

## СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

*Н.Р. Керимова* – докт. мед. наук, проф.,  
зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМИПИПК,

*Д. Юсупова* – аспирант

It has been completed the questionnaire procedures with subsequent interview with female patient in order to determine some psychological factors that may be cause of postnatal depression (PD.)

До настоящего времени состояние психического здоровья родильниц не изучено, тем более не проводилась оценка влияния отягощенного течения беременности и родов, а также социальной поддержки родов на развитие послеродовой депрессии [1–3, 14, 15]. Между тем в формировании психического статуса родильницы немаловажную роль играют такие факторы, как желанная или нежеланная беременность, социальная защищенность, полная или неполная семья, мотивация самой женщины [5, 7, 9, 12].

Роды (физиологичные или осложненные) в любом случае являются стрессом для женского организма. Это время особенной восприимчивости к окружающим факторам, когда какое-нибудь более или менее значимое событие может привести к серьезным и сильным психологическим последствиям. Однако тем чувствам, которые испытывает роженица, – беспокойству, боли, напряжению, душевному волнению и стрессу, порой достаточно сильным и интенсивным, внимание уделяется очень мало [4, 6, 7, 10]. Между тем в зарубежной литературе изучению психического здоровья родильниц и методам реабилитации послеродовой депрессии отводится значительное место [11, 12].

Послеродовая депрессия входит в группу трудно описываемых симптомов депрессии,

которые проявляются в первые послеродовые недели или месяцы и могут длиться более года. Диапазон описываемых случаев составляет от 3% до 34%.

Клинические симптомы послеродовой депрессии очень разнообразны и иногда противоречивы, и депрессия не всегда является основным из них. Среди признаков, на которые в основном жалуются женщины, Oppenheim упоминает такие, как истощенность, раздражительность и плаксивое состояние. Pitt отмечает замедленную реакцию и сниженную мотивацию. Наиболее общими являются такие признаки, как чувство беспомощности, безнадежности и тревоги [9, 10, 13, 14].

Обычно проявляются вегетативные симптомы, такие, как потеря либидо, нарушение аппетита и сна. Сообщается и о психосоматических симптомах, например, о головной боли, астме, болях в пояснице, влагалищных выделениях и болях в животе.

Из психологических симптомов, которые наиболее трудно распознать, встречаются навязчивые идеи, боязнь за ребенка или за себя, мысли о самоубийстве и деперсонализация. Крайней реакцией может стать явное неприятие ребенка.

При раннем диагнозе и лечении прогноз положительный, более двух третей пациенток восстанавливаются в течение года.

**Целью данного исследования** было изучение состояния психического здоровья рожениц и оценка влияния отягощенного течения беременности, родов и методов родоразрешения на возникновение послеродовой депрессии.

**Материалы и методы исследования.** Анкетирование; структурированный опрос по Гамильтону и оценочной шкале Цунга; работа с историями родов, картами амбулаторного наблюдения беременных; анализ данных опроса.

**Результаты исследования.** В исследовании участвовало 367 женщин. По результатам первичного анкетирования у 62 (16,9%) из 367 женщин (средний возраст  $27 \pm 5,6$  лет) были выявлены следующие симптомы: истощенность, раздражительность, плаксивое состояние, чувство беспомощности, безнадежности и тревоги, что по общепринятым стандартам позволяет верифицировать у них диагноз послеродовой депрессии.

В результате первичного анкетирования были сформированы две группы: контрольная, куда входили женщины, не имеющие диагностических признаков послеродовой депрессии ( $N=305$ ), и основная группа, куда вошли женщины с послеродовой депрессией, –  $N=62$ .

При изучении соматического анамнеза выявлено, что у женщин, перенесших психотический эпизоды в послеродовом периоде, наиболее часто присутствуют такие заболевания, как хронический пиелонефрит – у восьми (12,9%), хронический тонзиллит – у десяти (16,1%), хронические бронхиты – у двух (3,2%), анемии встречались у 38 женщин (61,3%), нарушения жирового обмена – у восьми (12,9%). В контрольной группе у 108 пациенток отмечалась анемия (35,4%), некоторые ранее перенесли разного рода травмы: переломы конечностей были у девяти пациенток (3%), сотрясение головного мозга – у пяти (1,6%), нарушения жирового обмена – у 24 (7,9%). Диффузное увеличение щитовидной железы встречалось у 80% всех наблюдаемых женщин, одинаково часто как в контрольной группе, так и в основной.

Немаловажным фактом является наиболее высокий инфекционный индекс у женщин с послеродовой депрессией. 14 женщин (22,5%)

отмечали, что в детстве они перенесли несколько детских инфекций: корь, скарлатину, паротит, краснуху, в группе контроля 22 женщины (7,2%) перенесли ветрянку, четыре (1,3%) – корь.

Гинекологический анамнез показал, что 17 женщин из основной группы (27,4%) отмечалось позднее менархе, причем в трех случаях потребовалось вмешательство врачей (гормональная стимуляция). У 18 (29%) женщин этой группы имелся выраженный предменструальный синдром, сопровождающийся головными болями, нагрубанием и болезненностью молочных желез, раздражительностью, колебаниями АД. Подобные нарушения в контрольной группе встречались лишь у 18 (5,9%) пациенток. Четыре (6,4%) пациентки из основной группы отмечали, что с началом половой жизни у них имело место нарушение жирового обмена (произошла резкая прибавка массы тела). Восемь (12,9%) пациенток лечились по поводу бесплодия, причём у двух из них оно было первичным.

В наблюдаемых группах была проведена аналитическая оценка гинекологической заболеваемости. У 14 (22,5%) беременных из основной группы течение настоящей беременности осложнилось угрозой её прерывания, из них в первой половине – у семи (11,2%), во второй половине – у 11 (17,7%). Семь (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.

Различий в частоте возникновения ПД между служащими и домохозяйками мы не выявили, но все женщины при сборе анамнеза были очень общительны, лабильны, впечатлительны, отмечали, что они “все принимают очень близко к сердцу” и бурно переживают все события. Тогда как женщины контрольной группы отличались уравновешенностью характера, неохотно вступали в беседы, достаточно ровно реагировали на различные ситуации и критически относились к происходящему. Таким образом, при

анкетировании наблюдаемых женщин достаточно четко прослеживается эмоциональная лабильность, чувство беспокойства.

На течение настоящей беременности очень сильно влияет опыт предшествующей беременности. Вероятно, эмоции, связанные с негативным опытом предшествующей беременности, тоже являются предрасполагающим фактором возникновения ПД. При исследовании репродуктивного анамнеза выявлено, что у женщин основной группы гораздо чаще были прерывания беременности, причем в 14 случаях (22,5%) оно было самопроизвольным, в 30 (48,3%) – это были медицинские аборт, в шести (9,7%) – прерывание беременности производили в поздние сроки по медицинским показаниям. В контрольной группе прерывание беременности было у 34 (11,1%) женщин.

Таким образом, можно сказать, что незавершенность гестационного процесса приводит к серьезному срыву гормонального гомеостаза, 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 данные многих авторов, в частности, специалистов в области репродуктивной эндокринологии.

У 80% повторно беременных с ПД имелись проблемы с прошлыми беременностями. Так, у 12 (19,4%) женщин в анамнезе предшествующая беременность осложнялась ГНБ. Причем у четырех (6,5%) отмечалась эклампсия, у девяти (14,5%) – перинатальные потери; у пяти (8,1%) – антенатальная гибель, у двух (3,2%) – интранатальная; у одной (1,6%) – в первые семь дней после рождения ребенка.

В контрольной группе предшествующая беременность в анамнезе осложнялась ГНБ лишь у 14 (5%) женщин. Причем у четырех (1,3%) – эклампсией, у 19 (6,2%) были перинатальные потери, у 11 (3,6%) – антенатальная гибель, у пяти (1,6%) – интранатальная, у трех (1%) – в первые семь дней после рождения.

Данная беременность у наблюдаемых нами женщин как в контрольной, так и в основной группе в первой половине протекала в основном благоприятно. Лишь у шести (9,7%)

женщин контрольной группы наблюдалась рвота беременных, трое (4,8%) перенесли ОРВИ, в основной группе их было 46 (15,1%) и 11 (3,6%) соответственно. Вторая половина беременности у женщин контрольной группы осложнилась угрозой 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 в тяжёлой форме, тяжёлой преэклампсией – у 20 (32,2%) пациенток, эклампсией – у четырех (6,5%). В контрольной группе ГНБ осложнилось в 17 (5,6%) и двух (0,7%) случаях соответственно. В основной группе послеродовый период осложнился у семи (11,3%) женщин кровотечением, в двух случаях произведена экстирпация матки, в контрольной – у девяти (3%) пациенток, в одном случае была произведена перевязка внутренней подвздошной артерии. Послеродовый сепсис имел место в двух случаях (3,2%) в основной группе и в двух (0,7%) – в контрольной. Выскабливание послеродовой матки по поводу гематометры произведено в основной группе у троих женщин (4,8%), в контрольной – у семи (2,3%).

Таким образом, при изучении соматического, психического, гинекологического и репродуктивного анамнеза становится очевидным, что у женщин с развившейся послеродовой депрессией достоверно чаще имелись проблемы с предшествующей беременностью, такие, как тяжелая преэклампсия, перинатальные потери, угроза прерывания беременности, осложненные роды, оперативные родоразрешения в экстренном порядке, проблемы в пре-пубертатном и пубертатном периодах.

Беременность у большинства женщин, наблюдаемых в данном исследовании, протекала с разного рода осложнениями. Причём по совокупности осложненное течение беременности у женщин основной группы имело место в 38 (61,3%) случаев, в послеродовом периоде – в 12 (19,4%), в целом – у 50 (80,6%) женщин. В контрольной группе осложненное течение отмечалось: во время беременности в 49 (16,1%) случаях, в послеродовом периоде – у 18 (5,9%) женщин, в целом – у 67 (22%) пациенток.

Таким образом, приведенный анализ наглядно демонстрирует зависимость развития

послеродовой депрессии от множества факторов, которые влияют на формирование доминанты беременности и течения родового процесса.

#### Литература

1. *Beck C.T.* Predictors of Postpartum Depression: An Update // *Nursing Research*. – 2001. – V. 50. – P. 275–285.
2. *Beck C.T.* A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament // *Nursing Research*. – 1996b. – V. 45. – P. 225–230.
3. *Ackerman J.T., Eadie J.M., Yarris G.S., Loughman D.L., Mclandress R.M.* Cues for investment: nest desertion in response to partial clutch depredation in dabbling ducks // *Animal Behaviour*. – 2003. – V. 66. – P. 871–883.
4. *Beck C.T.* A meta-analysis of predictions of postpartum depression // *Nursing Research*. – 1996a. – V. 45. – P. 297–303.
5. *Cohn J.F., Campbell S.B., Matias R., Hopkins J.* Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months // *Developmental Psychology*. – 1990. – V. 26. – P. 15–23.
6. *Cohn J.F., Campbell S.B., Ross S.* Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. Special Issue: Attachment and developmental psychopathology // *Development and Psychopathology*. – 1991. – V. 3. – P. 367–376.
7. *O'Hara M.W., Swain A.M.* Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis // *International Review of Psychiatry*. – 1996. – V. 8. – P. 37–54.
8. *Beck C.T.* The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis // *Nursing Research*. – 1995. – V. 44. – P. 298–304.
9. *Cezilly F.* Nest desertion in the greater flamingo, *Phoenicopterus ruber roseus* // *Animal Behaviour*. – 1993. – V. 45. – P. 1038–1040.
10. *Fowles E.R.* Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment // *Journal of the Society of Pediatric Nurses*. – 1996. – V. 1. – P. 75–82.
11. *Gendron M., Clark R.G.* Factors affecting brood abandonment in gadwalls (*Anas strepera*) // *Canadian Journal of Zoology*. – 2000. – V. 78. – P. 327–331.
12. *Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H.* Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1991. – V. 100. – P. 122–132.
13. *Harris B.* Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood: working towards strategies for prophylaxis and treatment. Special Issue: Depression // *British Journal of Psychiatry*. – 1994. – V. 164. – P. 288–292.
14. *Jennings K.D., Ross S., Popper S., Elmore M.* Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers // *Journal of Affective Disorders*. – 1999.
15. *Murray L., Cooper P.J.* The impact of postpartum depression on child development // *International Review of Psychiatry*. – 1996. – V. 8. – P. 55–63.