

Качество жизни женщин с бесплодием и патологией эндометрия в поздний репродуктивный период

С.М. Корниенко

ГУ Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, г. Киев

Как показывают исследования, бесплодные женщины менее удовлетворены жизнью, чем фертильные пациентки, так как их психическое, коммуникативное, сексуальное и эмоциональное благополучие претерпевает ряд изменений, особенно в поздний репродуктивный период, когда увеличивается доля тревожно-депрессивных расстройств. **Цель исследования:** сравнение параметров качества жизни (КЖ) у бесплодных и фертильных женщин в поздний репродуктивный период с патологией эндометрия.

Материалы и методы. В исследование были включены 237 женщин 35–44 лет с различными клиническими формами патологии эндометрия. Для изучения КЖ использовали опросник здоровья SF-36, по которому оценивается субъективная удовлетворенность физическим и психическим состоянием.

Результаты. Исследование КЖ показало, что пациентки с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами значимо выше оценивали и психологический ($p < 0,008$), и физический компоненты своего здоровья ($p < 0,02$), наибольшее различие выявлено в сфере эмоционального функционирования ($p < 0,002$). Зарегистрировано, что чем длительнее период бесплодия, тем хуже пациентки оценивают свое физическое функционирование ($\rho = -0,32$; $p < 0,001$) и психическое здоровье ($\rho = -0,25$; $p < 0,02$) и тем выше их удовлетворенность общим здоровьем ($\rho = 0,28$; $p < 0,004$).

Установлено, что возраст снижает оценку КЖ сильнее, нежели срок бесплодия. Согласно данным, полученным в исследовании, профиль КЖ не зависел от факторов бесплодия, но в значительной степени определялся наличием детей.

Заключение. Профиль качества жизни бесплодных женщин с вторичным бесплодием ближе всего к профилю фертильных женщин; пациентки с бесплодием на фоне патологии эндометрия в поздний репродуктивный период более удовлетворены качеством своей жизни, нежели фертильные женщины с патологией эндометрия аналогичного возраста.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный период, бесплодие, качество жизни.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, является многомерной концепцией, объединяющей сферы физического, психического, эмоционального и социального функционирования индивидуума. Комплексное исследование КЖ в медицине должно включать и фактор болезни [1, 5], и кризис идентичности [2, 8, 10], и конкретные терапевтические подходы [4, 11], и комбинации этих аспектов [6, 7, 9, 12, 14]. Бесплодие также сопряжено с физическими заболеваниями, различными стрессами и сложными длительными процедурами лечения. Большинство авторов придерживаются точки зрения, что бесплодные женщины менее удовлетворены жизнью, чем фертильные женщины, так как их психическое, коммуникативное, сексуальное и эмоциональное благополучие претерпевает ряд испытаний [1, 4–7, 10, 12–14], особенно в поздний репродуктивный период, когда увеличивается доля тревожно-депрессивных расстройств [2].

Так как морфофункциональное состояние эндометрия является одним из основных факторов, обеспечивающих успешную имплантацию оплодотворенной яйцеклетки и развитие эмбриона, роль патологии эндометрия (ПЭ) в развитии бесплодия неоспорима. Частота заболеваний эндометрия имеет тенденцию к повышению в поздний репродуктивный период [3]. Учитывая физиологическое снижение фертильности в этом возрасте даже у здоровых женщин, ПЭ может существенно повлиять на способность зачатия и рождения ребенка.

Помимо медицинских аспектов, бесплодие в старшем возрасте имеет еще и социальную обусловленность. Все большее число женщин из-за получения образования, карьеры, достижения определенного общественного статуса откладывают рождение ребенка на более поздний период жизни, когда не только физиологические возможности, но и сроки реализации репродуктивной функции весьма ограничены. В такой ситуации бесплодие вносит элемент стресса в семейные отношения, повышая степень психосоциальной неприспособленности, что может существенно снизить эффективность лечения [2].

Учитывая несомненную значимость гуманистического подхода к проблеме бесплодия у женщин в поздний репродуктивный период, необходимо дополнить традиционный алгоритм ведения такого контингента пациенток психометрическими методами, в том числе изучением качества их жизни.

Цель исследования: сравнение параметров КЖ у бесплодных и фертильных женщин с ПЭ в поздний репродуктивный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 237 женщин 35–44 лет с различными клиническими формами ПЭ. Полип эндометрия выявлен у 139 (58,6%), гиперплазия эндометрия – у 59 (24,9%), хронический эндометрит – у 90 (38,0%), синехии – у 17 (7,2%) женщин. Сочетанная ПЭ наблюдалась в 62 (26,2%) случаях, атипичная гиперплазия эндометрия – у 5 (2,1%). Бесплодие диагностировано у 103 (43,5%) женщин – эти пациентки составили группу Б. Остальные 134 женщины вошли в группу Ф. Первичное бесплодие было выявлено у 36 (15,2%) женщин (группа Б1), вторичное – у 67 (28,3%) женщин (группа Б2). В группе Б2 не имели детей 26 пациенток (группа Б2н), были дети у 41 пациентки (группа Б2д).

Для изучения КЖ использовали опросник здоровья SF-36, по которому оценивается субъективная удовлетворенность физическим и психическим состоянием. Тест содержит 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье. Эти шкалы формируют два интегральных показателя: душевного и физического благополучия. Оценки каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Оценка КЖ женщин с ПЗ в поздний репродуктивный период в зависимости от факторов бесплодия, Ме (Q1-Q3) в баллах

Шкала опросника SF-36	Наличия бесплодия		Вид бесплодия		Наличие детей в группе Б2	
	Группа Б, n=103	Группа Ф, n=134	Группа Б1, n=36	Группа Б2, n=67	Группа Б2н, n=26	Группа Б2д, n=41
Физическое функционирование	90 (85-95)	85 (80-95)	85 (85-95)	90 (90-95)	90 (85-95)	90 (90-95)
Ролевое функционирование	100 (75-100)*	75 (50-100)	100 (62,5-100)*	100 (75-100)*	100 (75-100)* ^д	75 (50-100) ¹
Боль	100 (72,5-100)**	80 (62-100)	95 (84-100)*	100 (72-100)*	100 (100-100)** ^{дд 11}	84 (62-100) ¹¹
Общее здоровье	65 (57-77)	62 (50-75)	67 (57-82)*	62 (52,5-77)	63,5 (57-82)	62 (55-75)
Жизнеспособность	65 (45-75)	60 (40-70)	70 (40-75)*	65 (45-75)	62,5 (50-75)	65 (40-75)
Социальное функционирование	87,5 (75-87,5)*	75 (62,5-87,5)	87,5 (75-87,5)*	87,5 (75-87,5)*	87,5 (75-87,5)* ^д	75 (62,5-87,5)
Эмоциональное функционирование	100 (66,7-100)**	66,7 (33,3-100)	100 (66,7-100)*	100 (33,3-100)**	100 (66,7-100)* ^д	66,7 (33,3-100) ¹
Психическое здоровье	64 (48-72)	60 (48-68)	72 (48-74)	60 (44-72)	64 (48-72)	60 (44-68)
Физический компонент здоровья	84,3 (70,6-88,8)*	77 (65,5-85,3)	85 (69-89)*	83,5 (71-88)*	86,5 (76,8-88)* ^д	76 (70,5-90,5)
Психологический компонент здоровья	74,8 (62,5-81,2)**	67,2 (53,5-78,9)	75,0 (63,5-82,4)*	73,9 (62,3-78,9)*	75,8 (63,0-78,9)*	70,7 (54,5-80,4)

Примечания: 1. Для определения значимости различия использовали ранговый критерий Манна-Уитни; 2. *, ** – значимое отличие от группы Ф; ^{1,11} – от группы Б1; ^{д, дд} – группы Б2н от группы Б2д (соответственно p<0,05 и p<0,01).

Математическую обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах), χ^2 -критерий, критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса, ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастная медиана в группе Ф составила 40 (37–42), в группе Б – 37 (35–39) лет, p<0,001; в группе Б1 – 37 (36–39) лет, в группе Б2 – 37 (35–39) лет, p>0,05; в группе Б2н – 38 (35–40) лет, в группе Б2д – 37 (35–38) лет, p>0,05.

Более половины пациенток были служащими (в группе Б – 55 (53,4%) женщин, в группе Ф – 73 (54,5%); p>0,05), каждая третья – домохозяйка (соответственно 31 (30,1%) и 43 (32,1%) женщины; p>0,05), рабочие профессии были наиболее редкой категорией (соответственно 17 (16,5%) и 18 (13,4%) женщин; p>0,05).

Исследование КЖ показало (табл. 1), что пациентки с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами значимо выше оценивали и психологический (p<0,008), и физический компоненты своего здоровья (p<0,02). Наибольшее различие выявлено в сфере эмоционального функционирования – медианная оценка группы Б на 33,3 балла превышала таковую в группе Ф (p<0,002). Свое социальное функционирование бесплодные пациентки оценили на 12,5 балла выше (p<0,05). Из шкал, формирующих физический компонент здоровья, в группе Б более других выделялись высокие оценки по шкале боли и ролевого физического функционирования, превышающие показатель фертильных пациенток на 20,0 (p<0,002) и 25,0 балла (p<0,002) соответственно.

Статистически значимых отличий между показателями КЖ в группах Б1 и Б2 выявлено не было (см. табл. 1). А вот внутри выборки группы Б2 обнаружилось существенные расхождения между оценками КЖ групп Б2н и Б2д. Наиболее значимо разнились отметки по шкале боли: медианная оценка группы Б2н на 16,0 балла превышала таковую в группе женщин, имевших детей (p<0,003). Также пациентки группы Б2д существенно ниже оценивали свое ролевое функционирование (p<0,03), социальное функционирование (p<0,05), эмоциональное функционирование (p<0,04) и в целом физический компонент здоровья (p<0,05).

Обнаружив такие расхождения, был еще раз проведен сопоставительный анализ КЖ группы с первичным бесплодием, но теперь уже отдельно по выборкам групп Б2н и Б2д (см. табл. 1). Выяснилось, что медианная оценка по шкале боли в группе Б2н была существенно выше (p<0,005), а в группе Б2д – существенно ниже (p<0,002), чем в группе Б1. Кроме того, респондентки группы Б2д испытывали значительно более выраженные ограничения в плане ролевого и эмоционального функционирования по сравнению с первично бесплодными пациентками. Интересно отметить, что из всех представленных в табл. 1 выборки ближе всего по оценкам КЖ к группе вторично бесплодных пациенток с детьми оказалась группа фертильных женщин.

При помощи корреляционного анализа было оценено, насколько возраст и длительность бесплодия были связаны с удовлетворенностью КЖ. Женщины более старшего возраста группы Б испытывали ограничения при физическом (p=-0,48; p<0,001) и ролевом физическом функционировании (p=-0,28; p<0,004), у них был сильнее выражен болевой синдром (p=-0,36; p<0,001), снижены показатели психического здоровья (p=-0,28; p<0,004) и физический компонент здоровья (p=-0,51; p<0,001). Чем длительнее был период бесплодия, тем хуже пациентки оценивали свое физическое функционирование (p=-0,32; p<0,001) и психическое здоровье (p=-0,25; p<0,02) и тем выше была их удовлетворенность общим здоровьем (p=0,28; p<0,004). У фертильных женщин корреляции были менее выражены: с возрастом снижалась оценка физического функционирования (p=-0,21; p<0,004), а оценка жизненной активности повышалась (p=0,20; p<0,02).

Изучение влияния социального статуса на параметры КЖ показало совпадение тенденций групп Б и Ф (табл. 2). Медианные оценки физического функционирования, ролевого физического функционирования, жизнеспособности, социального функционирования, психического здоровья и психологического компонента здоровья не зависели от того, являлись ли респондентки служащими, домохозяйками или рабочими. Наибольшие ограничения из-за болевого синдрома претерпевали женщины рабочих профессий, более других общим состоянием здоровья были удовлетворены домохозяйки, низкий уровень эмоционального функционирования

Оценка КЖ женщин с ПЗ в поздний репродуктивный период в зависимости от факторов бесплодия и социального статуса, Me (Q1-Q3) в баллах

Шкала опросника SF-36	Группа Б				Группа Ф			
	Домохозяйки, n=31	Служащие, n=55	Рабочие, n=17	p	Домохозяйки, n=43	Служащие, n=73	Рабочие, n=18	p
Физическое функционирование	90 (90-95)	90 (90-95)	85 (72,5-95)	нз	90 (90-97,5)	90 (85-95)	85 (70-95)	нз
Ролевое функционирование	100 (100-100)	100 (75-100)	100 (75-100)	нз	100 (100-100)	87,5 (50-100)	100 (75-100)	нз
Боль	100 (74-100)	100 (74-100)	51 (46,5-81)	<0,001	100 (74-100)	100 (73,5-100)	84 (62-100)	<0,05
Общее здоровье	82 (82-82)	65 (57-72)	65 (52,5-66)	<0,001	82 (82-87)	62 (55,25-70)	65 (52,5-74,5)	<0,002
Жизнеспособность	70 (50-75)	65 (50-75)	65 (47,5-65)	нз	75 (50-80)	65 (40-75)	65 (47,5-72,5)	нз
Социальное функционирование	75 (75-87,5)	87,5 (75-87,5)	87,5 (62,5-87,5)	нз	87,5 (75-100)	87,5 (75-87,5)	75 (68,8-87,5)	нз
Эмоциональное функционирование	100 (100-100)	100 (66,7-100)	100 (83,3-100)	<0,05	100 (100-100)	66,7 (58,3-100)	100 (100-100)	<0,001
Психическое здоровье	64 (44-64)	60 (48-72)	48 (46-68)	нз	64 (44-72)	68 (48-73)	68 (44-74)	нз
Физический компонент здоровья	91,8 (76-93)	83,5 (73,5-88)	75,25 (66,4-80,8)	<0,005	93 (76-96,8)	77 (70,5-86,9)	75,25 (68-89)	<0,008
Психологический компонент здоровья	78,5 (67,3-80,4)	71,7 (62,3-78,9)	75,1 (64,2-75,8)	нз	80,4 (67,3-88)	70,9 (60,7-77,6)	75,1 (66,9-81,9)	нз

Примечание. Для определения значимости влияния социального фактора на КЖ использовали критерий Краскела–Уоллиса («нз» – $p > 0,05$).

ния был характерен для служащих, а наилучшие показатели по интегральной шкале физического здоровья отмечены у домохозяек.

Итак, по нашим данным, бесплодие не является фактором, ухудшающим КЖ пациенток с ЭП в поздний репродуктивный период. Напротив, пациентки с бесплодием в своей повседневной деятельности испытывают значительно меньшие ограничения, нежели фертильные женщины, намного реже страдают от болевого синдрома, их эмоциональное состояние гораздо лучше, а удовлетворенность уровнем социальной активности – выше. В доступной научной литературе не было найдено публикаций, свидетельствующих о том, что бесплодные пациентки более удовлетворены КЖ, чем фертильные женщины. Теснее всего наши заключения корреспондируются с выводами G. Ragni и соавторов [11] о том, что бесплодие не влияет на субъективные оценки КЖ, и A.R. Vakhshayesh и соавторов [8] о том, что бездетные женщины были более удовлетворены своими профессиональными достижениями, чем женщины с детьми.

Согласно данным, полученным в настоящем исследовании, профиль КЖ не зависел от вида бесплодия, но в значительной степени определялся наличием детей. У вторично бесплодных женщин с детьми он характеризовался следующим образом: низкое ролевое физическое функционирование, интенсивный болевой синдром, ограниченное социальное и эмоциональное функционирование. Ядерным компонентом этих шкал, исключая социальное функционирование, является оценка степени влияния тех или иных ограничений на выполнение повседневных обязанностей. Вероятно, все это связано с чрезмерным объемом работы, выполняемым женщинами с детьми, и элементарной нехваткой времени на выполнение всех возлагаемых на них обязанностей, что, в свою очередь, ограничивает и уровень их социальной и профессиональной активности.

Данное заключение косвенным образом подтверждается и двумя фактами, выявленными в настоящем исследовании: профиль КЖ бесплодных женщин с детьми ближе всего к профилю фертильных женщин; и более других

удовлетворены качеством своей жизни домохозяйки, причем независимо от фактора бесплодия. Последнее противоречит выводу A. Drosdzol [10] о том, что профессионально неактивные бесплодные женщины входят в группу риска низкого КЖ. Не подтверждается и тенденция, выявленная в исследованиях A. Choobforoushzade и соавторов [9], A. Drosdzol [10] и J.R. Chachamovich и соавторов [14], относительно большей удовлетворенности КЖ у женщин с более высоким профессиональным статусом. Напротив, в данном исследовании таких пациенток отличали низкие уровни общего здоровья и эмоционального функционирования.

И, наконец, нельзя преувеличивать негативное влияние длительного бесплодия на КЖ. Такая связь установлена в работах A. Choobforoushzade и соавторов [9], A. Drosdzol [10], G. Ragni и соавторов [11] и подтверждается нашими данными. Однако мы считаем эту зависимость опосредованной, так как предпринятый корреляционный анализ выявил, что возраст снижает оценку КЖ сильнее, нежели срок бесплодия, а последний напрямую зависит от возраста пациенток.

Резюмируя изложенное выше, необходимо отметить, что вопрос КЖ обследуемого контингента пациенток – это, прежде всего, вопрос качества психологической и еще в большей степени социальной помощи женщинам с детьми, а в триаде «поздний репродуктивный возраст – бесплодие – патология эндометрия» основным компонентом для КЖ является возраст. В среднем возрасте наблюдаются перестройка гормональной системы и уменьшение физических сил. Работающие женщины этого возраста находятся на пике своей карьеры, и полноценное выполнение ролевой материнской функции связано с выраженным напряжением их физических и эмоциональных ресурсов. Данная ситуация чревата глубокой психологической трансформацией и переоценкой прежних выборов: семейных, карьерных, целевых. Похоже, в таких условиях образ бездетной женщины-менеджера становится более привлекательным. Безотносительный приоритет материнства утрачивает свои позиции в мо-

тивационной сфере работающих женщин. Такие пациентки, особенно в случае нереализованной репродуктивной функции, нуждаются в коррекционных программах, направленных на осмысление их женской идентичности.

ВЫВОДЫ

1. Пациентки с бесплодием на фоне патологии эндометрия (ПЭ) в поздний репродуктивный период с более

удовлетворены качеством своей жизни, нежели фертильные женщины аналогичного возраста с ПЭ.

2. Профиль качества жизни (КЖ) вторично бесплодных женщин, имеющих детей, совпадает с профилем КЖ фертильных пациенток и в сравнении с бесплодными женщинами без детей отличается низкими оценками болевого синдрома, ролевого физического, социального и эмоционального функционирования.

Якість життя жінок з безплідністю і патологією ендометрія у пізній репродуктивний період С.М. Корнієнко

Як встановлено у дослідженнях, безплідні жінки менш задоволені життям, ніж фертильні пацієнтки, позаяк їхнє психічне, комунікативне, сексуальне і емоційне благополуччя зазнає низку змін, особливо у пізній репродуктивний період, коли збільшується частка тривожно-депресивних розладів.

Мета дослідження: порівняння параметрів якості життя (ЯЖ) у безплідних і фертильних жінок з патологією ендометрія у пізній репродуктивний період.

Матеріали та методи. У дослідження включено 237 жінок 35–44 років з різними клінічними формами патології ендометрія. Для вивчення ЯЖ використовували опитувальник здоров'я SF-36, за яким оцінюється суб'єктивна задоволеність фізичним і психічним станом.

Результати. Дослідження ЯЖ встановило, що пацієнтки з безплідністю у порівнянні з фертильними жінками значуще вище оцінювали і психологічний ($p < 0,008$), і фізичний компоненти свого здоров'я ($p < 0,02$); найбільшу відмінність виявлено у сфері емоційного функціонування ($p < 0,002$). Зареєстровано, що чим довший термін безплідності, тим гірше пацієнтки оцінюють своє фізичне функціонування ($\rho = -0,32$, $p < 0,001$) і психічне здоров'я ($\rho = -0,25$; $p < 0,02$) і тим вище їхня задоволеність загальним здоров'ям ($\rho = 0,28$; $p < 0,004$). Установлено, що вік знижує оцінку ЯЖ сильніше, ніж термін безплідності. Згідно з даними, отриманими в дослідженні, профіль ЯЖ не залежав від чинників безплідності, але значною мірою визначався наявністю дітей.

Заключення. Профіль якості життя безплідних жінок з вторинною безплідністю найближчий до профілю фертильних жінок; пацієнтки з безплідністю на тлі патології ендометрія у пізній репродуктивний період більш задоволені якістю свого життя, ніж фертильні жінки з патологією ендометрія аналогічного віку.

Ключові слова: патологія ендометрія, пізній репродуктивний період, безплідність, якість життя.

Quality of life in women of late reproductive age with infertility and endometrial pathology S.M. Korniyenko

Research has shown that infertile women are less satisfied with their lives than fertile women, as their mental, communicative, sexual and emotional well-being is undergoing a number of changes, especially in the late reproductive period when the proportion increases anxiety and depressive disorders.

The objective: compare the quality of life parameters in infertile and fertile women of late reproductive age with endometrial pathology.

Patients and methods. The study included 237 women 35–44 years with different clinical forms of endometrial pathology. A questionnaire health SF-36 is used for studying the quality of life.

Results. The study of quality of life showed that patients with infertility compared with fertile women significantly higher assessed and psychological ($p < 0,008$) and the physical component of their health ($p < 0,02$), showed the greatest difference in emotional functioning ($p < 0,002$). It was revealed that the longer the sterility, the worse the patients rated their physical functioning ($c = -0,32$, $p < 0,001$) and mental health ($c = -0,25$, $p < 0,02$), and the higher their overall health satisfaction ($c = 0,28$, $p < 0,004$). A subjective satisfaction with the physical and mental state is assessed. It was found that the age lowers the quality of life assessment more than a period of infertility. According to data obtained in the study of quality of life does not depend from infertility factors, but is largely determined by the presence of children.

Conclusions. It is concluded that the quality of life of secondary infertile women closest to the profile of fertile women; patient late reproductive age with infertility and endometrial pathology more satisfied with their lives than fertile women with endometrial pathology similar age.

Key words: endometrial pathology, late reproductive period, infertility, quality of life.

Сведения об авторе

Корнієнко Светлана Михайловна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: kornisv@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вовк І.Б. Якість життя у жінок з безплідністю та штучним перериванням вагітності в анамнезі / І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.О. Ревенко, Н.Є. Горбань // Перинатологія і педиатрія. – 2010. – № 4. – С. 86–87.
2. Колесников Д.Б. Психическое состояние женщин с бесплодием в старшем репродуктивном возрасте / Д.Б. Колесников, К.С. Ермоленко, А.В. Соловьева // Клиническая медицина. – 2013. – № 6. – С. 38–41.
3. Корнієнко С.М. Гістероскопія в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкової патології у жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку / С.М. Корнієнко // Педиатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 4. – С. 219–222.
4. Филиппов Е.Ф. Методология немедикаментозной коррекции показателей качества жизни и гормонального статуса женщин с относительным бесплодием / Е.Ф. Филиппов // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – № 1. – С. 69–70.
5. Якість життя у жінок з поєднаними гіперпроліферативними процесами жіночої репродуктивної системи / В.О. Потапов, В.І. Івах, Ю.В. Донська, Н.В. Сімонова, М.В. Медведєв // Тавричеський медико-біологічний вестник. – 2013. – Т. 16, № 2. – Ч. 1 (62). – С. 187–189.
6. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact / J. Carter, L. Applegarth, L. Josephs, E. Grill, R.E. Baser, Z. Rosenwaks // Fertil Steril. – 2011. – № 95 (2). – P. 711–716.
7. Assessment of Questionnaires Measuring Quality of Life in Infertile Couples: A Systematic Review / S.A. Mousavi, S.Z. Masoumi, A. Keramat, J. Pooralajal,

- F. Shobeiri // J. Reprod. Infertil. – 2013. – № 14 (3). – P. 110–119.
8. Bakhshayesh A.R. A comparison of general health and coping strategies in fertile and infertile women in Yazd / A.R. Bakhshayesh, M. Kazeraninejad, M. Dehghan Mongabadi, M. Raghebian // Iran. J. Reprod. Med. – 2012. – № 10 (6). – P. 601–606.
9. Choobforoushzade, A. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on quality of life in infertile women / A. Choobforoushzade, M. Kalantari, H. Molavi // Iran. J. Obst. Gynecol. Infertil. – 2011. – № 14 (1). – P. 14–21.
10. Drosdzol A. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples / A. Drosdzol // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. – 2008. – № 13 (3). – P. 271–281.
11. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples / G. Ragni, P. Mosconi, M.P. Baldini, E. Somigliana, W. Vegetti, I. Caliani, A.E. Nicolosi // Hum. Reprod. – 2005. – № 20 (5). – P. 1286–1291.
12. Montazeri A. Infertility and health related quality of life: Minireview of the literature / A. Montazeri // J. Family Reprod. Health. – 2007. – № 1 (2). – P. 55–58.
13. Valsangkar S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women / S. Valsangkar, T. Bodhare, S. Bele, S. Sai // J. Hum. Reprod. Sci. – 2011. – № 4 (2). – P. 80–85.
14. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? / J.R. Chachamovich, E. Chachamovich, S. Zachia, D. Knauth, E.P. Passos // Hum Reprod. – 2007. – № 22 (7). – P. 1946–1952.

Статья поступила в редакцию 31.01.17