part of this international pediatrics conference.

More information: <https://euroclinical.pediatricsconferences.com/>