

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.16.1.002>



Атамогланова Г.К. ✉, Алиева Э.М., Султанова С.Г., Амирасланова Ш.З.,
Исмаилова С.М., Вагабова Ш.Б.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Особенности течения беременности у родильниц с послеродовой депрессией

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Атамогланова Г.К. – концепция и дизайн исследования, сбор материала, написание текста; Алиева Э.М., Султанова С.Г. – редактирование статьи; Амирасланова Ш.З. – сбор литературы, статистическая обработка данных; Исмаилова С.М. – статистическая обработка данных, подготовка текста к печати; Вагабова Ш.Б. – подготовка текста к печати.

Подана: 08.01.2025

Принята: 17.02.2025

Контакты: mic_amu@mail.ru

Резюме

Цель. Изучение течения беременности у родильниц с различной выраженностью послеродовой депрессии.

Материалы и методы. Обследовано 106 родильниц, из которых у 35 (33%) диагностирована различная выраженность послеродовой депрессии (ПД). Средний возраст обследованных родильниц составил $29,7 \pm 0,05$ (29–39). Из 35 родильниц с ПД $18,1 \pm 0,6$ (20–43) были первобеременными, 17 (48,6%) – повторнобеременными. Всем женщинам для оценки психологического состояния применялись шкала Эдинбурга и скрининговая шкала постнатальной депрессии, а также проводилось исследование показателей эстрадиола, дегидроэпиандростерон-сульфата, кортизола, пролактин, а также катехоламинов: адреналина и норадреналина.

Результаты и обсуждение. Изучение течения беременности у женщин с ПД позволило установить факторы высокого риска развития данной патологии у родильниц в послеродовом периоде. Установлено, что факторами высокого риска развития ПД являются наличие хронического стресса у 100%, панические атаки у 85,7%, преэклампсия у 65,7%, невынашивание беременности у 82,9%.

Заключение. Проведенное исследование позволило установить, что у каждой 2–3-й родильницы с ПД отмечались кровотечения на ранних сроках гестации, у каждой 5-й родильницы – задержка внутриутробного развития плода, маловодие, что позволило предполагать, что осложненное течение беременности увеличивает вероятность развития ПД.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, психоэмоциональное состояние, хронический стресс, панические атаки, фобия

Atamoglanova G. ✉, Aliyeva E., Sultanova S., Amiraslanova Sh., Ismaylova S., Vagabova Sh.
Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

Features of the Course of Pregnancy in Women with Depression in the Postpartum Period

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Atamoglanova G. – concept and design of the study, materials collection, writing the text; Aliyeva E., Sultanova S. – text editing; Amiraslanova Sh. – literature material collection, statistical data processing; Ismaylova S. – statistical data processing, preparing the text for publication; Vagabova Sh. – preparing the text for publication.

Submitted: 08.01.2025

Accepted: 17.02.2025

Contacts: mic_amu@mail.ru

Abstract

Purpose. To study the course of pregnancy in women with varying severity of postpartum depression.

Materials and methods. 106 women in labor were examined, of which 35 (33%) were diagnosed with varying severity of postpartum depression (PD). The average age of the examined parturient women was 29.7 ± 0.05 (29–39). Among 35 postpartum women, 18.1 ± 0.6 (20–43) were primigravidas, 17 (48.6%) were repeated pregnant. To assess the psychological state of all women, the Edinburgh scale and the screening scale for postnatal depression were used, and a study of estradiol, dehydropiandosterone sulfate, cortisol, prolactin, as well as catecholamines, adrenaline and norepinephrine was carried out.

Results and discussion. The study of the course of pregnancy in women with PD made it possible to establish high-risk factors for the development of this pathology in postpartum women. It was found that the high-risk factors for the development of PD are the presence of chronic stress in 100%, panic attacks in 85.7%, preeclampsia in 65.7%, and miscarriage in 82.9%.

Conclusion. The study allowed to establish that every 2–3 mothers with PD had bleeding in the early stages of gestation, every 5th mother had intrauterine growth retardation, oligohydramnios, which allowed to assume that complicated pregnancy increases the likelihood of developing PD.

Keywords: postpartum depression, psychoemotional state, chronic stress, panic attacks, phobia

■ ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия психоэмоциональное состояние при беременности, в родах и послеродовом периоде влияет на качество жизни и определяет актуальность проблемы в акушерстве, клинической психологии и психиатрии.

Установлено, что психоэмоциональное состояние беременных, рожениц и родильниц в перинатальном периоде варьирует от легких кратковременных переживаний, различной выраженности депрессивных симптомов до тяжелых психопатических расстройств [1, 2].

Установлено, что 50% женщин имеют кратковременное проявление напряженности, страха в динамике беременности, усиливающееся перед родами [3, 4].

По данным научных исследований, напряженность психоэмоционального состояния беременных существенно влияет на длительность родового процесса, возникновение дистресс-синдрома плода и является проблемой для естественного вскармливания новорожденного.

В последние годы в жизни этих детей отмечается задержка моторного и когнитивного развития [5].

Установлено, что напряженность психоэмоционального состояния является одной из причин гипогалактии в послеродовом периоде. Легким проявлением нарушения психоэмоционального состояния является синдром baby blues, при котором у родильницы непосредственно в послеродовом периоде отмечаются эмоциональная лабильность, плаксивость, вспыльчивость, нарушение сознания и беспокойность [6, 7].

Частота данного синдрома составляет 40–85% и наиболее часто встречается в экономически развитых странах. При длительности baby blues синдрома более 2 недель отмечается увеличение проявлений аффективных расстройств с последующим развитием послеродовой депрессии (ПД) [8, 9].

В современных условиях частота послеродовой депрессии составляет 10–15% всех родильниц, из которых только 3–4% обращаются за квалифицированной медицинской помощью к психиатрам и психологам. Длительность послеродовой депрессии охватывает период от родов до 6 недель послеродового периода. Увеличение частоты послеродовой депрессии позволило определить новое направление перинатальной медицины – перинатальную психиатрию, основанную R. Kumar и K.M. Robson.

По данным эпидемиологических исследований, у 80% женщин репродуктивного возраста отмечается наличие депрессивных расстройств. Частота послеродовой депрессии в США варьирует от 10 до 20% [3, 10].

По данным МКБ-10, послеродовая депрессия проявляется симптомами в первые 6 недель после родов с длительностью проявлений до 1 года. Частота послеродовой депрессии в европейских странах составляет 10–15%, в мусульманских – 17–27%. Ежегодно в России послеродовая депрессия отмечается у примерно 26 000 женщин [11–13].

Следует отметить, что, несмотря на многообразие научных исследований относительно послеродовой депрессии, особенности течения беременности у данного контингента женщин практически не изучены. Имеющиеся научные исследования малочисленны и противоречивы.

Исходя из актуальности проблемы определена цель данного исследования.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение течения беременности у родильниц с различной выраженностью послеродовой депрессии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исходя из цели исследования обследовано 106 родильниц, из которых у 35 (33%) отмечалась различная выраженность послеродовой депрессии. При обследовании

родильниц с послеродовой депрессией было установлено, что средний возраст родильниц составил $29,74 \pm 0,05$ и колебался в пределах от 21 года до 39 лет.

Исследование родильниц с послеродовой депрессией позволило установить, что у 24 родильниц из 35 в анамнезе отмечались невроз, неврастения, у 8 (22,9%) – наличие панических атак и прием антидепрессантов. У 15 (28,6%) определялись различного генеза фобии, у 4 (11,4%) в анамнезе отмечались эпилепсия и прием антиконвульсивных препаратов.

Изучение репродуктивных функций родильниц с послеродовой депрессией позволило установить, что менархе у родильниц с послеродовой депрессией наблюдалось в $13,1 \pm 0,1$ (12–14) года, длительность менструального цикла составила $35 \pm 0,12$ (28–50) дня, длительность менструации – $6,2 \pm 0,9$ (3–8) дня, отмечались болезненность и нерегулярность менструального цикла.

Половая жизнь у обследованных родильниц началась в $18,1 \pm 0,6$ (20–43) года, из 35 родильниц с послеродовой депрессией 18 (51,4%) были первобеременные, 17 (48,6%) – повторнобеременные. Изучение частоты гинекологических заболеваний у женщин с послеродовой депрессией позволило установить у 28 (80%) хронический кольпит, у 16 (46,7%) хронический сальпингоофорит, у 12 (34,3%) хронический эндометрит, у 11 (31,4%) синдром поликистозных яичников, у 8 (22,9%) в анамнезе наблюдалось бесплодие различного генеза.

У всех женщин, включенных в данное исследование, изучались особенности течения беременности, родов, перенесенных заболеваний, репродуктивной функции, акушерского анамнеза, перенесенных гинекологических заболеваний.

В последние недели настоящей беременности и послеродовом периоде для оценки психологического состояния применялись шкала Эдинбурга и скрининговая шкала постнатальной депрессии [14, 15].

Всем пациентам в конце беременности и в послеродовом периоде для оценки состояния репродуктивных органов проводилось ультразвуковое исследование вагинальным датчиком.

Беременным и родильницам выполнялось изучение уровня эстрадиола (E_2), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-С), кортизола, пролактина, тиреостимулирующего гормона (ТСГ), а также показателей катехоламинов: адреналина и норадреналина.

Для анализа полученных результатов с количественными цифровыми данными применены методы вариационной статистики. Вычислены средние значения полученных выборок (M), их среднеквадратические отклонения (s), стандартные ошибки (m), 95% доверительные интервалы (95% ДИ), минимальные ($\min$) и максимальные ($\max$) значения рядов. Результаты подверглись статистической обработке. При этом применялась компьютерная программа Statgraph, предназначенная для статистической обработки данных параметрическим и непараметрическим способом.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования у женщин с ПД были изучены особенности течения беременности. Результаты исследований представлены в таблице.

Как видно из таблицы, у родильниц с ПД отмечается в 4,6% наличие хронического стресса при беременности, в 12,5% случаев невроз на фоне стрессовой ситуации в семье, в 9,6% случаев различной степени выраженности преэклампсия, в 21,1%

Особенности течения беременности у родильниц с послеродовой депрессией
Features of the course of pregnancy in maternity women with postpartum depression

Особенности течения беременности	Абс.	%
Неосложненное течение беременности	5	2,1
Вегетососудистая дистония	2	0,8
Панические атаки	30	12,5
Судороги мышц тазобедренного сустава	1	0,4
Угроза выкидыша	11	4,6
Угроза преждевременных родов	18	7,5
Двойня	2	0,8
Преждевременный разрыв плодных оболочек	2	0,8
Задержка внутриутробного развития плода	7	2,9
Мертвый плод	1	0,4
Различная степень тяжести преэклампсии	23	9,6
Рубец на матке, несостоятельность рубца на матке	5	2,1
Хроническая гипоксия плода	26	10,8
Невроз на фоне хронического стресса в семье	30	12,5
Маловодие (олигогидроамнион)	7	2,9
Сахарный диабет	3	1,3
Гестационная гипертензия	2	0,8
Гестационный пиелонефрит, гидронефроз	4	1,7
Кровотечение на ранних сроках гестации	12	5
Частичная отслойка нормально расположенной плаценты	3	1,3
Наличие хронического стресса в динамике беременности	35	4,6
Наличие психологической агрессии в семье из-за нежелательного пола плода	7	2,9
Потеря сознания вследствие тяжелой стрессовой ситуации при беременности	4	1,7

случаев невынашивания беременности, в 5% случаев кровотечение на ранних сроках беременности, в 2,9% случаев задержка внутриутробного развития плода, в 2,9% случаев маловодие, в 2,9% случаев наличие психологической агрессии в семье из-за нежелательного плода. С несколько меньшей частотой отмечаются гестационный пиелонефрит, гидронефроз (1,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1,3%), наличие обмороков на фоне тяжелой стрессовой ситуации при беременности (1,7%).

В единичных случаях отмечались гипертензивные состояния беременности (0,8%), вегетососудистая дистония (0,8%), многоплодие (0,8%), преждевременный разрыв плодных оболочек (0,8%).

В результате проведенного исследования было установлено, что у всех 35 родильниц (100%) отмечалось наличие хронического стресса при беременности, у 30 (85,7%) – панические атаки, у 26 (74,3%) – хроническая гипоксия плода, у 30 (85,7%) – невроз на фоне стрессовой ситуации в семье, у 23 (65,7%) – различной степени выраженности преэклампсия, у 29 (82,9%) – угроза невынашивания беременности, у 12 (34,3%) – кровотечения на ранних сроках гестации, у 7 (20%) – задержка внутриутробного развития плода, у 7 (20%) – маловодие, у 7 (20%) – наличие психологической агрессии в семье из-за нежелательного пола плода, у 5 (4,3%) – рубец на матке, несостоятельность рубца на матке.

Следует отметить, что из 35 родильниц у 5 (14,2%) отмечалось неосложненное течение беременности.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение течения беременности у женщин с ПД позволило установить факторы высокого риска развития данной патологии у родильниц в послеродовом периоде. Установлено, что факторами высокого риска развития ПД являются наличие хронического стресса в 100%, панические атаки в 85,7%, преэклампсия в 65,7%, невынашивание беременности в 82,9% случаев.

Проведенное исследование позволило установить, что у каждой 2–3-й родильницы с ПД отмечались кровотечения на ранних сроках гестации, у каждой 5-й родильницы – задержка внутриутробного развития плода, маловодие, что позволило предполагать, что осложненное течение беременности увеличивает вероятность развития ПД.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Korgozha M.A. Dynamics of the quality of life of women in the postpartum period. *Pediatrician*. 2017;8(6):126–132.
2. Lintarovich L.M., Kucher A.S., Sulima A.N., Olshevskaya N.S. Psychoemotional status of women in the prenatal and postpartum periods. *Tavrichesky Medico-Biological Bulletin*. 2019;22(1):170–175.
3. Bell A.F., Carter C.S., Davis J.M. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(2):219–227.
4. Nilsson C., Hessman E., Sjöblom H. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;8(1):28.
5. Korgozha M.A. Dynamics of anxiety manifestations in women in the postpartum period. *Clinical and Medical Psychology: Research, Training, Practice: Electronic. Scientific Journal*. 2017;5(2 issue 16).
6. Stewart D.E., Robertson E., Cindy-Lee Dennis, Sherry L. Grace. *Postpartum Depression: Literature Review Of Risk Factors and Interventions*. Prepared for: Toronto Public Health; 2023. P. 1–8.
7. Stewart D.E., Vigod S.N. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annu. Rev. Med.* 2019;(70):183–196.
8. Korvizhnykh I.V., Surovtseva D.A., Kudryavtseva E.V. Identification of predictors of postpartum depression. Actual issues of modern medical science and health care: collection of articles of the V International (75th All-Russian) scientific and practical conference. Yekaterinburg; 2020. P. 76–80.
9. Korgozha M.A. Dynamics of depressive manifestations in women in the early and late postpartum periods. *Scientific opinion*. 2017;(11):40–46.
10. Ayzberg O.R. Diagnostics and treatment of postpartum depression. *Psychiatry, psychotherapy and clinical pathology*. 2021;12(1):116–123.
11. Ignatko I.V., Kinkulkina M.A., Florova V.S., Skandaryan A.A., Kukina P.I. Postpartum depression: a new look at the problem. *Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2018;17(1):45–53.
12. Alekseeva S.N., Okhlopova E.B. Fundamentals of perinatal psychology. *Bulletin of the North-Eastern Federal University named after M.K. Amosov*. 2018;(4):20–27.
13. Mushtenko N.S. Postpartum depression in women as a psychological problem. Collection of humanitarian studies. Electronic scientific journal. *Thematic issue dedicated to the 30th anniversary of social work in Russia*. 2021;(4 issue 29):40–45.
14. Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782–786.
15. Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS-R). Brief Guide to Use. Methodological Manual. St. Petersburg: SPbSPMU; 2021. 20 p.