

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

Диссертационный совет Д 14.08.376

На правах рукописи

УДК 616-072.7:616.6:616-055.2:616-005.98:616-036.8

ЮСУПОВА ДИЛАРА МУХТАРОВНА

**Послеродовая депрессия у родильниц:
прогнозирование, диагностика и профилактика**

14.00.01 - акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание

ученой степени кандидата медицинских наук

Бишкек – 2009г.

**Работа выполнена на базе клинического родильного дома
Национального Центра охраны материнства и детства Кыргызской
Республики**

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

Керимова Наталья Равильевна

Консультант:

Кандидат медицинских наук, доцент

Тен Владимир Илларионович

Официальные оппоненты:

д.м.н., профессор,
Заслуженный деятель науки
Кыргызской Республики

Л.Д. Рыбалкина

к.м.н., доцент

А.А. Аскеров

Ведущая организация:

Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК
(050020, г. Алматы, проспект Достык, 125)

Защита состоится «__» _____ 2009г. в «__» _____ часов на заседании
диссертационного совета Д 14.08.376 при Национальном Центре охраны
материнства и детства по адресу: г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 190.

С диссертационной работой можно ознакомиться в библиотеке НЦОМид
Автореферат разослан «_____» _____ 2009г.

Ученый секретарь

**диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
ст. научный сотрудник**

А.Б. Фуртикова

Перечень сокращений

АД	артериальное давление
ГНБ	гипертензивные нарушения беременности
КГМИПиПК	Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
МКБ	международная классификация болезней
НГ МЗ КР	Национальный госпиталь Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
ПРД	послеродовая депрессия
ПМС	синдром предменструального напряжения
РЦПЗ МЗ КР	Республиканский Центр психического здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale (шкала Гамильтона для оценки депрессии)

Глоссарий

Ангедония	неспособность испытывать удовольствие от видов активности, которые ранее приносили удовольствие. Часто исчезает даже желание заниматься этими видами деятельности
Анергия	резкое снижение толерантности к физическим и психическим нагрузкам, хроническая усталость и утомляемость
Депривация	лишение, недостаток
Контент-анализ	содержательный анализ
Паттерны эмоционального реагирования	стереотипы эмоционального реагирования
Постсомнические расстройства	расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения
Сензитивный бред	чувственный бред, в основе которого заложены эмоции
Сензитивные идеи отношений	больному кажется, что кто-то не так к нему относится, что чаще не соответствует действительности
СИОЗС	синтетические ингибиторы обратного захвата серотонина
Эмпатийная поддержка	эмоциональная поддержка, сопереживание

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Роды, являются ли они физиологичными, либо имеют осложненное течение - в любом случае характеризуются как стрессовый фактор для здоровья женщины (*Preisig M, Merikangas KR, Angst J, 2001*). Роды - это время особенной восприимчивости окружающих факторов, события и отношения во время родов могут привести к серьезным и сильным психологическим последствиям (*Harris B., 1994, Lawrie T.A. et al., 1999*). Необходимо учитывать тот факт, что мало внимания уделяется интенсивности таких чувств, как стресс, беспокойство, боль, напряжение и сильное душевное волнение (*Priest S.R., 2003*).

Различные психологические последствия родов, состояние послеродовой депрессии исследованы как наиболее важные, с клинической точки зрения, состояния, имеющие большее клиническое значение, чем временная меланхолия и более значительно распространенная, чем послеродовые психозы (*Ogrodniczuk JS, Piper WE., 2003*). Послеродовая депрессия входит в группу трудно описываемых симптомов депрессии, которые проявляются в первые послеродовые недели или месяцы (по критериям МКБ-10, это расстройства, возникающие в течение 6 недельного периода после физиологических родов) и могут существовать более года. Диапазон описываемых случаев составляет от 3 до 34% (*Shakespeare J., 2001*).

Несмотря на значительное количество направленных, интенсивных работ, проводившихся за последние десятилетия, проблему депрессивных расстройств до настоящего времени все же нельзя считать в достаточной степени изученной (*Корнетов Н.А., 1993, Смулевич А.Б., 2003*). Если в отношении медикаментозной коррекции (*Austin MP, Mitchell P., 1998*) можно говорить об определенных успехах в понимании механизмов действия основных групп антидепрессантов (*Арана Д., Розенбаум Б., 2006, Howard LM. et al., 2003*), то, вероятно, наименее изученной областью остается проблема внутренних механизмов психогенеза дистимии (*Beck C.T., 1996*). В нашей стране, до настоящего времени, специальных целенаправленных исследований состояния психического здоровья родильниц не проводилось, и тем более не проводилась оценка влияния отягощенного течения беременности, процесса родоразрешения на формирование послеродовой депрессии, не изучены перинатальные исходы у женщин с ПРД.

Цель исследования

Оценить влияние отягощенного течения беременности, родов и методов родоразрешения на психическое здоровье родильниц; оптимизировать программы профилактики и прогнозирования послеродовых депрессивных состояний в условиях родовспомогательных учреждений.

Задачи исследования

1. Провести анкетирование родильниц клинических родильных домов на предмет выявления психических нарушений с использованием разработанной анкеты в динамике послеродового периода.
2. Определить влияние экстрагенитальной и гинекологической патологии на формирование психического здоровья родильниц.
3. Провести ретроспективный анализ особенностей течения беременности, родов, перинатальных исходов в группах исследуемых женщин.

4. Провести оценку психического здоровья родильниц.

5. Оценить возможность прогнозирования и предупреждения формирования послеродовой депрессии у женщин групп риска.

Научная новизна

- Впервые в Кыргызской Республике с использованием стандартных методов экспериментально-психологической диагностики дистимии проведено комплексное исследование факторов, предиктирующих развитие ПРД.
- Методом анкетирования установлено, что частота ПРД у родильниц составляет 16,9%. В структуре ПРД по тяжести преобладает легкая и умеренная степень нарушения психического здоровья (61,9% и **69,1% (79,1 так было)**) по оценочной шкале Гамильтона; 38,1% и **30,9%** по опроснику Цунга). Основными клиническими признаками ПРД следует считать: раздражительность, плаксивость, чувство беспомощности, безнадежности и тревоги.
- Установлено, что психологическими признаками, указывающими на вероятность развития ПРД, являются: эмоциональная лабильность, чувство беспокойства, нарушение сна и симптомы соматизации дистимического аффекта. Медико-биологическими предикторами ПРД являются: преэклампсия, послеродовое кровотечение, поздний репродуктивный возраст, негативный опыт предшествующей беременности, семейное положение, что подтверждено современными методами статистического анализа.

Практическая значимость работы

- Для практического здравоохранения разработана специальная схема анкетного опроса родильниц, позволяющая выделить психологические и медико-биологические факторы риска развития послеродовой депрессии.
- Сведения о частоте и клинических симптомах послеродовой депрессии могут быть использованы при планировании объемов специализированной психосоматической помощи женщинам на этапах течения беременности, родов и послеродового периода.
- Разработан алгоритм прогнозирования и диагностики ПРД.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Существуют психологические и биологические предикторы послеродовой депрессии.
2. Прогностическими критериями послеродовой депрессии являются: тяжёлая преэклампсия, послеродовое кровотечение, возраст, семейное положение и негативный опыт предшествующей беременности.

Личный вклад соискателя. Анкетирование родильниц по специальным анкетам, с последующим анализом результатов, анализ историй болезни женщин с ПРД, историй родов и новорожденных с последующей статистической обработкой проведены лично автором.

Апробация диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на IV Съезде акушеров-гинекологов Таджикистана, г. Душанбе, 2003г., на Республиканской научно-практической конференции, г. Бишкек, 2005г., на заседании Ученого Совета НЦОМид 26 июня 2008г.

Опубликованность результатов. По материалам диссертационной работы опубликовано 7 научных статей, выпущена одна памятка для женщин.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация изложена на 103 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 18 диаграммами и 2 таблицами. Библиографический указатель включает 130 источников, из которых 13 отечественных, 117 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Основным критерием формирования групп сравнения было отсутствие или наличие симптомов ПРД. Обследование носило пилотажный характер и проводилось в период с июня 2005 года по сентябрь 2007 года. В соответствии с критериями диагностики депрессии МКБ-10 по предъявляемым анкетирваемым жалобам была выделена группа с признаками легкого и умеренного депрессивного эпизода. Учитывались сочетания диагностических критериев первого и второго ранга, рекомендуемых МКБ-10. Регистрация критериев и установление диагноза депрессии проводилась врачом-гинекологом по результатам анкетного опроса. Диагностика проводилась с использованием рекомендаций МКБ-10: два симптома из группы основных и два – из группы дополнительных на протяжении периода не менее 2 недель (легкая депрессия); 2 А и 3-4 Б (умеренная депрессия), т.е. в качестве основных критериев использовались регистрируемые во время анкетирования клинические проявления дистимии, возникшие в течение 6 недельного периода после родов. В результате выделена основная клиническая группа 62 человека.

С учетом мультидисциплинарного характера обследования и отсутствия четких навыков идентификации психических расстройств, для подтверждения клинического диагноза в клинической группе проводилось дополнительное экспериментально-психологическое обследование (опросник Цунга для диагностики депрессии, шкала Гамильтона (HDRS. Hamilton Depressive Rating Scale, 1974). **Опросник Цунга** представляет собой стандартизованный набор валидизированных в обширных популяционных группах пунктов, ориентированных на регистрацию диагностически наиболее значимых признаков депрессии, содержит 20 вопросов. **Шкала Гамильтона** содержит 21 вопрос и позволяет структурировать клинические наблюдения врача (оценка степени выраженности признака дается врачом). Основным показателем считается общая оценка (общий балл), по которой депрессия дифференцируется по степени тяжести в следующих нормативных пределах: 7 -16 баллов – легкая, 17 -24 – умеренная, свыше 27 баллов – тяжелая депрессия.

Использовался метод дублирования однонаправленных методик в связи с отсутствием специальных навыков идентификации депрессии у врачей. Интерпретация результатов осуществлялась совместно с врачом психиатром. При этом если опросник Цунга является типичным вариантом самоопросника, то

второй представляет собой клиническую оценочную шкалу, позволяющую уточнить степень выраженности депрессивной симптоматики.

Контингент обследованных - 367 родильниц. В результате первичного анкетирования были сформированы две группы сравнения: контрольная - женщины, не имеющие диагностических признаков послеродовой депрессии, (N=305) и основная группа – женщины (N=62) с наличием симптомов послеродовой депрессии (рис.1).

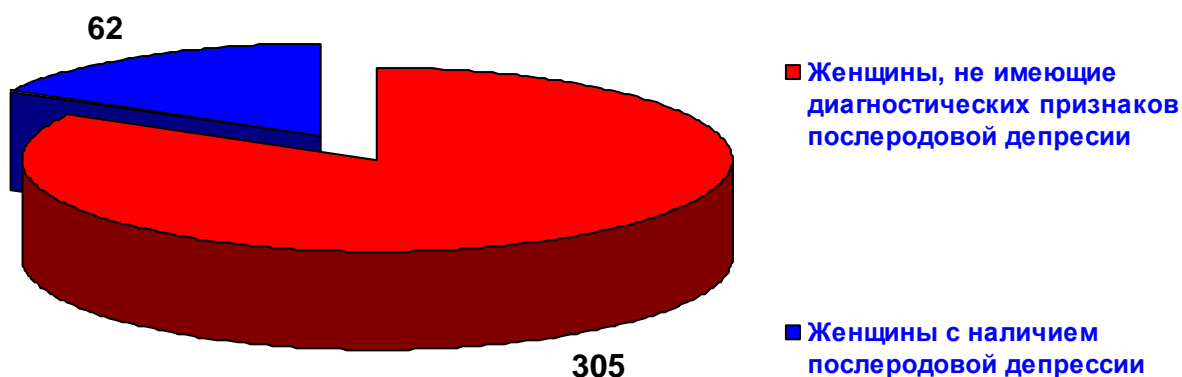


Рис.1. Распределение женщин по клиническим группам

В связи с тем, что согласно рекомендациям МКБ-10 необходимо учитывать случаи возникновения дистимических расстройств в течение 6-ти недельного периода после родов, по согласованию с администрацией РЦПЗ МЗ КР, проводился анализ историй болезней и амбулаторных карт больных с диагнозом послеродовой депрессии, на которых имелись данные первичного анкетирования в НЦОМид за указанный период. Всего таких случаев было выявлено 3 и они были включены в основную группу.

Для определения структуры клинических проявлений дополнительно проводился анализ параметров по клинической оценочной шкале Гамильтона. Это позволяло по содержанию пунктов опросника уточнить наиболее значимые параметры в структуре депрессии.

Аналогичным образом проводился анализ наиболее значимых в диагностике пунктов опросника Цунга.

Эти данные свидетельствовали о субъективной оценке родильниц своего эмоционального состояния. Сравнение показателей экспертных оценок и самооценок на наш взгляд позволяет более корректно выделить значимые психологические предикаты ПРД, получить более достоверные представления о структуре и об особенностях ее течения.

С целью анализа зависимости одного признака от одного или нескольких других признаков был применен регрессионный анализ (логистическая регрессия), позволяющий строить статистическую модель для прогнозирования вероятности наступления события по имеющимся данным:

- Анкетирование;
- Структурированный опрос по шкале Гамильтона, оценочной шкале Цунга;
- Работа с историями родов, картами амбулаторного наблюдения беременных;
- Анализ данных опроса (проведилась оценка влияния отягощенного течения беременности, родов на формирование послеродовой депрессии).

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере Intel Pentium 200 в электронных таблицах MS Excel 2000 с расчетом относительных показателей, средних величин и критерия достоверности Стьюдента и с проведением логистического регрессионного анализа на основе пакета прикладных программ Statistica фирмы StatSoft 6.0 Inc. (США).

Результаты собственных исследований

На первом этапе для реализации исследования проводилось сплошное анкетирование родильниц в ранний послеродовой период при помощи специально разработанной анкеты. Были сформированы две группы: контрольная, женщины, не имеющие диагностических признаков послеродовой депрессии (N=305) и основная группа – женщины с наличием признаков послеродовой депрессии (N=62). В дальнейшем проводился сравнительный анализ параметров анкеты, для выявления групповых статистически достоверных различий.

Реализация второй задачи предусматривала изучение *соматического и гинекологического анамнеза* у женщин с критерияльно достоверными признаками ПРД. В ходе исследования была выявлена достоверно более частая соматическая отягощенность (рис.2). Наиболее часто анамнестически отмечались следующие виды расстройств: заболевание почек 8 (12,9%) (хронический пиелонефрит), хронический тонзиллит - 10 (16,1%), хронические бронхиты - 2 (3,2%), анемии встречались у 38 (61,3%) женщин, нарушения жирового обмена - у 8 (12,9%).

В то же время в контрольной группе у 108 пациенток отмечались анемии (35,4%), заболевания, связанные с травмами – переломы конечностей 9 (3%), сотрясение головного мозга - у 5 (1,6%), нарушения жирового обмена - у 24 (7,9%) пациенток.

Следует отметить тот факт, что диффузное увеличение щитовидной железы встречалось у 80 % всех наблюдаемых женщин, одинаково часто в контрольной группе и в группе сравнения. Обращает на себя внимание высокая распространенность анемии в обеих группах сравнения, что может быть связано с физиологическим состоянием беременности.

Важное значение имеет более высокий *инфекционный индекс* в группе женщин с ПРД: 14 (22,5%) женщин отмечали, что в детстве они перенесли несколько детских инфекций: корь, скарлатина, паротит, краснуха. В группе контроля только 22 (7,2%) женщины перенесли ветрянку, еще 4 (1,3%) отмечали в анамнезе корь. *Гинекологический анамнез* продемонстрировал следующие результаты: 17 (27,4%) женщин основной группы имели позднее менархе, причем в 3-х случаях потребовалось вмешательство врачей (гормональная стимуляция).

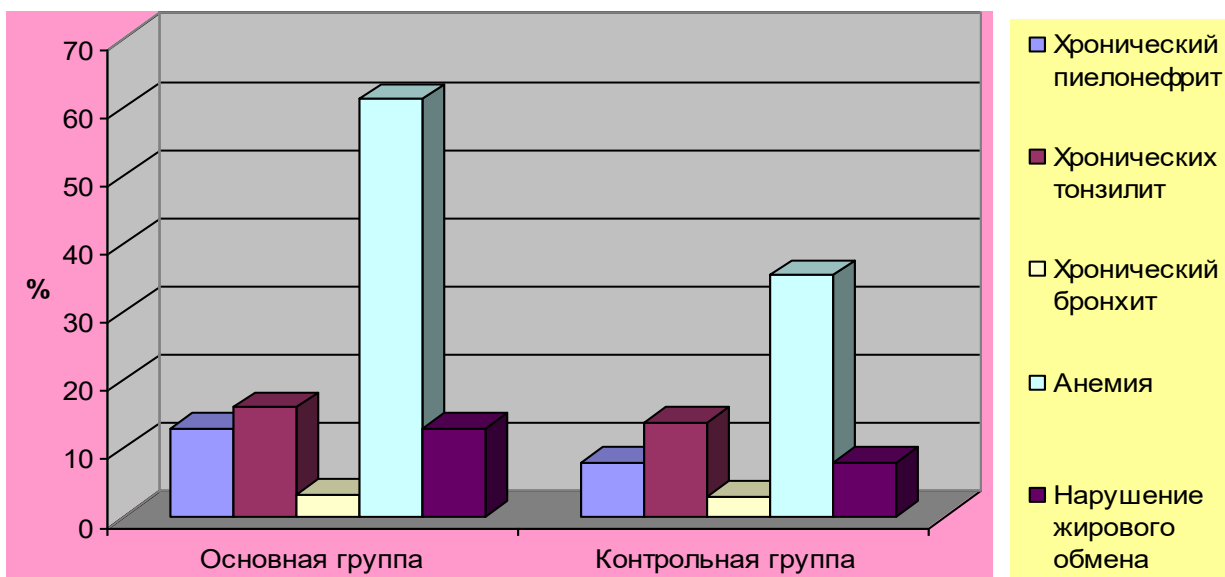


Рис.2. Структура экстрагенитальной патологии у женщин клинических групп

У 18 (29%) женщин имелся выраженный предменструальный синдром, сопровождающийся головными болями нейромышечного характера, нагрубанием и болезненностью молочных желез, эмоциональной лабильностью, раздражительностью, колебаниями АД, связанными с вегетативным дисбалансом. Предменструальный синдром в МКБ-10 в качестве отдельного таксона не выделяется. Клинические проявления достаточно обоснованно можно рассматривать как типичное психосоматическое расстройство, что особо важно в плане предикации ПРД. Подобные нарушения в контрольной группе встречались лишь у 18 (5,9%) пациенток. Четыре (6,4%) пациентки основной группы отмечали, что с началом половой жизни у них имело место нарушение жирового обмена (произошла резкая прибавка массы тела). 8 (12,9%) пациенток лечились по поводу бесплодия, причём, у двух из них оно было первичным. Была проведена аналитическая оценка гинекологической заболеваемости в наблюдаемых группах (Рис.3).

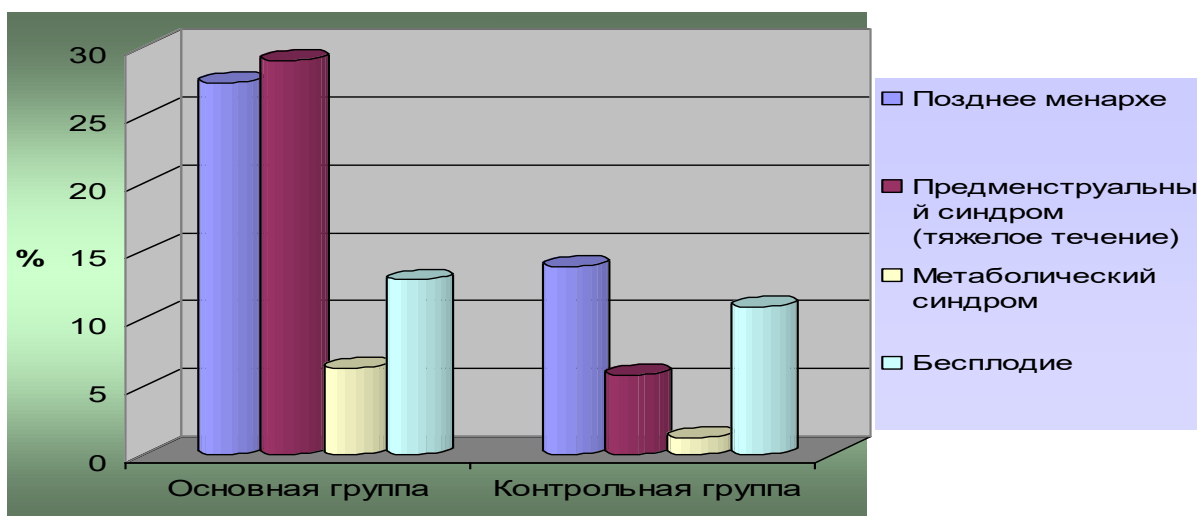


Рис.3. Структура гинекологических заболеваний у женщин с послеродовой депрессией

Реализация третьей задачи нашего исследования показала, что при сравнительном анализе *течения настоящей беременности* было выявлено, что у 14 (22,5%) беременных основной группы течение настоящей беременности осложнилось угрозой её прерывания, из них в первую половину - у 7 (11,2%), во второй её половине - у 11 (17,7%). 7 (11,3%) женщин данной группы страдали привычным невынашиванием. В контрольной группе течение настоящей беременности осложнилось угрозой её прерывания у 36 (11,8%) пациенток, причём у 28 (9,2%) - в первой половине, у 13 (4,3%) – во второй половине беременности. Срок гестации к моменту наблюдения в контрольной группе составил $39,2 \pm 1,5$ недели, в основной группе – $36,5 \pm 0,9$ недель (рис.4).

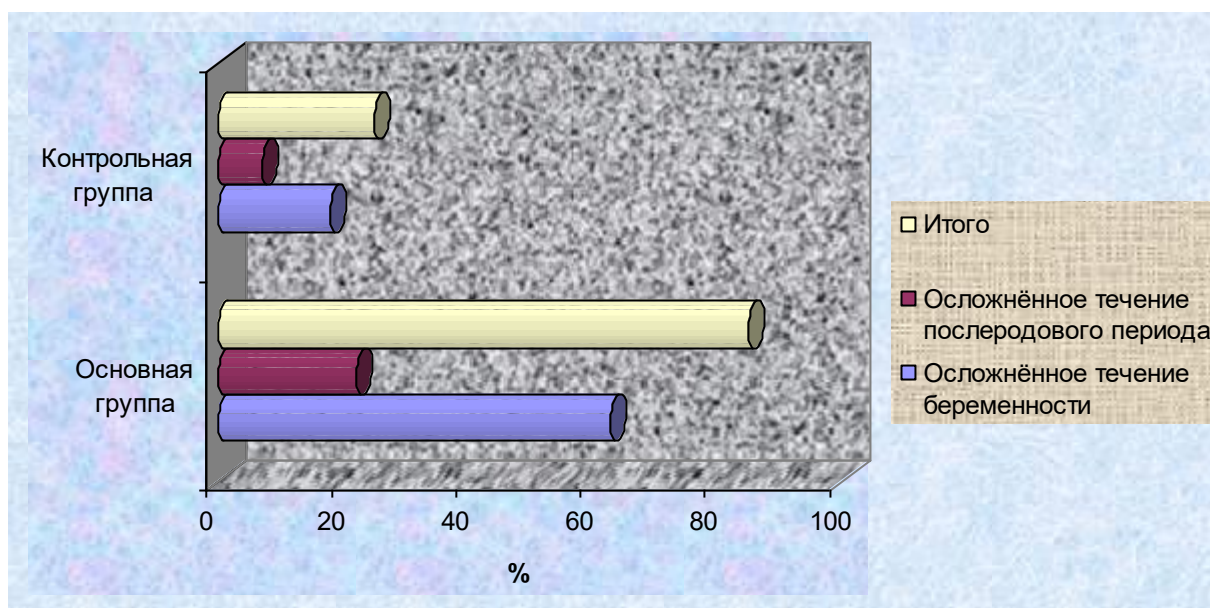


Рис.4. Особенности течения беременности и послеродового периода у женщин с послеродовой депрессией

Различий в частоте возникновения ПРД между служащими и домохозяйками не выявлено.

Выявлен факт влияния на течение настоящей беременности опыта предшествующей беременности. Вероятно эмоции, связанные с негативным опытом предшествующей беременности, тоже являются предрасполагающим фактором возникновения ПРД. При исследовании *репродуктивного анамнеза* выявлено, что у женщин основной группы гораздо чаще были прерывания беременности, причем в 14 (22,5%) случаях – самопроизвольное, у 30 (48,3%) женщин - медицинские аборт, в 6 (9,7%) случаях - прерывание в поздние сроки по медицинским показаниям. В контрольной группе у 34 (11,1%) женщин имелось прерывание беременности (рис.5).

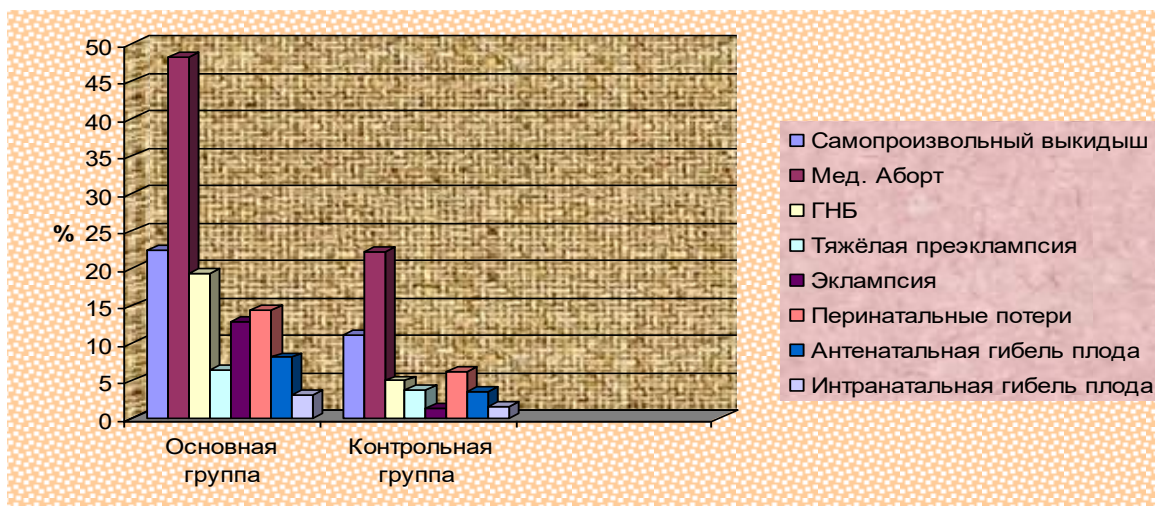


Рис.5. Особенности репродуктивного анамнеза у женщин клинических групп

Таким образом, незавершенность гестационного процесса приводит к серьезному срыву гормонального гемостаза, восстановление которого требует длительного времени и больших внутренних резервов организма. Соответственно, последующая беременность, которая возникает на фоне метаболического напряжения организма, может протекать с различными проблемами. Наши исследования подтверждают исследования многих авторов (Bernazzani O, Saucier J, David H, Borgeat F.,1997), в частности, специалистов в области репродуктивной эндокринологии.

У 80% повторно беременных с ПРД имелись проблемы с прошлыми беременностями. Так, у 12 (19,4%) женщин в анамнезе предшествующая беременность осложнялась ГНБ, причем у 4 (6,5%) – эклампсией, у 9 (14,5%) пациенток регистрировали перинатальные потери, у 5 (8,1%) - антенатальную гибель плода, у 2 (3,2%) - интранатальную гибель плода, у 1 (1,6%) - в первые 7 дней после рождения. Тогда как в контрольной группе лишь у 14 (5%) женщин в анамнезе предшествующая беременность осложнялась ГНБ, причем у 4 (1,3%) – эклампсией, у 19 (6,2%) в анамнезе были перинатальные потери, у 11 (3,6%) - антенатальная гибель, у 5 (1,6%) - интранатальная, у 3 (1%) - в первые 7 дней после рождения).

Данная беременность у наблюдаемых нами женщин в первой половине протекала как в контрольной, так и в основной группе в основном благоприятно. Лишь у 6 (9,7%) женщин контрольной группы имелась рвота беременных, 3 (4,8%) - перенесли ОРВИ. В группе ПРД аналогичные показатели были 46 (74,2%) и 11 (17,7%) соответственно. Вторая половина беременности у женщин контрольной группы осложнилась угрозой её прерывания у 14 (22,6%), в основной группе данное осложнение имело место у 32 (10,5%) пациенток.

У 24 (38,7%) женщин основной группы данная беременность осложнилась ГНБ, причём её тяжёлыми формами, тяжёлой преэклампсией - у 20 (32,2%) пациенток, эклампсией - у 4 (6,5%). В контрольной группе ГНБ осложнилось лишь 17 (5,6%) беременностей. В основной группе женщин послеродовый период осложнился у 7 (11,3%) женщин кровотечением. В двух случаях произведена

экстирпация матки, в контрольной – также у 9 (3%) пациенток, в одном случае произведена перевязка внутренней подвздошной артерии. Послеродовый сепсис имел место в двух случаях (3,2%) в основной группе, в контрольной у двух (0,7%) пациенток. Выскабливание послеродовой матки по поводу гематометры произведено в основной группе 3 (4,8%) женщинам, в контрольной – 7 (2,3%).

Четвертая задача нашего исследования предусматривала *оценку психического здоровья у родильниц*. Определение психологических предикторов послеродовой депрессии является достаточно сложной задачей. Здесь играет роль целый комплекс как средовых, так и личностных переменных. В число первых входит семейный статус, социо-экономические переменные, культуральные особенности и многое другое. Личностные переменные изучались достаточно интенсивно. Сложность заключается именно в комплексности проблемы, поскольку необходимо учитывать также и ситуативные факторы (осложнения преморбидного периода, функциональное и физическое состояние, актуальные стрессоры и др.). В этой ситуации изучение психологического риска становится отдельной сложной задачей исследования. В задаче формулировалась более узко – попытка определения, прежде всего, биологических предикторов ПРД посредством математической обработки основной базы данных. Подобный подход использовался ранее (Голубович В.В., 2003), однако в нашем исследовании учитывались региональные культуральные особенности. Основной проблемой в данном контексте становится корректная диагностика и адекватная верификация самого диагноза. Для этого была разработана специальная процедура, включавшая клинический, клинико-квантификационный и экспериментально-психологический методы идентификации дистимии. Данные обследования проводились только в выделенной на основании анамнестических данных и клинической диагностики клинической группе родильниц с ПРД (N=62).

Само обследование психологических параметров осуществлялось двухэтапно. На первом этапе из общего массива обследованных при помощи специально разработанной анкеты на основании регистрации основных диагностических критериев депрессии по предъявляемым жалобам была сформирована группа страдавших послеродовой депрессией.

Для обеспечения надежности результатов диагностики ПРД (поскольку первичная диагностика проводилась не специалистами в области психического здоровья) на втором этапе в клинической группе проводилось дополнительное обследование с использованием шкалы Гамильтона (HDRS, Hamilton Depression Rating Scale, 1986) для диагностики депрессии (клиническая оценочная шкала) и опросника Цунга (Zung, 1967, тест-самоопросник). Как отмечалось ранее, данные методики рассматриваются как наиболее надежные и часто используемые в скрининговых исследованиях способы диагностики депрессии.

Все женщины при сборе анамнеза были очень общительны, лабильны, впечатлительны, указывали, что они очень «близко принимают все к сердцу», бурно переживают все события. Подобную избирательную общительность (женщины достаточно охотно рассказывали о своих проблемах, эмоциональных переживаниях, опасениях и т.п.) в определенной области следует

интерпретировать в рамках невротического призыва к помощи. Тогда как женщины контрольной группы, отличались уравновешенностью характера, не охотно вступали в беседы. Достаточно ровно реагировали на различные ситуации, критически относились к происходящему (обида, несправедливость).

По самоотчетам наблюдаемых женщин достаточно четко прослеживалась эмоциональная лабильность, чувство беспокойства, которое можно было интерпретировать скорее как личностную особенность, не достигающую психопатологического уровня. В то время как отмечаемая роженицами сензитивность может интерпретироваться одновременно как производная повышенной тревожности (как ситуационной, так и личностной) и как личностно обусловленные особенности паттернов эмоционального реагирования. В силу полиморфности предъявляемых симптомов эмоциональной нестабильности четкие сравнительные данные представить не удалось, однако общая тенденция различий групп сравнения по параметру эмоционального переживания ситуации достаточно выражена.

В клинической группе ПРД по результатам оценочной шкалы Гамильтона подтверждался диагноз депрессии во всех рассматриваемых случаях. Это является свидетельством адекватности выделения основной группы на основании клинической диагностики. В 39 (61,9%) случаях регистрировалась легкая депрессия, в 23 случаях (38,1%) критериально отмечался умеренный депрессивный эпизод. Вполне допустимой является возможная тенденция к гипердиагностике степени выраженности депрессивной симптоматики, вследствие несовершенства навыков использования шкалы Гамильтона в практической деятельности. Более важным является факт подтверждения клинически предъявляемых симптомов депрессии. Контекстуальный анализ пунктов шкалы Гамильтона позволяет выделить ряд симптомов, наиболее значимых с диагностической точки зрения (рис. 6).

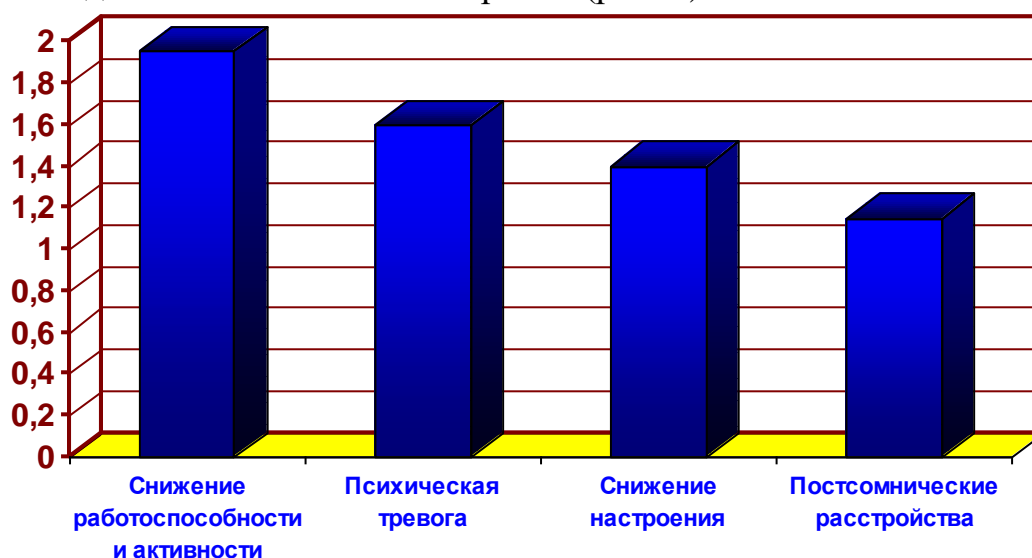


Рис.6. *Диагностически значимые пункты шкалы Гамильтона для выявления послеродовой депрессии*

Наиболее часто обследуемые отмечали: *снижение работоспособности и активности* ($1,9 \pm 0,02$); *признаки психической тревоги* ($1,52 \pm 0,02$); *снижение*

настроения ($1,4 \pm 0,01$), *постсомнические расстройства* ($1,02 \pm 0,02$), *суточные колебания настроения*, *признаки соматизации тревожно-депрессивного аффекта*. Интересным наблюдением был тот факт, что подавляющее большинство обследованных (55-89,4%) субъективно не расценивали свое состояние как депрессивное (пункт 17 шкалы Гамильтона), а отмечаемые симптомы в основном связывали с соматическим состоянием (рис.7). Подобная тенденция является характерной для общесоматической практики в целом и обусловлена рядом факторов (социальные стереотипы восприятия, страх стигматизации, психологическая безграмотность и т.п.). Регистрируемая значительная роль тревожного компонента в структуре дистимии является следующим объяснением соматизации аффекта.

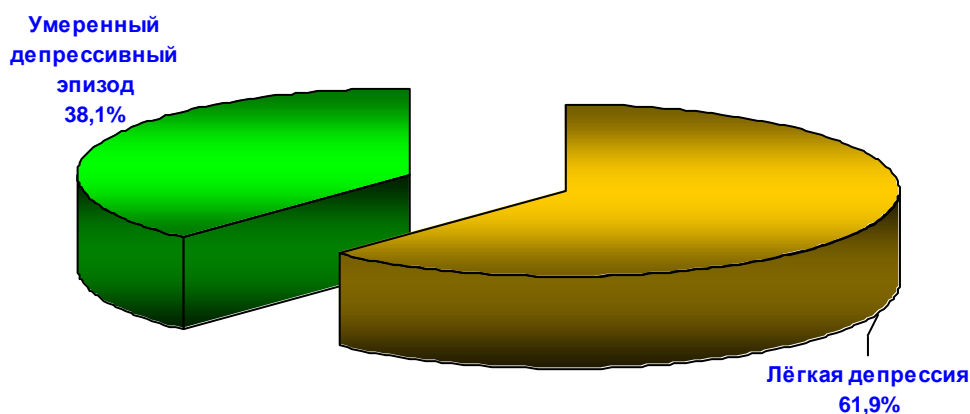


Рис.7. Структура степени ПРД у обследованных женщин по шкале Гамильтона

Результаты самоотчетов по методике Цунга также подтверждали наличие депрессии в клинической группе. Это свидетельствует о достаточной надежности использовавшегося оригинального анкетного метода идентификации дистимии. Отметим, что по самооценке состояния в **30,9%** случаев (13 человек) регистрировалась умеренно выраженная депрессия, в **69,1%** (49 человек) – легкая (рис. 8). Тяжелая депрессия не отмечалась ни в одном случае по результатам обоих методов тестирования. Это с одной стороны отражает факт, что в преморбидном периоде отчетливых признаков дистимии не отмечалось ни в одном случае, поскольку обязательно назначалась бы консультация специалиста психиатра, с другой – это свидетельствует об отсутствии определенной наследственной предрасположенности к дистимии, которая обострялась бы в ситуации физиологического стресса (роды). Можно сделать вывод, что клиническая группа оказалась однородной по параметру психогенного характера депрессии, что, в свою очередь, делает более правомерным анализ предикативных факторов дистимии. Наиболее частыми регистрируемыми симптомами по результатам самоотчетов были: *тахикардия* ($3,07 \pm 0,021$), *плаксивость* ($3,02 \pm 0,022$), *усталость без видимых причин* ($2,9 \pm 0,02$), *неусидчивость и беспокойство* ($2,98 \pm 0,01$), *раздражительность* ($2,76 \pm 0,01$), *нарушения сна* ($2,64 \pm 0,02$), *ограничения в повседневном функционировании* ($2,43 \pm 0,02$). Содержание наиболее распространенных признаков тревоги свидетельствует о

наличии компонента соматизированной тревоги в структуре депрессии. В то же время, все эти признаки могут объясняться функциональным состоянием родильницы до и непосредственно после родов. Тем не менее, совокупность отмеченных симптомов позволяет регистрировать наличие дистимии.

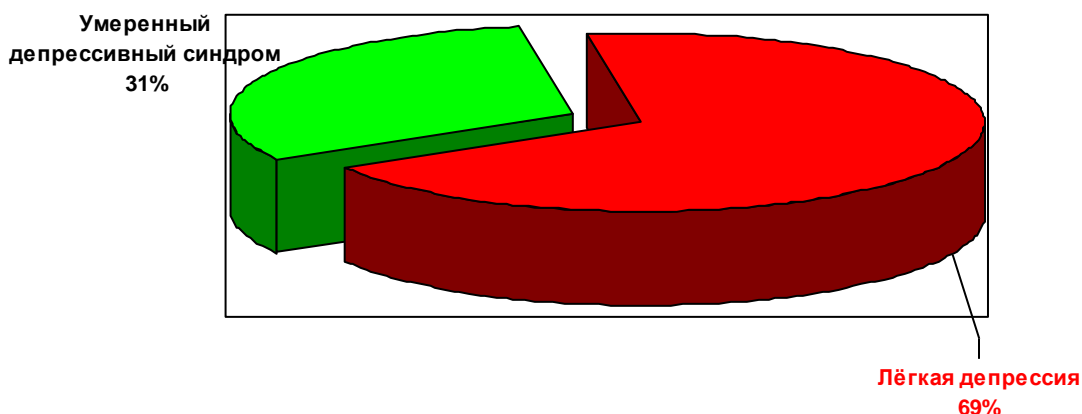


Рис.8. Структура степени ПРД у обследованных женщин по опроснику Цунга

(30,9% 69,1%)

Для формирования более полных представлений о структуре ПРД был проведен сопоставительный анализ наиболее значимых показателей депрессии. При сравнении основных признаков депрессии по результатам двух методик можно отметить:

- сами обследуемые снижение настроения идентифицировали реже, чем врачи, что подтверждается данными о недостаточной критической оценке своей депрессии.

- если на вербальном уровне (тест Цунга) на передний план выступали признаки соматизированной тревоги, то по оценкам врача (шкала Гамильтона) наиболее частым симптомом являлось изменение работоспособности и активности, а также психологическое переживание неопределенных опасений.

- в обоих случаях важными симптомами являлись нарушения сна и признаки соматизации дистимического аффекта.

Некоторые пункты опросника Цунга имели специфическую предопределенность и были связаны с особой ситуацией пребывания в родильном доме: «Я устаю без видимых причин», «Я замечаю, что теряю в весе», «Я легко могу делать то, что я умею», «Я живу достаточно полной жизнью». Вероятно, в этом особенности обследованной группы, отражающие известные физические ограничения, связанные с беременностью. В то же время, некоторые варианты психического реагирования («Мне приятно смотреть на красивых женщин, находиться рядом», «У меня бывают периоды плача», «Я испытывают беспокойство и не могу усидеть на месте», «Я более раздражительна, чем обычно») отражают психологическое состояние женщин перед родами. Насколько

диагностически значимыми являются отмеченные пункты и не ставит ли это под сомнение валидность методики в целом, вероятно, вопрос, требующий отдельного рассмотрения и обсуждения. Отметим лишь факт, что результаты в целом подтверждали наличие клинически диагностированной депрессии.

Отмеченную тенденцию можно проследить при структурном анализе результатов клинической оценочной шкалы Гамильтона. Такие параметры как «Снижение работоспособности и активности», «Когнитивные и соматизированные признаки тревоги», «Потеря в весе», могут иметь ситуативное объяснение. В то же время, некоторые признаки дистимии при ПРД оказались практически неинформативными в обследованной группе («Суицидальность», «Чувство вины», «Признаки психосенсорных расстройств, параноидности и навязчивости»).

Сравнительный анализ клинического, клинико-квантификационного и экспериментально-психологического методов диагностики депрессии в основной группе позволило составить своеобразную структуру дистимии. Все обследованные отмечали выраженность тревожного компонента, в значительной степени обусловленного ситуацией вынашивания плода и родов. При этом актуализируются отмеченные ранее многими авторами как психологические (ситуация неопределенности и страха родов, тревога за состояние ребенка и др.), биологические (гормональная перестройка организма), так и социальные факторы (изменения в системе межличностных семейных отношений, смена ролевых функций, неопределенность перспектив, изменение статуса и т.д.). Отмечалась также раздражительность, лабильность настроения, нарушения сна, которые следует интерпретировать в связи с особенностями социальной роли родильницы. Ограничения физических возможностей, признаки астенизации, трудности выполнения в полном объеме повседневных обязанностей отражают физические ограничения, связанные с беременностью. Интересно отметить, что тенденция отрицательных ответов на пункт опросника Цунга «Мне приятно смотреть на красивых женщин и общаться с ними», также может рассматриваться как ситуационно обусловленная (рис.9).

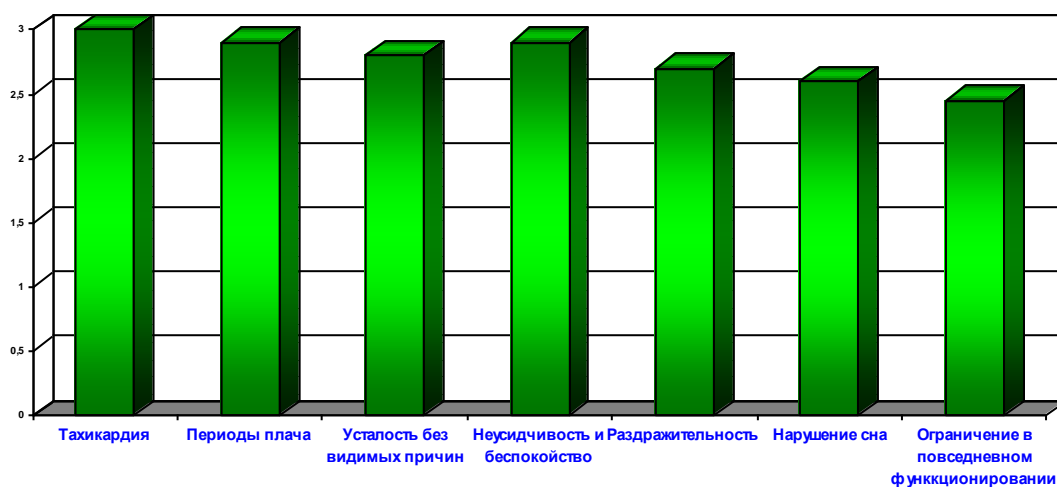


Рис.9. Диагностически значимые симптомы ПРД выявляемые по шкале Цунга

В то же время, такие параметры как иррациональное чувство вины, ангедония, суицидальные тенденции, параноидность и психосенсорные расстройства в виде искаженности восприятия собственного Я и окружения, можно рассматривать как нехарактерные для послеродовой депрессии. Эти данные можно интерпретировать как еще одно свидетельство, прежде всего, стрессогенной природы ПРД в обследованной группе.

В ряде случаев в период пребывания в стационаре признаки депрессии по результатам анкет не обнаруживались. Для получения более точных данных о распространенности ПРД проводился анализ обращаемости за специализированной психиатрической помощью в РЦПЗ за период обследования. Анализ данных амбулаторных карт и историй болезней проводился по согласованию с администрацией учреждения с соблюдением статьи 9. («Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи») «Закона КР о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Поэтому все включенные в анализ данные носят анонимный характер. Диагностика дистимии в этом случае проводилась специалистами психиатрами амбулаторного приема и психосоматического отделения, что априорно позволяло предполагать достаточное качество и надежность. Это исключало необходимость проведения дополнительного экспериментально-психологического и клинико-квантификационного обследования. Дополнительно было выявлено 3 случая ПРД. Социо-экономические и сомато-физиологические показатели этих больных включались в структуру математического анализа для выявления предикативных факторов развития ПРД.

Нами были проанализированы перинатальные исходы у женщин основной (ПРД) и контрольной групп. В контрольной группе 300/98% детей родились живыми. Антенатальная гибель плода диагностирована у 4 женщин, что составило 1,3%, интранатальная - у 1 (0,3%) женщины, перинатальные потери – у 1,6%. Тогда как в основной группе родилось живыми 60 (96,8%), антенатальная гибель плода наблюдалась - у 1 (1,6%) женщины, интранатальная у 1 (1,6%) женщины. В контрольной группе умер лишь 1 ребенок (0,3%) впервые 7 дней жизни, тогда как в основной группе - 4 (6,5%).

Анализ исходов для новорожденного продемонстрировал, что в группе женщин с развившейся послеродовой депрессией перинатальные потери составили 9,7%, в контрольной группе - 1,96%. Гораздо чаще дети рождались в состоянии асфиксии ($p < 0,01$) (Рис.10).

В группе женщин с послеродовой депрессией в 3 раза чаще наблюдалось осложненное течение периода новорожденности (55% против 16,7%). Период новорожденности осложнился развитием дыхательных расстройств ($p < 0,01$), инфекцией и нарушениями ЦНС. Осложненное течение периода новорожденности было обусловлено рядом причин: незрелостью новорожденных (19,4% $p < 0,001$), осложненным течением гестационного процесса (тяжелая преэклампсия) и перенесенной асфиксией (13,3% против 6,3% контрольной группы).

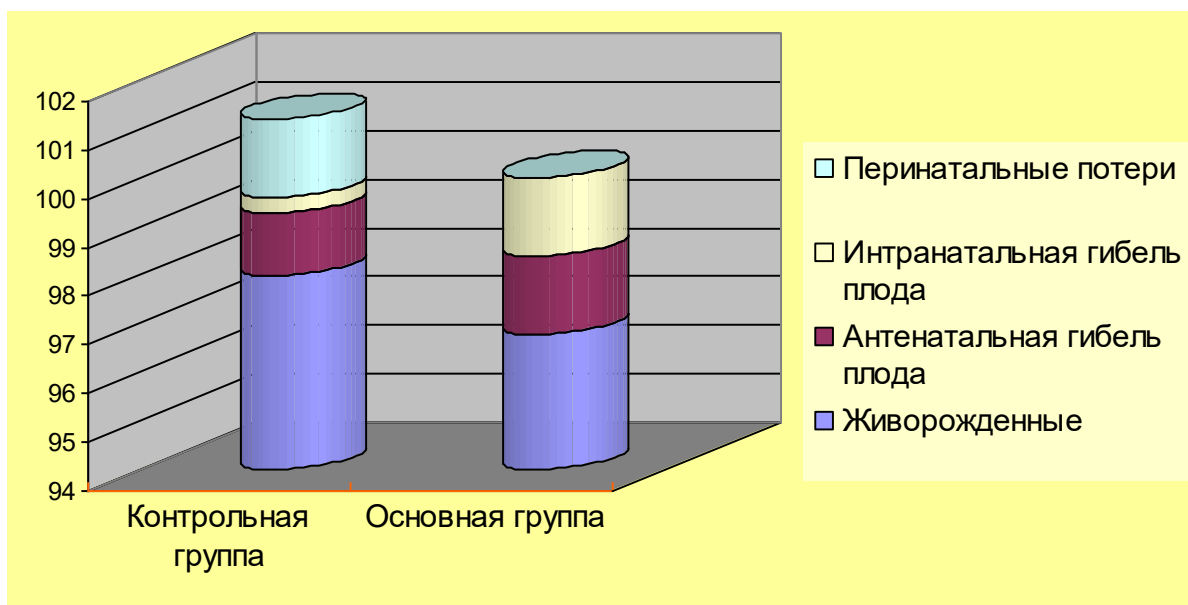


Рис. 10. Исходы для новорожденных в различных клинических группах

Завершающей задачей исследования явилось определение прогностической значимости анамнестических и клинических факторов в развитии послеродовой депрессии с использованием логистического регрессионного анализа и методик Флетчера. Для построения прогностической модели был использован метод логистической регрессии. Суть метода заключается в отборе группы показателей, наиболее информативных с точки зрения математического прогноза, ранжировании этих показателей и построении таблиц дискриминантных коэффициентов.

За зависимые параметры принимались:

- снижение настроения, преобладающее почти ежедневно большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель;
- утрата интересов и удовольствия от ранее приятной деятельности;
- повышенная утомляемость и снижение энергичности.

К независимым показателям относились:

Возраст, семейное положение (не замужем), паритет беременности и родов, социальное неблагополучие, опыт предшествующих беременностей, отношение к данной беременности (не желанная), генетическая предрасположенность, невынашивание беременности, метод родоразрешения, тяжёлая анемия, тяжёлая преэклампсия, послеродовое кровотечение, перинатальные потери при настоящей беременности.

На первом этапе анализа в модель были включены 13 показателей. Из них 3 отражали особенности пациенток, возраст, социальную значимость, семейное положение. Остальные показатели отражали течение настоящей беременности и родов, метод родоразрешения и т. д.

В качестве критериального признака нами был использован факт отсутствия или наличия ПРД.

В результате оценки информативности (с помощью F-критерия Фишера) включенных в модель 13 показателей был сделан вывод, что большая часть из них не представляет интереса для дальнейшего анализа, так как их значимость для прогноза ПРД незначительна.

Включенные в модель признаки по их значимости в отношении прогноза ПРД расположились в следующем порядке:

1. Тяжёлая преэклампсия;
2. Послеродовое кровотечение;
3. Семейное положение;
4. Возраст;
5. Опыт предшествующих беременностей.

Дальнейший анализ был направлен на поиск комбинации исследуемых признаков, которая была бы достаточно информативной (т.е. без снижения числа правильных прогностических заключений), но в то же время содержала бы минимальное количество показателей. Такой комбинацией оказался набор из трёх показателей: тяжёлая преэклампсия, опыт предыдущих беременностей и возраст.

Таким образом, при изучении соматического, психического, гинекологического и репродуктивного анамнеза, стало очевидным, что у женщин с развившейся послеродовой депрессией, достоверно чаще имелись проблемы с предшествующей беременностью, такие как тяжёлая преэклампсия, перинатальные потери, угроза прерывания беременности, осложненные роды, оперативные родоразрешения в экстренном порядке, проблемы в препубертатном и пубертатном периодах. Данная беременность у большинства женщин имела какие-либо осложнения. Причём осложненное течение беременности у женщин основной группы имело место в 38 (61,3%) случаях, послеродового периода - в 12(19,4%), в общем - у 50 (80,6%) женщин, тогда как в контрольной группе во время беременности - в 49(16,1%), в послеродовом периоде - у 18(5,9%), в общем - у 67(22%) женщин.

Таким образом, приведенный анализ наглядно демонстрирует зависимость развития послеродовой депрессии от множества факторов, влияющих на формирование доминанты беременности и течения родового процесса.

Логистический регрессионный анализ позволил установить, что из всех клинических признаков только 5 могут достоверно предсказать развитие послеродовой депрессии. Причём наибольшую ценность имеет: тяжёлая преэклампсия (ОР 6,8, $p < 0,008$), послеродовое кровотечение (ОР 6,5, $p < 0,007$); возраст (ОР 6,2, $p < 0,002$) и семейное положение (ОР 5,2 $p < 0,01$), негативный опыт предшествующей беременности (ОР 5,0, $p < 0,02$).

Таким образом, прогнозировать развитие ПРД можно на основании наличия: тяжёлой преэклампсии, послеродового кровотечения, позднего репродуктивного возраста, негативного опыта предшествующей беременности, семейного положения (Рис.10).

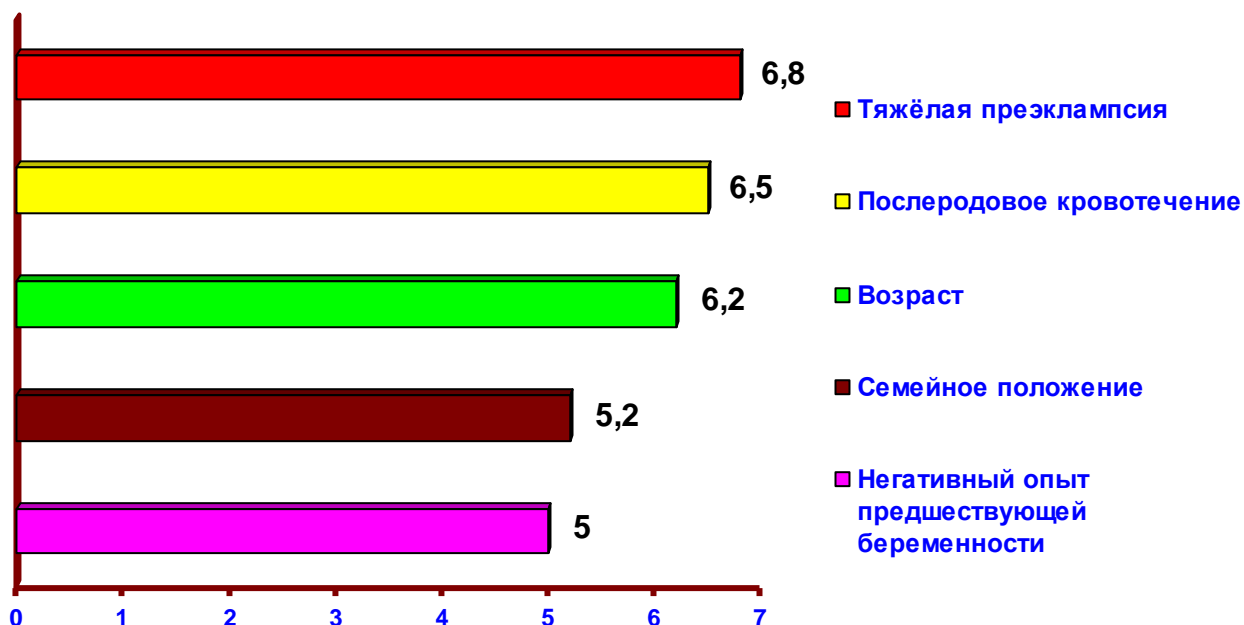


Рис. 10. Прогнозирование послеродовой депрессии

Проведенное исследование подтверждает мультифакторную природу формирования послеродовой депрессии. Многие факторы являются неуправляемыми, т.е. сопряженными с осложненным процессом гестации, тогда как некоторые факторы могут быть устранены путем улучшения антенатального ухода, повышения эффективности перинатальной помощи. Очень важно поддерживать практику вовлечения семьи в принятие решений, в частности поощрение партнерских родов, увеличение школ психологической поддержки женщин в послеродовой период. Немаловажным компонентом является психологическая реабилитация женщин, имеющих различные осложнения беременности, родов и послеродового периода, особенно, если имеются перинатальные потери или проблемы в неонатальном периоде.

Выводы:

1. По результатам первичного анкетирования у 62 (16,9%) из 367 женщин были выявлены следующие симптомы: раздражительность, плаксивое состояние, чувство беспомощности и безнадежности, а также тревоги, что по общепринятым стандартам позволяет верифицировать у них диагноз послеродовой депрессии.
2. У женщин, перенесших психопатические эпизоды в послеродовом периоде, наиболее часто встречаются заболевания почек (12,9%), хронический тонзиллит (16,1%), хронические бронхиты (3,2%), анемии (61,3%), нарушения жирового обмена (12,9%).
3. Среди женщин с развившейся ПРД достоверно чаще имели место проблемы с предыдущими беременностями (развитие преэклампсии и эклампсии, перинатальные потери и др.) по сравнению с группой контроля (61,3% против 16,1%), равно как и осложненное течение настоящей беременности (преэклампсия и эклампсия - 45,2% и 6,3% соответственно в группах сравнения), кровотечения и др. Факторы неблагополучия, связанного с

беременностью, играют важную предикативную роль в последующем формировании ПРД.

4. Экспериментально-психологическое обследование с основной группе полностью подтвердило наличие депрессии у всех больных (62,9% легкая, 38,1% - умеренная депрессия по шкале Гамильтона, 79,1% и 30,9% соответственно - по результатам опросника Цунга).
5. Логистический регрессионный анализ позволил выделить 5 основных клинических и биологических факторов, достоверно связанных с последующим развитием ПРД. В порядке снижения предикативной значимости данные факторы группировались в следующую последовательность: тяжелая преэклампсия (ОР 6,8, $p < 0,008$), послеродовое кровотечение (ОР 6,5, $p < 0,007$); возраст (ОР 6,2, $p < 0,008$), семейное положение (ОР 5,2, $p < 0,01$), негативный опыт предшествующей беременности (ОР 5,0, $p < 0,02$).

Практические рекомендации

1. Алгоритм выявления ПРД

- 1.1. *Формирование групп риска* по вероятности развития ПРД в предродовом периоде.
Включаются женщины, имеющие неблагоприятный опыт предшествующей беременности, с неблагоприятным семейным положением, из групп риска по возрасту.
- 1.2. Формирование групп риска по развитию ПРД в послеродовом периоде.
Включаются родильницы с тяжелой преэклампсией, послеродовым кровотечением, тяжелым течением родов.
- 1.3. Проведение акушерами-гинекологами стандартного диагностического исследования для выявления симптомов депрессии по МКБ-10: истощаемость, раздражительность, снижение самооценки, плаксивость, чувство беспомощности, безнадежности и тревоги

2. Профилактика ПРД

- 2.1. *Оказание психологической поддержки беременным* из группы риска по развитию ПРД на этапе наблюдения беременности, при необходимости привлекается психолог.
- 2.2. Своевременная и качественная коррекция медико-биологических осложнения беременности: преэклампсия, эклампсия, послеродовое кровотечение.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Керимова Н.Р., Юсупова Д.М. Состояние психического здоровья женщин в послеродовом периоде // Журнал «Вестник КРСУ» - Б., 2007.-Т.VII.-№9.- С.104-107.

2. Юсупова Д.М. Влияние психосоциальной поддержки на течение послеродового периода // Журнал «Медицина Кыргызстана»- Б., 2007.-№6.- С.21-22.
3. Керимова Н.Р., Тен В.И., Юсупова Д.М. К вопросу о предикторах послеродовой депрессии //«Центрально-Азиатский медицинский журнал»- Б., 2007.-Т.ХШ.-С.349-353.
4. Керимова Н.Р., Тен В.И., Юсупова Д.М. Послеродовая депрессия // Журнал «Наука и новые технологии»- Б., 2007.-№3-4.-С.222-226.
5. Керимова Н.Р., Кадыркулова Г.Д., Амян М.И., Юсупова Д.М. Основные аспекты медико-социального патронажа в Кыргызской Республике // Материалы IV съезда акушер-гинекологов Таджикистана, 2003.-С.190-192.
6. Юсупова Д.М. Особенности интерпретации опросника Цунга для выявления родильниц с послеродовой депрессией //Журнал «Здравоохранение Кыргызстана»-Б., 2008.-№6.-С.21-22.
7. Юсупова Д.М. Особенности интерпретации шкалы Гамильтона для выявления родильниц с послеродовой депрессией //Журнал «Медицина Кыргызстана»-Б., 2008.-№4.-С.33-35.