

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ И.М.СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

Макарова Мария Александровна

**Аффективные расстройства послеродового периода - клиническая
картина, факторы риска развития, методы коррекции**

14.01.06 – Психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,

член-корреспондент РАН

Кинкулькина Марина Аркадьевна

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор,

член-корреспондент РАН

Игнатко Ирина Владимировна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1 Распространенность аффективных расстройств послеродового периода	12
1.2 Клиническая картина аффективных расстройств послеродового периода	13
1.3 Факторы риска развития аффективных расстройств послеродового периода	14
1.4 Методы диагностики аффективных расстройств послеродового периода	20
1.5 Методы коррекции аффективных расстройств послеродового периода	22
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	26
2.1 Характеристика клинического материала	26
2.2 Методы исследования	28
2.3 Статистическая обработка материала	30
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
3.1 Общая характеристика обследованных	33
3.2 Анализ психопатологической структуры аффективных расстройств послеродового периода	34
3.3 Сравнительной анализ характеристик женщин с послеродовой депрессией и без аффективной патологии	42
3.4 Применение Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии как скринингового метода	59
3.5 Коррекция аффективных расстройств послеродового периода	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	71
ВЫВОДЫ	82

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	83
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	84
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	86
ПРИЛОЖЕНИЕ А	99

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы и степень ее разработанности

Аффективные расстройства являются одним из наиболее частых осложнений послеродового периода. Чаще всего встречается послеродовая депрессия, которая негативно влияет на здоровье матери, ребенка и благополучие семьи в целом. Согласно статистическим данным распространенность послеродовой депрессии колеблется от 5% до 60,8%, в зависимости от социально-демографических и этно-культуральных особенностей государства [42, 59, 68].

По результатам клинических исследований послеродовая депрессия практически в половине случаев остается невыявленной [57, 89]. Также велика вероятность развития затяжной депрессии - около 20% женщин страдает депрессией в течение года после родов, и до 13% женщин в течение двух лет [86, 99, 101]. Высок риск развития рецидива - до 40% женщин повторно переживают депрессивный эпизод во время следующей беременности или в дальнейшей жизни [86, 99, 101].

Послеродовая депрессия может проявляться нарушением сна, колебанием настроения, изменением аппетита, опасениями причинить вред ребенку, выраженной печалью и плаксивостью, чувством неуверенности в своих силах, снижением интереса к повседневной деятельности, повышенной утомляемостью, ощущением вины и собственной бесполезности, замедлением мышления, снижением способности концентрироваться и принимать решения, возникновением суицидальных мыслей [25, 50, 84]. При тяжелых депрессивных состояниях чувство безнадежности может приводить к суицидальным попыткам [29, 50, 51, 84]. Эпидемиологические исследования показывают, что среди причин материнской смертности в послеродовом периоде до 20% приходится на суициды [87].

Аффективные расстройства в послеродовом периоде приводят к негативным последствиям для психического и физического здоровья, как матери,

так и ребенка [99]. Высказываются предположения, что послеродовая депрессия может нарушить формирование связи между матерью и младенцем, что, в свою очередь, может привести к нарушению эмоционального, социального и когнитивного развития ребенка [99]. Согласно данным работы Филонко А.В., нарушение детско-материнских связей является предпосылкой не только для поведенческих и психопатологических отклонений, но также и соматической патологии у детей [19].

Для выявления аффективных расстройств послеродового периода разработано несколько специализированных скрининговых методов, среди которых наиболее часто в клинических и эпидемиологических исследованиях применяется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS) [40]. Шкала представляет собой самоопросник из 10 вопросов с 4 вариантами ответов. Пороговый балл, говорящий о высокой вероятности развития депрессивного эпизода, согласно данным разработчиков, составляет 9 баллов.

В результате анализа научной литературы было выделено несколько групп факторов риска, связанных с развитием депрессивной симптоматики после родов - социально-психологические, биологические, акушерско-гинекологические и отягощенный психиатрический анамнез [41, 42, 68]. Однако нет единой точки зрения относительно того какие предикторы являются ключевыми в развитии аффективных расстройств послеродового периода.

Также спорным остается вопрос лечения. В случае развития депрессии средней или тяжелой степени рекомендуют применять те же стандартные подходы, что и в терапии депрессий, не связанных с беременностью и родами, при этом в большинстве случаев рекомендуется отказ от грудного вскармливания. При этом некоторые исследования показывают, что сам факт отказа от грудного вскармливания может усугублять или даже провоцировать развитие депрессивной симптоматики [105, 107].

Согласно данным обзорной статьи М. Miniati и соавт. (2017) индивидуальная и групповая межличностная психотерапия являются

перспективными методами лечения для матерей страдающих послеродовой депрессией. Данные клинических испытаний свидетельствуют о том, что применение в монотерапии и совместно с лекарственной терапией психотерапевтических методик может сократить продолжительность депрессивного эпизода в послеродовом периоде, а также продлить время, проведенное в клинической ремиссии [73].

В литературе отсутствует единое мнение о распространенности послеродовой депрессии, влиянии различных факторов риска на ее развитие. Исследования диагностической надежности шкалы EPDS показывают существенный разброс показателей чувствительности (от 65% до 100%) и специфичности (от 49% до 100%) [47], что во многом определяется различиями в диагностических подходах и применяемых пороговых значениях шкалы. Так, разработчики теста в качестве порогового значения рекомендуют отсечку в 9 баллов и выше, как свидетельство о высокой, более 80%, вероятности развития депрессии в послеродовом периоде [40], но в различных работах пороговые баллы варьируют от 9 до 15 [47]. Также не разработаны методы профилактики и отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи данной категории больных. Все вышеперечисленное и определило выбор темы, объекта, цели и задач настоящего исследования.

Цель и задачи исследования

Целью данного исследования является комплексное изучение клинко-психопатологической структуры аффективных расстройств у женщин в послеродовом периоде и выявление факторов риска их развития. Разработка рекомендаций по диагностике и коррекции аффективных нарушений в послеродовом периоде.

Задачи исследования:

1. Изучить психопатологическую структуру аффективных расстройств в послеродовом периоде

2. Изучить особенности течения аффективных расстройств в послеродовом периоде
3. Выявить факторы риска развития аффективных расстройств в послеродовом периоде
4. Оптимизировать методы диагностики послеродовых аффективных расстройств
5. Разработать рекомендации по коррекции аффективных нарушений в послеродовом периоде.

Научная новизна исследования

Проведено целенаправленное клинико-психопатологическое исследование особенностей клинической картины аффективных расстройств послеродового периода. По результатам работы уточнены факторы риска развития послеродовой депрессии и определена их прогностическая значимость. В рамках проспективного когортного исследования на популяции российских женщин проведена оценка диагностической эффективности Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, определены ее чувствительность, специфичность, оптимальное пороговое значение. Показана высокая эффективность психотерапевтических методик для коррекции аффективных расстройств послеродового периода.

Практическая значимость работы.

Выявленные клинические особенности течения послеродовой депрессии и факторы риска ее развития позволят улучшить диагностику аффективных расстройств послеродового периода. Доказанная эффективность Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии будет способствовать раннему выявлению депрессивной симптоматики в послеродовом периоде. Полученные данные об эффективности психотерапевтических методик позволят провести адекватное лечение пациенток с послеродовой депрессией, предотвратить усугубление психопатологической симптоматики и возможное последующее рецидивирование

аффективных расстройств, сократить сроки лечения пациенток с послеродовой депрессией.

Методология и методы исследования

Проведено наблюдательное проспективное когортное исследование женщин в послеродовом периоде (0-3 день после родов). В работе использованы методы клинико-психопатологической, клинико-катамнестической и психометрической оценки. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 10.0.

Анализ результатов исследования позволил определить частоту депрессивных расстройств, развивающихся в течение 6-ти недель после родов, описать их клинико-динамические характеристики. При проведении сравнительного анализа женщин с послеродовой депрессией и женщин без аффективной патологии были выделены факторы риска развития аффективной патологии в послеродовом периоде. Определена диагностическая эффективность EPDS. Проведен анализ терапии аффективных расстройств послеродового периода.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Частота депрессивных расстройств, развивающихся в течение 6 недель после родов у женщин без отягощенного психиатрического анамнеза (расстройства шизофренического спектра, биполярное и рекуррентное аффективное расстройство), составила 11,3%.

2. По своей психопатологической структуре (легкая тяжесть, преобладание тревожной симптоматики), связи с психологическими факторами риска, терапевтическим особенностям, выявленные послеродовые депрессивные расстройства носили характер психогенных депрессий.

3. Наиболее значимыми факторами риска развития послеродовой депрессии являлись психотравмирующие ситуации во время беременности и эпизоды сниженного настроения или тревоги во время беременности. Также на риск развития депрессии влияли нежелательность текущей беременности,

отсутствие/отказ от грудного вскармливания, патология текущей беременности или родов, аффективные симптомы в анамнезе.

4. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии как скрининговая методика имеет высокую прогностическую значимость при оценке риска развития депрессивных расстройств в послеродовом периоде. Оптимальное пороговое значение шкалы – 10 баллов.

5. Раннее выявление послеродовой депрессии и применение адекватных психотерапевтических методов коррекции способствует быстрой и полной редукции аффективной симптоматики.

Личный вклад автора

Автором работы было самостоятельно спланировано исследование, проанализированы данные современных литературных источников, проведено клиничко-психопатологическое обследование пациентов и психометрическая оценка их состояния. В рамках проведенного исследования автором были выявлены клиничко-психопатологические особенности клинической картины аффективных расстройств в послеродовом периоде. Определена прогностическая значимость факторов риска развития послеродовой депрессией. Показана высокая эффективность психотерапевтических методик для коррекции аффективных расстройств послеродового периода. Автор работы провел оценку эффективности Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, определил ее чувствительность, специфичность, оптимальное пороговое значение для выявления высокого риска развития аффективных расстройств в послеродовом периоде при применении в России. Автор самостоятельно проводил каждый этап обследования и лечения, фиксировал изменения состояния исследуемых, а в последующем обработал полученную информацию адекватными методами статистического анализа.

Достоверность результатов проведенного исследования

Достоверность результатов исследования обеспечивается объемом клинического материала, достаточным для выполнения поставленных цели и задач, применением разработанной на принципах доказательной медицины схемы

и методов исследования, критериев включения и невключения женщин в исследование, использованием адекватных методов статистического анализа.

Апробация и внедрение результатов работы.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на ежегодной научно-практической конференции «Инновационные подходы в психофармакотерапии основных психических расстройств» кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва, 27 апреля 2021г.). Диссертация апробирована на заседании кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол № 10 от «10» ноября 2021г.).

Результаты исследования внедрены в лечебную работу Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова и Городской клинической больницы им. С.С. Юдина и в учебный процесс студентов, клинических ординаторов, врачей на кафедре психиатрии и наркологии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует требованиям, предъявляемым к диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 - Психиатрия. Диссертация является законченной, самостоятельной научно-квалификационной работой, содержащей решение актуальной научно-практической задачи в психиатрии.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 6 работ, отражающих основные результаты диссертации, из них: 1 научная статья – в изданиях из Перечня

Университета/Перечня ВАК при Минобрнауки России, 2 научные статьи в журналах, включенных в базу данных Scopus, а также 3 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 112 страницах (основной текст – 83 страницы), включает разделы введения, глав, посвященных обзору литературы, характеристике материала и методов исследования, результатов, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список используемой литературы содержит 109 источников (22 отечественных и 87 зарубежных). Диссертация содержит 5 таблиц, 15 рисунков и 3 клинических иллюстрации с анализом.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Распространенность аффективных расстройств послеродового периода

В настоящее время аффективные расстройства широко распространены во всем мире. По данным ВОЗ в 2018г от депрессии страдало более 264 миллионов человек. Согласно статистическим данным заболеваемость среди женщин в 2 раза выше, чем среди мужчин [5, 96]. Особенно уязвимым в вопросе возникновения депрессивных и тревожных состояний у женщин, исследователи считают послеродовой период. По данным разных авторов распространенность послеродовой (постнатальной) депрессии колеблется от 5 до 60,8%, в зависимости от среднего уровня жизни и доходов в стране [59, 68, 101,106]. Согласно данным J.L. Pawluski и соавт. (2017) среди стран, занимающих ведущее положение в мировой экономике, этот показатель составляет около 10-15%, в то время как в новых индустриальных странах он может быть в несколько раз выше [82, 85].

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, диагноз послеродовой депрессии устанавливается, если депрессивный синдром, соответствующий критериям депрессивного расстройства, развился в течение 6 недель после родов[13]. В отличие от МКБ-10, DSM-5 ограничивает период возникновения послеродовой депрессии 4-мя неделями после родов [91]. Депрессивные состояния, возникающие позже 4-6 недель от момента родов и не сопровождающиеся достаточным количеством симптомов, могут быть не распознаны [106]. Клинические исследования показывают, что аффективные расстройства в послеродовом периоде остаются не диагностированы в 50% случаев [57, 89]. Кроме того, практически 40% повторно переносят депрессивный эпизод во время следующей беременности или в дальнейшей жизни [42, 102, 106].

Распространенность послеродовой депрессии в России согласно данным отечественных авторов варьируется от 9,6% до 30% [7, 16, 22]. Однако из-за культуральных особенностей, боязни стигматизации и недооценке собственных

депрессивных симптомов женщины крайне редко самостоятельно обращаются к специалистам психиатрического профиля [7, 46].

1.2 Клиническая картина аффективных расстройств послеродового периода

К клиническим симптомам послеродовой депрессии относятся: нарушения сна, тревога, страх причинения вреда ребенку, колебания настроения, выраженная печаль и плаксивость, чувство неуверенности в себе, потеря интереса к повседневной деятельности, замедление мышления, снижение способности концентрироваться и принимать решения, отсутствие сил, изменение аппетита, ощущение вины и собственной бесполезности, возникновение суицидальных мыслей [28, 50, 84].

В зависимости от клинической картины в литературе выделяют, в основном, 3 типа послеродовой депрессии: астенический тип, для которого присуща повышенная утомляемость, истощаемость, раздражительность, гиподинамия, а также разнообразные вегетативные симптомы; тревожный тип, для которого наряду с гипотимией, характерно чувство выраженной тревоги, немотивированного страха, в основном за ребенка, неуверенность в своих силах, чувство внутреннего напряжения и нарушения сна; и астено-тревожный тип, который включает в себя, как выраженную утомляемость, так и чувство тревоги, сопровождающееся нарушением сна [14, 15, 59]. Согласно исследованию А.А. Прибыткова (2011г) для психогенных депрессий наряду с тревожной и астенической симптоматикой, также характерны истеро-депрессивные и меланхолические расстройства [14]. Клиническая картина истеро-депрессивных расстройств включает в себя демонстративное поведение, озабоченность состоянием собственного здоровья, а не состоянием ребенка, преувеличение тяжести испытываемых симптомов, лабильность настроения и колебание глубины депрессии, связанное с внешними факторами, конверсионную симптоматику, в виде жалоб на «комочек в горле», «слабость в ногах» [14]. Меланхолические

депрессии послеродового периода отличаются беспричинным пессимизмом, подавленностью, унынием, замедленностью мышления и гиподинамией [14].

В случае развития тяжелого депрессивного эпизода могут возникать суицидальные попытки [29, 50, 51, 84]. По данным исследований до 20 % случаев материнской смертности в послеродовом периоде приходится на суициды [84].

Помимо негативного влияния на психическое здоровье и физическое самочувствие матери, аффективные расстройства в послеродовом периоде могут повлечь за собой неблагоприятные последствия для здоровья ребенка. Существуют исследования, доказывающие, что послеродовая депрессия может нарушить формирование связи между матерью и младенцем, что, в свою очередь, может привести к нарушению эмоционального, социального и когнитивного развития ребенка [99]. Также известно, что дети матерей, страдавших послеродовой депрессией, менее привязаны к матерям, у них снижается способность к общепознавательному и языковому развитию, возрастает уровень общей заболеваемости [99].

Согласно данным работы А.В. Филоненко нарушение детско-материнских связей является предпосылкой не только для поведенческих и психопатологических отклонений, но также и соматической патологии у детей. С младенчества у них отмечается задержка в психомоторном развитии, возникают заболевания вегетативной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхательной и иммунной системы [96]. В крайних случаях, нарушение связи между матерью и ребенком может привести к попыткам детоубийства [38, 104].

1.3 Факторы риска развития аффективных расстройств послеродового периода

Единой причины развития послеродовой депрессии на данный момент не выявлено, однако анализ научной литературы показал, что существует несколько групп факторов риска, связанных с развитием аффективных расстройств после

родов - психические, акушерско-гинекологические, биологические и социальные [41, 42, 68].

К психическим факторам риска относят эпизоды сниженного настроения (субдепрессий и синдромально очерченных депрессий) и/или тревоги в анамнезе, а также депрессию во время беременности [41, 67, 76, 98]. Кроме того, большое влияние на развитие послеродовой депрессии оказывают психологический стресс у женщин во время беременности, нежеланная беременность или пол ребенка, а также супружеская дисгармония и психологические внутренние конфликты женщины, неготовой к принятию новой роли матери [6]. Согласно исследованию, проведенному С. Gauthreaux и соавт. (2017) между нежелательной беременностью и депрессией в послеродовом периоде есть четкая взаимосвязь. У женщин, родивших незапланированного или нежеланного ребенка, вероятность развития симптомов послеродовой депрессии на 50% выше, чем у женщины с желанным ребенком [50]

Большое значение придают акушерско-гинекологическим факторам риска. Существует ряд исследований, которые связывают возникновение аффективных расстройств в послеродовом периоде с методом родоразрешения. По данным Ни Ху и соавт. (2017г) родоразрешение путем кесарева сечения приводит к повышенному риску развития послеродовой депрессии. Возможной причиной этого авторы считают неблагоприятные физиологические последствия, такие как инфекция, послеродовое кровотечение, повреждение мочеочника и мочевого пузыря, разрыв матки и др., которые могут возникнуть в результате оперативного вмешательства, физическое неблагополучие усиливает стресс и повышает риск развития симптомов послеродовой депрессии у матери [60]. Однако результаты других исследований подобную связь не подтвердили [18, 26, 68, 69, 102]. Согласно данным работы И.А. Горьковой и соавт. (2017г) развитие послеродовой депрессии не связано с вариантом родоразрешения, однако результаты указывают на необходимость первичной (информирование женщины о вариантах родов и специфики медицинского вмешательства) и вторичной профилактики

(психологическая помощь матерям после родов) послеродовой депрессии, в большей степени у женщин, перенесших плановую операцию кесарева сечения, по сравнению с женщинами, перенесшими экстренное оперативное вмешательство в родах или рожавшими естественным путем [4].

Также, по мнению ряда авторов, существует корреляция между количеством родов у женщины и возникновением послеродовой депрессии. Однако результаты исследований, связанных с этой гипотезой, достаточно противоречивы. Так, по данным L.J. Mayberry и соавт. (2007), послеродовая депрессия более распространена у многодетных матерей, чем у впервые рожаящих женщин [75], в то время как результаты другого исследования указывают на более высокую распространенность этого заболевания у первородящих [67]. В работе, проведенной S.E. Mathisen и соавт. в 2013 году, было установлено, что у многодетной матери риск возникновения аффективных расстройств в послеродовом периоде выше, но связано это с более высокой психологической нагрузкой, вызванной необходимостью заботиться сразу о нескольких детях [74].

Противоположные результаты этих исследований позволяют предположить, что количество родов само по себе не является независимым фактором для развития послеродовой депрессии, а возникновение депрессивных симптомов обусловлено психосоциальными условиями, в которых оказывается многодетная женщина.

К биологическим факторам риска относят: возраст беременной женщины, тяжесть предменструального синдрома в анамнезе, различные эндокринные заболевания, артериальную гипертензию. Установлена взаимосвязь между возрастом будущей матери и развитием послеродовой депрессии. Исследователи полагают, что наиболее вероятно возникновение заболевания при родах в возрасте 13–19 лет [68, 75, 95], в то время как реже всего депрессия развивается у женщин, рожавших в возрасте от 31 до 35 лет [75, 78]. Предположительно, причиной подобной разницы является уверенность зрелых матерей в своем

социальном статусе и психологическая готовность к роли матери, что опосредовано снижает риск возникновения тревожно-депрессивных расстройств.

Также множество исследований посвящено влиянию гормональной функции женщины на возникновение аффективных колебаний. По данным ряда авторов наличие умеренного или тяжелого предменструального синдрома в анамнезе может указывать на высокий риск развития депрессии в послеродовом периоде [68, 34, 18]. Некоторые авторы выделяют связь уровня половых гормонов с развитием депрессивной симптоматики, объясняя, таким образом, высокую распространенность послеродовой депрессии. [32]. Однако результаты исследования С. Chatzicharalampous и соавт. (2011) указывают на отсутствие связи между возникновением послеродовых расстройств настроения и уровнем половых стероидных гормонов [36].

Значимыми в развитии послеродовой депрессии исследователи считают отягощенность соматическими заболеваниями такими, как гипотиреоз, хроническая артериальная гипертензия, гестационная артериальная гипертензия, ожирение. К примеру, в исследовании, проведенном Е.В. Козырко и соавт. (2016), у женщин с установленной послеродовой депрессией в 43,1% случаев было выявлено изменение уровня гормонов щитовидной железы (в 24 наблюдениях – субклинический гипотиреоз, в 4 – гипотиреоз с клиническими проявлениями), что говорит, о возможном влиянии гипотиреоза на развитие послеродовой депрессии [8].

Связь тревожно-депрессивных расстройств с артериальной гипертензией у беременных женщин была выявлена в работе Ж.Р. Гардановой и соавт. (2016). При этом было отмечено, что у пациенток с хронической артериальной гипертензией развивалась легкая или умеренная степень депрессии, тогда как у пациенток из группы с гестационной артериальной гипертензией были диагностированы более выраженные аффективные колебания [2].

Согласно данным мета-анализа Е. Molyneaux и соавт. (2014), основанном на 62 статьях и включающем 540373 женщины, у страдающих ожирением, и у

женщин с избыточным весом больше вероятность возникновения послеродовой депрессии, чем у женщин с нормальной массой тела. Также женщины, страдающие ожирением, имели значительно более высокие шансы появления симптомов послеродовой депрессии по сравнению с женщинами с избыточным весом (средняя распространенность: ожирение 13,0%, избыточный вес 11,8%, нормальный вес 9,9%) [80].

Современные исследования также указывают на взаимосвязь между развитием послеродовой депрессии и наличием определенных иммунологических маркеров (неоптерин, реактивные Т-лимфоциты). В исследованиях D. Krause и соавт. (2014), обнаружено, что перинатальные и постнатальные иммунологические параметры связаны с послеродовыми депрессивными симптомами у матерей. Кроме того, определены иммунные маркеры, которые предсказывают возникновение симптомов послеродовой депрессии уже во время беременности [69].

Также ряд авторов указывает на воспаление, как на фактор риска возникновения симптомов послеродовой депрессии [49, 65, 85]. Исследования в области психонейроиммунологии, показали, что депрессия может быть связана с воспалением, проявляющимся в повышении уровня провоспалительных цитокинов. Согласно данным работы M. Maes и соавт. (2000г) у женщин в послеродовом периоде со сниженным настроением и высокой тревожностью сывороточные концентрации интролейкина-6 и других провоспалительных цитокинов выше, чем у женщин, у которых не было депрессивных симптомов. В результате исследования авторы пришли к выводу, что аффективная симптоматика может быть вызвана активацией системы воспалительного ответа [72].

В работе K. Kendall-Tackett и соавт. (2012) показано, что женщины в послеродовом периоде особенно подвержены эмоциональным колебаниям, потому что их уровень провоспалительных цитокинов значительно повышается в течение последнего триместра беременности. Кроме того, нарушение сна,

физический дискомфорт после родов и перенесенная или текущая психологическая травма, самостоятельно могут вызывать повышение уровня провоспалительных цитокинов [65]. Поэтому лечение воспалительных заболеваний в третьем триместре, может благотворно сказаться на психическом здоровье матери [3].

По данным различных источников, в развитии послеродовой депрессии также значимы социальные факторы. К ним относят уровень образования, тяжелое финансовое положение, отсутствие поддержки со стороны семьи, отсутствие работы или продвижения карьеры у матери [44, 70, 79].

В проспективном исследовании Y. Miyake и соавт. (2011) прослежена связь между занятостью, типом работы, доходом, уровнем образования и риском послеродовой депрессии. Выявлено, что занятость, особенно полная занятость, а также профессиональная или техническая работа, могут снизить риск возникновения послеродовой депрессии [79].

Ряд исследований посвящен значимости эмоциональной поддержки со стороны родных и партнера. В работе V. Escribà-Agüir и соавт. (2010), отмечено, что низкая удовлетворенность браком, депрессия партнера и депрессия во время беременности увеличивают вероятность депрессии в течение первых 12 месяцев после рождения ребенка. Согласно полученным данным психосоциальные и личностные факторы также были значимыми предикторами депрессии в течение первых 12 месяцев после родов [44].

Одну из ключевых ролей оказывает фактор эмоционального и физического насилия над женщиной во время беременности. По оценкам разных авторов от 4% до 78% женщин, испытывающих симптомы послеродовой депрессии, являлись объектом насильственных действий [77, 88, 94]. По данным исследования J.J. Rogathi и соавт. (2017), проведенном в развивающихся странах, каждая третья беременная женщина в исследуемой популяции подвергалась насилию со сторон интимного партнера, что повлекло за собой развитие аффективных расстройств в послеродовом периоде. Чаще всего симптомы послеродовой депрессии,

связанные с эпизодами домашнего насилия, возникали у молодых женщин, не имевших ранее периодов длительно сниженного настроения [88].

Также на развитие аффективной симптоматики и тяжесть ее проявления может влиять характер потребляемой пищи, курение, физические нагрузки [8, 43, 83, 90].

В исследовании S. Salimi и соавт. (2015) получены результаты, которые свидетельствуют о том, что женщины, курящие сигареты до беременности и продолжающие курить в течение последних 3 месяцев беременности и в послеродовом периоде, чаще имеют склонности к колебаниям настроения по сравнению с женщинами, которые бросили курить. К тому же, у женщин, которые курят в послеродовом периоде, независимо от того курили ли они в течение последних 3 месяцев беременности, чаще возникают симптомы послеродовой депрессии по сравнению с женщинами, которые не курили во время беременности и продолжают воздерживаться от курения после родов [90].

Помимо отказа от курения, важную роль в профилактике возникновения аффективных расстройств отводят также характеру питания и физическим нагрузкам. Согласно данным научных исследований сбалансированная диета и занятия спортом во время беременности и в послеродовом периоде могут снизить выраженность депрессивной симптоматики у матерей после рождения ребенка [6, 43, 83].

1.4 Методы диагностики аффективных расстройств послеродового периода

В международном сообществе большое внимание уделяется скринингу и ранней диагностике аффективных расстройств послеродового периода. Помимо стандартных шкал для оценки тревоги и депрессии (таких как шкала оценки депрессии Монтомери-Асберга (MADRS) [1, 27, 81], шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) [54], шкала депрессии Бека (BDI) [30], шкала самооценки депрессии Цунга (SDS) [109] и т.д.) были разработаны

специализированные шкалы и самоопросники для выявления колебаний настроения и тревожной симптоматики у женщин после родов.

Шкала послеродовой депрессии Бромлей (BPDS) была разработана G. Stein и Van den Akker в 1992 для оценки как текущего, так и прошедшего эпизодов послеродовой депрессии [100]. Шкала дает краткое описание симптоматики послеродовой депрессии, и участников опроса просят решить, испытывали ли они подобные состояния после родов [100]. Несмотря на положительные стороны данной методики, шкала не была переведена на иностранные языки и применяется только в англоговорящих странах. Также отсутствует часть информации об ее психометрических параметрах (надежность, валидность) относительно других тестовых методик [21].

Скрининговая шкала послеродовой депрессии (PDSS) разработана в 2000 году С.Т Веck, Р.К. Gable, состоит из 35 пунктов, каждый из которых описывает, как мать может чувствовать себя после рождения ребенка (все варианты являются цитатами женщин, участвующих в исследовании при разработке шкалы). Женщинам предлагаются указать степень ее согласия или несогласия с каждым из пунктов. Согласно данным авторов, PDSS имеет высокие показатели чувствительности и специфичности, 84% и 84% соответственно. Шкала была переведена и валидизирована для испаноговорящих стран [31].

Наиболее часто для диагностики послеродовой депрессии в клинических и эпидемиологических исследованиях используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), разработанная Cox J.L., Holden J.M. и Sagovsky R. в 1987г. [40]. Шкала включает 10 вопросов, на которые пациенту предлагается 4 варианта ответа [40]. Опросник не учитывает соматические переживания, что позволяет отделить аффективные реакции от плохого физического самочувствия, характерного для женщин после родов [40]. Согласно рекомендациям разработчиков теста, пороговый балл 9 и выше, свидетельствуют о высокой, более 80%, вероятности развития депрессии в послеродовом периоде [40]. Шкала была переведена на множество иностранных языков [46, 66, 97].

В разных исследованиях статистические показатели и пороговые значения шкалы EPDS значительно различались, возможно из-за культуральных особенностей страны, дизайна проводимого исследования и критериев диагностики [46, 47, 66, 97]. По данным систематического обзора M. Eberhard-Gran и соавт. (2001г) показатели чувствительности и специфичности EPDS в различных исследованиях варьировались от 65% до 100% и от 49% до 100%, соответственно [47]. Авторы заключают, что большинство работ показали достаточно высокую чувствительность Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии [47].

Большая часть отечественных исследований, применявших Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии, проводила оценку вероятности развития ПРД (послеродовая депрессия), используя пороговый балл от 10 до 13 баллов [16, 21]. Прогностическая ценность шкалы, ее чувствительность и специфичность для российских женщин были определены в исследовании Шаманиной М. В. и Мазо Г. Э. и составили - 26%, 75% и 68% соответственно [10].

1.5 Методы коррекции аффективных расстройств послеродового периода

К классическим методам лечения депрессивных расстройств послеродового периода относят психотерапию и лекарственную терапию.

Согласно данным обзорной статьи M. Miniati и соавт. (2014) индивидуальная и групповая межличностная психотерапия являются перспективными методами лечения для матерей страдающих послеродовой депрессией [73]. Данные клинических испытаний свидетельствуют о том, что применение в монотерапии (или в сочетании с антидепрессантами) психотерапевтических методик может сократить продолжительность депрессии послеродового периода, а также продлить время, проведенное в клинической ремиссии [25, 61, 73].

К лечению антидепрессантами рекомендуют прибегать только в случае неэффективности психотерапевтического и других методов лечения, или в случае тяжелой степени выраженности депрессивной симптоматики. Обусловлено это тем, что большинство лекарственных препаратов попадают в грудное молоко матери, опосредовано влияя на ребенка. Вопрос о том, насколько выраженным является это влияние остается спорным.

В литературном обзоре Jan Øystein Berle и соавт. (2011) показано, что воздействие антидепрессантов на младенцев через грудное молоко, колеблется от низкого до очень низкого. В связи с этим исследователи считают, что терапия антидепрессантами не является показанием к прекращению грудного вскармливания [63]. В более современных исследованиях G. Schoretsanitis и соавт. (2019), проведенных на 17 женщинах, получавших антидепрессивную терапию в период грудного вскармливания, были получены данные свидетельствующие о том, что грудное вскармливание при лечении антидепрессантами постоянно подвергает детей воздействию измеримыми концентрациями лекарств, что может повлиять на развитие ребенка [92]. Для оценки рисков назначения лекарственных препаратов кормящим матерям, в работе S. Gentile (2007г) предложено использовать «индекс безопасности грудного вскармливания младенцев и антидепрессантов», который оценивает частоту и степень тяжести нежелательных явлений у детей, матери которых получали терапию антидепрессантами во время грудного вскармливания. Индекс основан на числе сообщений о нежелательных явлениях у детей, подвергшихся воздействию антидепрессантов, через грудное молоко матери [52]. В соответствии с этой классификацией, препаратами выбора считают сертралин и пароксетин. Согласно мнению автора, именно их следует рассматривать как препараты первого ряда у женщин, которым необходимо начать лечение антидепрессантами в послеродовом периоде и которые хотят продолжать кормление грудью. Однако каким бы не было мнение исследователей в вопросе применения антидепрессантов, все они сходятся в том, что, столкнувшись с необходимостью назначить антидепрессанты в послеродовом

периоде, крайне важно оценивать каждую диаду матери и ребенка в индивидуальном порядке [73].

Помимо лекарственных методов лечения существует множество вариантов немедикаментозного воздействия на эмоциональный фон женщин, кормящих грудью. Согласно научным данным, правильное питание и достаточное потребление разнообразных питательных веществ может снизить риск возникновения послеродовой депрессии на 50% [37]. В работе А.М. Hvas и соавт. (2004) показано, что снижение витамина В6 может быть вовлечено в процесс развития послеродовой депрессии [62], а в исследовании J.R. Hibbeln (2002) показано, что увеличение потребления морепродуктов, содержащих большое количество Омега-3 жирных аминокислот, может снижать выраженность тревожно-депрессивных симптомов [58]. В исследовании E.V. Gur и соавт. (2014) выявлено, что существует отрицательная корреляция между уровнем витамина D и показателями выраженности послеродовой депрессии [54]. Также большое значение придается балансу микроэлементов, исследователи предполагают, что значимую роль в возникновении тревожно-депрессивных расстройств играет снижение потребления цинка и селена. Обусловлено это тем, что цинк влияет на метаболизм серотонина в организме, а селен связан с функцией щитовидной железы [45, 71, 93]. Все перечисленные выше витамины, аминокислоты и микроэлементы содержатся в продуктах питания, поэтому правильно подобранная диета может предупредить развитие или снизить выраженность симптомов послеродовой депрессии [3].

В настоящее время особую актуальность получили исследования, направленные на изучение связи между микробиотой кишечника и возникновением депрессивной симптоматики. В работе J.R Kelly и соавт. (2016), посвященной этому вопросу, было показано, что пересадка крысам микробиоты кишечника от пациентов с тяжелым депрессивным эпизодом, вызвала у животных-реципиентов поведенческие и физиологические особенности характерные для депрессии, в том числе ангедонию и тревожное поведение [64].

Предполагается, что участие алиментарного фактора - рациональная диета, через комплекс биохимических процессов, микробиоты кишечника, будет приводить к редукции аффективных расстройств [49].

Также существует ряд исследований, посвященных влиянию физической активности на уменьшение симптомов депрессии. В работе I.N. Nordhagen и соавт. (2002) определена связь между количеством физической нагрузки и выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики. Выявлено, что женщины, которые физически активны во время беременности, имеют более низкие баллы по тесту, измеряющему симптомы депрессии во время беременности и после родов [83]. Кроме того, по данным некоторых литературных источников, физические нагрузки могут оказывать эффект, сопоставимый с лекарственными препаратами [43].

Проблема аффективных расстройств послеродового периода и их изучения остается одной из актуальных для современной психиатрии. Это связано с их высокой распространенностью, социальной значимостью и влиянием на здоровье, как матери, так и ребенка. Существует множество исследований, посвященных взаимосвязи между возникновением послеродовой депрессии и психическими, акушерскими, биологическими, социальными и другими факторами. Однако нет единой точки зрения относительно того какие факторы риска являются ключевыми в развитии аффективных расстройств послеродового периода. Поэтому необходимы дальнейшие исследования с целью выявления факторов риска, предрасполагающих к возникновению послеродовой депрессии.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика клинического материала

С октября 2019г. по июнь 2020г. проведено наблюдательное проспективное клиническое исследование женщин послеродового периода. В исследование включались женщины старше 18 лет, находящиеся в послеродовом акушерском отделении «Городской клинической больницы им. С.С. Юдина ДЗМ» на 0- 3 день после родов. В исследование не включались пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, шизофренией и шизоаффективными психозами, тяжелой соматической патологией, пациенты, страдающие алкоголизмом, наркоманией и/или токсикоманией (в отсутствии ремиссии менее 6 месяцев).

Перед включением в исследование все женщины получили разъяснения потенциальных рисков, а также подписали информированное согласие. Исследование было одобрено на заседании Локального комитета по этике Сеченовского Университета.

Данные клинического осмотра вносились в оригинальную карту обследования (Приложение), включающую:

- Демографические параметры (пол, возрастной состав, образование, семейное положение, количество детей, вид занятости, жилищные условия (состояние жилья, количество жильцов));
- клинико-anamnestические характеристики (наследственная отягощенность по психической и соматической патологии, перинатальная патология, невротические реакции в детском возрасте, расстройства личности, органические факторы, хронические соматические заболевания, табакокурение, длительные периоды снижения настроения и тревоги до и во время текущей беременности);
- психологические факторы риска (насилие со стороны партнера, нежелательная беременность, нежеланный пол ребенка, супружеская

дисгармония, внутриличностный конфликт, связанный с текущей беременностью, психотравмирующие ситуации во время беременности);

- акушерско-гинекологический анамнез (характер менструации, тяжесть предменструального синдрома, метод предохранения, количество родов, наличие аборт и выкидышей в анамнезе, гинекологические заболевания, патология текущих беременностей и родов, метод родоразрешения, перинатальный статус ребенка, грудное вскармливание);

- соматический и психический статусы на 0-3 день после родов и в течение 6-ти месяцев наблюдения (в том числе на фоне терапии);

- данные психометрических шкал на 0-3 день после родов и в течение 6-ти месяцев наблюдения.

В соответствии с критериями отбора в исследование были включены 150 женщин, средний возраст $29,4 \pm 5,0$ лет, с последующим катamnестическим прослеживанием в течение 6-ти месяцев. 90% женщин состояли в браке; 79,3% имели постоянную занятость; 75,3% получили высшее образование, 20% - средне-специальное, 4,7% - общее среднее образование; 94,7% проживали в удовлетворительных условиях (Таблица 1).

Таблица 1 - Социально-демографическая характеристика выборки

Показатели	Абс	%
Средний возраст	29,4±5,0	
Семейное положение		
не состоит в браке	15	10%
состоит в браке	135	90%
Образование		
общее среднее	7	4,7%
среднее специальное	30	20%
высшее	113	75,3%
Трудовая занятость		
не работает	31	20,7%
работает	119	79,3%

Продолжение Таблицы 1

Условия проживания неудовлетворительные	8	5,3%
удовлетворительные	142	94,7%

2.2 Методы исследования

Психическое состояние женщин оценивалось с помощью клинических методов (клинико-психопатологический и клинико-катамнестический), позволяющих изучить клинико-психопатологическую структуру аффективных расстройств в послеродовом периоде, особенности их течения и факторы риска развития. Также была использована клиническая скрининговая методика в виде самоопросника, предназначенная для выявления депрессивных расстройств в послеродовом периоде (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS)). Для определения уровня аффективных и тревожных проявлений были использованы психометрические шкалы – шкалы объективной оценки депрессии (шкала оценки депрессии Монтогомери-Асберга (MADRS), оценки тревоги (шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A)).

Диагноз послеродовой депрессии устанавливался согласно критериям МКБ-10:

1. Депрессивное расстройство, связанное с послеродовым периодом (возникшие в течение 6 недель после родов).
2. Депрессивное расстройство не соответствуют критериям, применяемым к расстройствам, классифицированным в каких-либо других рубриках этого класса (это объясняется либо недостаточностью доступной информации, либо тем, что присутствуют дополнительные клинические проявления, что делает неуместной классификацию этих расстройств в каких-либо других рубриках)

Выраженность депрессивной симптоматики определялась в соответствии критериям МКБ-10, а также по шкале оценки тяжести депрессии MADRS – 15 баллов и менее соответствовало отсутствию депрессии, от 16 до 25 баллов –

легкой депрессии, от 26 до 30 - средней, выше 30 – тяжелой. Выраженность тревожной симптоматики определялась шкалой HAM-A: от 8 до 17 баллов соответствовало легкой тревоге, от 18 до 25 баллов - тревоге умеренной тяжести; от 26 до 30 баллов - тяжелой тревоге, свыше 30 баллов - крайне тяжелой тревоге.

Все женщины на 0-3 день после родов были осмотрены психиатром, также была использована клиническая скрининговая методика в виде самоопросника EPDS, которая указывала на вероятность развития аффективных расстройств послеродового периода. Согласно данным авторов шкалы EPDS, баллы от 9 до 13 свидетельствуют о высокой, более 80% вероятности развития послеродовой депрессии, баллы выше 13 говорят о 100% вероятности развития депрессивной симптоматики.

Затем женщины осматривались врачом психиатром с применением психометрических шкал каждые 2 недели в течение 6 месяцев наблюдения. При выявлении депрессии женщины осматривались еженедельно.

Все женщины с выявленной послеродовой депрессией прошли курс когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии. При необходимости в соответствие с клинической ситуацией назначалась психофармакотерапия. С помощью клинического метода и шкал MADRS и HAM-A проводился анализ результатов терапии в точках наблюдения – до начала лечения, еженедельно в течение первых 12-ти недель и каждые 2 недели в последующем. Проводилась оценка скорости редукции аффективной симптоматики, достижение ремиссии, определяемой с помощью клинического метода и психометрических шкал ($MADRS < 12$, $HAM-A < 8$). Состояние женщин без аффективной патологии также с применением клинических и психометрических методов оценивалось на момент включения в исследования и в течение последующих месяцев.

2.3 Статистическая обработка материала

При статистической обработке данных применялся пакет компьютерных программ STATISTICA 10.0. Для математической обработки применялись

стандартные методы описательной и сравнительной статистики: критерий Манна-Уитни; критерий хи-квадрат Пирсона, W-критерий Уилкоксона, при малом объеме выборки (менее 5-ти человек) критерий Фишера; определение отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ) (сравнение качественных показателей). Для оценки взаимосвязи нескольких независимых переменных и зависимой переменной использована множественная линейная регрессия.

Для оценки качества алгоритма, который использует шкала EPDS был проведен ROC-анализ (англ. Receiver Operator Characteristic (curv)) с использованием характеристик площади под кривой ROC AUC (Area under ROC). Для оценки AUC применялась традиционная интерпретация значений: AUC <0,7 - низкая диагностическая точность, AUC 0,7–0,9 - умеренная диагностическая точность и AUC > 0,9 - высокая диагностическая точность [47]. По результатам ROC-анализа было определено оптимальное пороговое значение шкалы EPDS. По выбранной точке отсечения определены чувствительность, специфичность, прогностическая ценность шкалы EPDS.

Также были определены другие диагностические характеристики Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, такие как положительная прогностическая значимость (ППЗ), отрицательная прогностическая значимость (ОПЗ), отношение правдоподобия положительного результата (ОППР), отношение правдоподобия отрицательного результата (ОПОР) и диагностическая эффективность шкалы (ДЭ).

Для этого результаты шкалы на 0-3 день после родов (с пороговым значением в 10 баллов) были сопоставлены с оценкой, полученной при клинико-психопатологическом обследовании в течение 6 недель.

При сопоставлении результаты были разделены на 4 группы:

ИП – истинноположительные результаты (случаи установленного диагноза депрессии при балле по шкале EPDS равному 10 баллам или выше);

ЛП – ложноположительные результаты (случаи без аффективной патологии, но имеющие балл по шкале EPDS выше или равный 10 баллам);

ИО - истинноотрицательные результаты (случаи без аффективной патологии и с баллом по шкале EPDS ниже 10 баллов);

ЛО - ложноотрицательные результаты (случаи установленного диагноза депрессии, но имеющие балл по шкале EPDS ниже 10 баллов).

Расчет положительной прогностической значимости (ППЗ) проводился по формуле: $ППЗ = (ИП / (ИП + ЛП)) \times 100$. Расчет отрицательной прогностической значимости (ОПЗ) проводился по формуле: $ОПЗ = (ИО / (ИО + ЛО)) \times 100$.

Расчет ОППР (отношение вероятности положительного результата при наличии депрессии и вероятности положительного результата при отсутствии депрессии) проводился по формуле: $ОППР = (чувствительность/100) / (1 - (специфичность / 100))$. Отношение правдоподобия отрицательного результата (ОПОР), т.е. отношение вероятности отрицательного результата теста при наличии депрессии и вероятности отрицательного результата теста при отсутствии, было рассчитано по формуле: $ОПОР = (1 - (чувствительность/100)) / (специфичность / 100)$.

Диагностическая эффективность (ДЭ) или точность шкалы (т.е. общая вероятность того, что пациент будет правильно классифицирован) была рассчитана по формуле: $ДЭ = ((ИП+ИО) / (ИП+ИО+ЛП+ЛО)) \times 100$

Для определения значимости влияния выявленных факторов риска развития послеродовой депрессии был проведен дискриминантный анализ. Методика пошагового дискриминантного анализа заключается в процессе последовательного исключения переменных, обладающих наименьшей способностью дискриминировать группы (в исследуемой выборке группы женщин с послеродовой депрессией и без), таким образом в результате анализа остаются переменные, чей вклад в дискриминацию больше остальных. В анализ были включены 30 характеристик, в том числе социально-демографические, клиничко-анамнестические, психологические факторы риска, акушерско-гинекологический анамнез, а также значения шкалы EPDS. Максимальное частичное значение для исключения было задано $F = 2,71$. Для проверки гипотезы

о равенстве групповых средних использована лямбда Уилкса. Уровень значимости соответствовал $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Общая характеристика обследованных

При оценке клинико-anamnestических данных выявлено, что 26,6% женщин имели отягощенность по психической патологии и 74,6% по соматической патологии. Патология развития перинатального периода наблюдалась в анамнезе 10,6% женщин, невротические реакции в детском возрасте – у 6% (Таблица 2).

Таблица 2 - Клинико-анаместическая характеристика выборки. Психологические факторы риска

Показатели	Абс	%
Наследственная отягощенность по психической/соматической патологии	40 / 112	26.6%/74,6%
Перинатальная патология	16	10,6%
Невротические реакции в детском возрасте	9	6%
Расстройства личности	5	3,3%
Органические факторы	21	14%
Хронические соматические заболевания	6	4%
Табакокурение некурящие	117	78%
курящие, но бросившие до беременности	22	14,6%
курящие во время беременности	11	7,4%
Длительные периоды снижения настроения или выраженной тревоги до текущей беременности	61	40,7%
Длительные периоды снижения настроения или выраженной тревоги во время текущей беременности	56	37,3%
Насилие со стороны партнера	1	0,7%
Нежелательная беременность	9	6%
Нежеланный пол ребенка	4	2,7%

Продолжение Таблицы 2

Супружеская дисгармония	14	9,3%
Внутриличностный конфликт, связанный с текущей беременностью	4	2,7%

Лишь 3,3% женщин обнаруживали расстройства личности, во всех случаях не достигающие уровня психопатии. Органические факторы, такие как перенесенные ЧМТ, наркоз, инфекционная или сосудистая патология головного мозга, была выявлена у 14% женщин. Большая часть исследуемых женщин (78%) не курила, 14,6% бросили курить до беременности. Лишь 7,4 % женщин продолжали курить во время беременности (Таблица 2).

Около 40,7% обследуемых сообщали о длительных, более недели, периодах снижения настроения или тревоги в анамнезе, и 37,3% - о периодах снижения настроения или тревоги во время текущей беременности (Таблица 2).

Были рассмотрены психологические факторы риска. Лишь малая часть женщин подтверждали факт насилия со стороны партнера или нежелательности беременности (0,7% и 6% соответственно). 9,3% сообщали о супружеской дисгармонии. У 16% отмечались психотравмирующие ситуации во время текущей беременности (Таблица 2).

3.2 Анализ психопатологической структуры аффективных расстройств послеродового периода

На 0-3 день после родов была проведена клинико-психологическая оценка состояния женщин и психометрическая оценка исследуемых по трем шкалам. Средний балл по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии составлял $6,4 \pm 4,1$ балла. У 30,6% исследуемых балл по Эдинбургской шкале был равен 9 баллам или выше, что соответствовало пороговому значению высокой вероятности развития послеродовой депрессии.

По шкале оценки депрессии Монтгомери–Асберга на 0-3 день после родов средний балл составил $5,6 \pm 5,1$ баллов для всей выборки. Наличие депрессии

(MADRS ≥ 16) было выявлено у 14 женщин (9,3%). Средний балл по шкале оценке тревоги Гамильтона составил – $2,7 \pm 3,8$. Лишь у 12,0% женщин были выявлены единичные симптомы тревоги, не достигавшие уровня тревожного расстройства.

При клинико-психопатологической оценке женщин, в течение 6-ти недель после родов клиническая депрессия выявлена у 11,3%. 94,1% из них были легкими, и 5,9% - средней степени тяжести (Рисунок 1). В исследуемой выборке не было выявлено синдромологически очерченного тревожного расстройства.

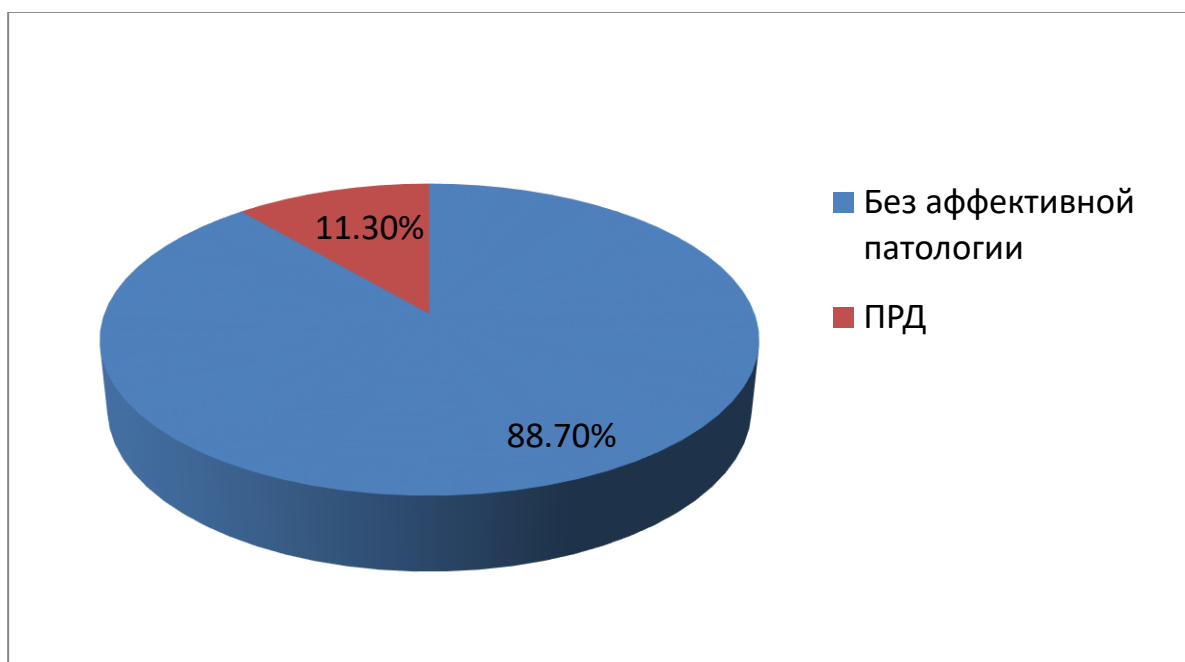


Рисунок 1 - Клиническая депрессия, выявленная у женщин в послеродовом периоде (6 недель после родов)

Женщины с послеродовой депрессией преимущественно жаловались на сниженное настроение (100,0%), тревогу (64,7%), нарушения сна (52,9%), утомляемость (52,9%) и страхи, в основном касающиеся здоровья ребенка (58,8%). Реже наблюдались чувство вины (29,4%), ангедония (29,4%), плаксивость (29,4%). Только 17,6% жаловались на периодически возникающее чувство неглубокой тоски.

Был проведен сравнительный анализ выраженности симптомов, полученной при оценке шкалой MADRS, в группах с послеродовой депрессией и без. Показатели выраженности симптомов статистически значимо отличались между группами. Наиболее высокие значения в группе депрессивных больных были получены для симптомов тревоги ($2,64 \pm 0,49$), гипотимии ($2,23 \pm 0,44$), нарушений сна ($2,17 \pm 0,39$), концентрации внимания ($2,05 \pm 0,66$) и повышенной утомляемости ($1,94 \pm 0,65$) (Рисунок 2).

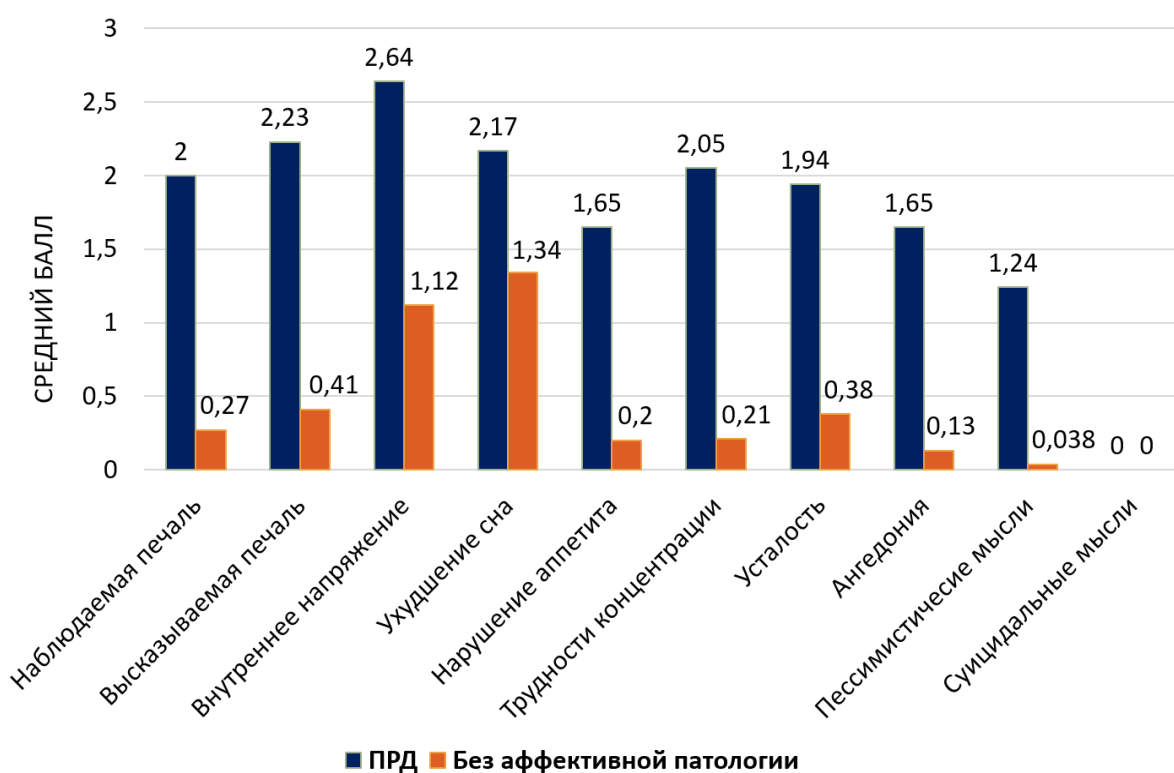


Рисунок 2 - Распределение депрессивных симптомов по шкале MADRS по группам

Тревожные переживания и нарушения сна были характерны также и для родильниц без депрессии, однако сравнение их выраженности при психометрической оценке с группой женщин с депрессией достигало статистически значимой разницы (тревога - $1,28 \pm 0,56$ и $2,64 \pm 0,89$, соответственно, $p < 0,05$; нарушения сна - $1,34 \pm 0,74$ и $2,17 \pm 0,39$, соответственно, $p < 0,05$), отражая психопатологическую структуру депрессивного синдрома (Рисунок 2).

При оценке по шкале тревоги Гамильтона в группе с депрессией на 0-3 день после родов был выявлен значимо более высокий средний балл - $10,58 \pm 3,48$ баллов (по сравнению с $1,78 \pm 2,42$ в группе без депрессии, $p < 0,05$), что соответствует уровню легкой тревоги (Рисунок 3). Однако при клинико-психопатологическом обследовании женщин послеродового периода и в течение последующих 6 месяцев наблюдения синдромологически очерченного тревожного расстройства выявлено не было.

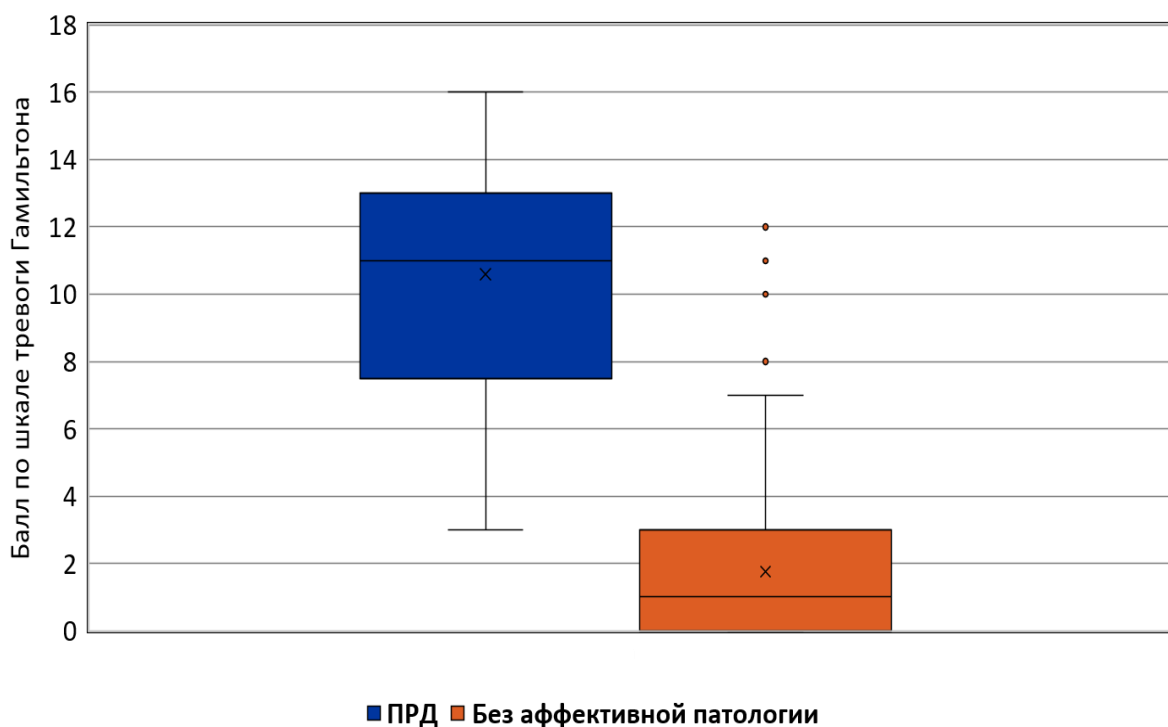


Рисунок 3 - Сравнение между группами среднего балла по шкале тревоги Гамильтона

Клинический случай. Больная Т., возраст 39 лет, по профессии медицинская сестра. В настоящее время находится в декретном отпуске. Из анамнеза известно, что наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в деревне Иваново Московской области. Раннее развитие в соответствии с возрастом. Родители трудились на заводе. Мать по характеру добрая, заботливая, хозяйственная, трудолюбивая, глава семьи. Отец тихий,

спокойный, немного замкнутый, злоупотреблял алкоголем. Есть младшая сестра (разница в четыре года) веселая и доброжелательная, «характером пошла в маму». Больная же наоборот больше походила на отца: росла ранимым, обидчивым, мнительным ребенком, склонным держать все переживания в себе. Сначала семья жила в доме бабушки и дедушки по материнской линии. Но, когда больной было четыре года, они переехали в отдельную квартиру. Больная быстро адаптировалась на новом месте, нашла друзей. В детский сад пошла с 5-ти лет. Посещать его не любила, так как болезненно воспринимала замечания в свой адрес от одной из воспитательниц. В школу пошла с 7-ми лет. С коллективом отношения были холодными, так как «класс не был дружным». Больная отмечает, что, в силу свойственной ей стеснительности, всегда с трудом находила контакт с людьми, хотя находиться среди людей, ей нравилось. Училась хорошо, но без особого удовольствия. Лучше давались гуманитарные науки. После 8-го класса оставила школу, и по совету матери, поступила в медицинское училище в МОНИКИ. Училась с удовольствием, появились хорошие друзья. На третьем курсе (18 лет) встретила молодого человека, который стал за ней ухаживать. Влюбилась в него. После окончания обучения вышла замуж. Устроилась работать медсестрой в одной из Московских поликлиник. Через год забеременела и уволилась, так как трудно было добираться на работу на электричке. Первый и второй триместры беременности протекали без осложнений. Больная была очень рада своему будущему ребенку, ждала его. Но на восьмом месяце у нее ухудшился сон. Из-за «трудностей с засыпанием», стали возникать колебания настроения, раздражительность, плаксивость. Роды естественным путем, длительные, тяжелые. Ребенок родился здоровым. Первое время после родов настроение оставалось несколько сниженным, периодически возникала тревога за здоровье сына, ощущение, что она плохо справляется с материнскими обязанностями. Однако продолжала ухаживать за ребенком, с удовольствием проводила с ним время, кормила грудью. Состояние улучшилось самостоятельно в течение недели, к врачам не обращалась. После выписки из больницы

проживала у матери. Та очень помогала ей с уходом за ребенком, поддерживала. Когда мальчику исполнилось три месяца, семья переехала на квартиру мужа. Состояние оставалось стабильным, фон настроения ровным, с удовольствием заботилась о ребенке, кормила грудью до 1 года. Через 3 года после родов больная устроилась медсестрой в военный госпиталь. С работой справлялась, с удовольствием находясь в коллективе. В 2009г. больная была уволена в связи с сокращением штатов. Но вскоре устроилась на работу в реабилитационный центр санатория. На новом месте адаптировалась не сразу, но вскоре нашла общий язык с коллективом и все наладилось. В возрасте 38 лет забеременела повторно. Беременность протекала нормально, до середины третьего триместра, когда у больной вновь начались проблемы со сном, колебания настроения. Пациентка опасалась рожать самостоятельно, поэтому роды провели путем кесарева сечения. На следующий день ей впервые показали малыша, и как только она взяла его на руки, в голове появились тревожные мысли о здоровье сына, внутреннее беспокойство, ощущение, что в «этот раз она не справится». С этого момента мысли о возможном неблагополучии ребенка стали постоянно посещать больную, несколько снизилось настроение, появилась плаксивость, раздражительность. После выписки из больницы из-за болезненных ощущений в области шва от кесарева сечения испытывала трудности при уходе за младенцем, винила себя в этом. Настроение оставалось сниженным, усилилась тревога, обратилась в клинику.

Соматический статус: Повышенного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: ритм правильный, тоны чистые. ЧСС 85 в мин. АД 120/75 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, в нижней трети живота послеоперационный рубец. Печень не пальпируется. Дизурических расстройств нет.

Неврологический статус: зрачки округлой формы, равновеликие. Аккомодация и конвергенция сохранены. Носогубные складки сглажены

равномерно. ЧМН - норма. Сухожильные рефлексы оживлены равномерно. Координаторные пробы выполняет четко. В позе Ромберга устойчива.

Результаты соматического обследования

Общий и биохимический анализы крови, анализ мочи - в пределах допустимых значений.

ЭКГ: ЭОС расположена горизонтально. Ритм синусовый, правильный. Нерезко выраженные изменения миокарда.

Психический статус: пациентка самостоятельно, уверенной походкой проходит для беседы, присаживаясь на стул, прячет ладони между коленями. Внешний вид аккуратный, выглядит несколько старше паспортного возраста, взгляд тревожный. Ориентирована правильно в месте, времени и собственной личности. В начале беседы на вопросы отвечает коротко, информацию дает очень скупо, голос тихий. В процессе становится спокойнее, общительнее, охотно рассказывает анамнестические данные. Отмечает, что после первых родов, тоже «часто плакала, переживала из-за сына, но это быстро прошло». С улыбкой говорит, что «оба ребенка желанные, долго с мужем планировали второго, готовились». Сообщает, что «как только взяла ребенка на руки тут же возникло беспокойство-он же такой маленький, беззащитный, не дай бог с ним что-то случится». Со слезами рассказывает, что «сейчас заботиться о нем тяжело, все тело болит, в особенности шов, кажется, что я плохо со всем справляюсь». Замечает, что «сам ребенок приносит только радость, но не могу не думать о его самочувствии, особенно, когда он плачет». Фон настроения несколько снижен, тревожна, ищет помощи. Рассказывает, что «кормит грудью, не хочет отказываться от грудного вскармливания». Обманов восприятия и суицидальных мыслей не выявлено. Критична к своему состоянию.

Психометрическая оценка: EPDS (на 0-3 день после родов) – 18 баллов, MADRS – 18 баллов, HAM-A - 13 баллов.

Заключение экспериментально-психологического обследования:

Данных за нарушения таких психических функций, как память и внимание не получено. Исследование мыслительной деятельности выявляет, что операции анализа, синтеза, обобщения сохранены. Мотивационный компонент сохранен. Личностные качества обследуемой определялись интравертированностью в сочетании с тревожностью и склонностью к сомнениям и неуверенностью в себе.

Лечение: Больной проведен курс когнитивное – поведенческой психотерапии.

Динамика психического состояния: на фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось: выровнялся фон настроения, уменьшилась тревога, практически прошли безосновательные опасения за здоровья ребенка.

Заболевание манифестировало, а в последующем и обострилось на фоне беременности у личности с чертами интроверсии и тревожной мнительности. Ухудшился ночной сон, появилась плаксивость, тревога. В последующем, состояние улучшилось самостоятельно. Возобновление симптоматики произошло вновь на восьмом месяце второй беременности, что может указывать на внутренний биологический механизм в патогенезе синдрома.

Оба эпизода сниженного настроения были связаны с процессом беременности и родов, к тому же после первой беременности депрессивная симптоматика редуцировалась самостоятельно в течение первой недели после родов, не достигнув уровня клинической депрессии. Также следует принять во внимание, что в течение последующей жизни, до текущей беременности, не было периодов сниженного настроения или выраженной тревоги.

Диагноз: послеродовая депрессия F53.00

3.3 Сравнительной анализ характеристик женщин с послеродовой депрессией и без аффективной патологии

При сравнительном анализе социо-демографических характеристик не было выявлено различий по возрасту ($p=0,44$), семейному положению ($p=0,26$), уровню образования ($0,72$) и трудовой занятости ($p=0,74$) (Таблица 3).

Таблица 3 - Сравнение характеристик в группах с послеродовой депрессией и без аффективной патологии

Показатели	Послеродовая депрессия (абс; %) n=17 (100%)	Без аффективной патологии (абс; %) n=133 (100%)	Значимость отличий, p
Средний возраст	28,3 ($\pm 5,31$)	29,5 ($\pm 5,0$)	$p=0,44$
Высшее образование/отсутствие высшего образования	10 (58,8%)/ 7 (41,2%)	84 (63,2%)/ 49 (36,8%)	$p=0,72$
работает/не работает	3 (17,6%)	28 (21,0%)	$p=0,74$
Замужем /не замужем	14 (82,4%)/ 3 (17,6%)	121 (90,9%)/ 12 (9,1%)	$p=0,26$
Патология беременности у матери	3 (17,6%)	13 (9,8%)	$p=0,32$
Сопутствующие заболевания	2 (11,7%)	4 (3,0%)	$p=0,08$
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	4 (23,5%)	36 (27,0%)	$p=0,75$
Периоды сниженного настроения или тревоги в анамнезе	10 (58,8%)	42 (31,6%)	$p<0,05$
Супружеская дисгармония	1 (5,8%)	13 (9,8%)	$p=0,6$
Насилие со стороны партнера	0 (0%)	1 (0,8%)	$p=0,71$
Нежелательная беременность	3 (17,6%)	6 (4,5%)	$p<0,05$

Продолжение Таблицы 3

Периоды сниженного настроения или тревоги во время текущей беременности	13 (76,5%)	43(32,3%)	$p<0,001$
Нежеланный пол ребенка	1 (5,8%)	3 (2,3%)	$p=0,38$
Психотравмирующие ситуации во время текущей беременности	7 (41,2%)	17 (12,8%)	$p<0,001$
Внутриличностный конфликт	1 (5,8%)	3 (2,3%)	$p=0,38$
Курение табака во время беременности	3 (17,6%)	8 (6,0%)	$p=0,08$
Физическая активность	6 (35,3%)	26 (19,5%)	$p=0,13$
Здоровое питание	7 (41,2%)	38 (28,6%)	$p=0,28$
Предменструальный синдром	15 (88,2%)	96 (72,2%)	$p=0,15$
Характер менструации:			
нерегулярные	3 (17,6%)	9 (6,8%)	$p=0,12$
обильные	4 (23,5%)	28 (21,0%)	$p=0,81$
болезненные	4 (23,5%)	80(60,2%)	$p=0,19$
Гинекологические заболевания	2 (11,8%)	7 (5,3%)	$p=0,28$
Выкидыши	2 (11,8%)	15 (11,3%)	$p=0,95$
Искусственное прерывание беременности	2 (11,8%)	19 (14,3%)	$p=0,77$
Патология текущей беременности или родов	12(70,6%)	30 (22,6%)	$p<0,001$
Первые роды	9 (52,9%)	66 (49,6%)	$p=0,79$
Метод родоразрешения; естественные роды/ кесарево сечение	6(35,3)/ 11(64,7%)	87(65,4)/ 46 (34,6%)	$p<0,01$
Перинатальный статус ребенка (<7 баллов шкале Апгар)	7 (41,2%)	17 (12,8%)	$p<0,001$
Вид вскармливания; искусственное/грудное	10 (58,8%)/ 7 (41,2%)	27(20,3%)/ 106(79,7%)	$p<0,001$

При сравнительном анализе клинико-anamnestических характеристик не было выявлено различий между женщинами по факту наличия патологии

беременности у матери ($p=0,32$) или наследственной отягощенности психическими заболеваниями ($p=0,75$). Доля женщин с сопутствующими соматическими заболеваниями была выше в группе с послеродовой депрессией по сравнению с группой без аффективной патологии (11,7% и 3,0%, соответственно); уровень значимости составил 0,08 (Таблица 3).

Было выявлено влияние таких факторов как длительные периоды снижения настроения и тревоги в анамнезе и во время текущей беременности ($p<0,05$ и $p<0,001$, соответственно). Периоды сниженного настроения и/или тревоги в анамнезе, или во время текущей беременности значимо чаще встречались в группе женщин с депрессией (Рисунок 4).

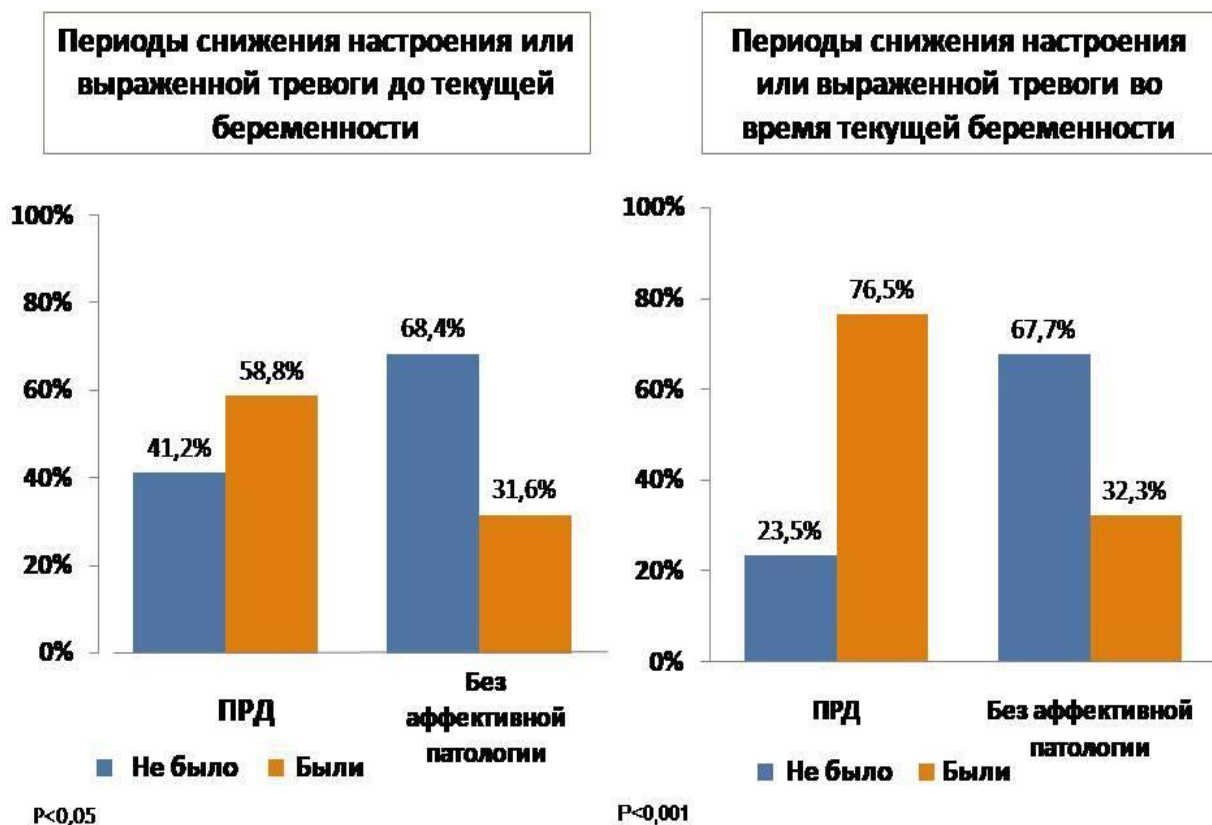


Рисунок 4 - Факторы риска, влияющие на развитие послеродовой депрессии (периоды сниженного настроения или тревоги в анамнезе, периоды сниженного настроения или тревоги во время текущей беременности)

При оценке групп по социально-психологическим характеристикам не было выявлено влияния таких факторов, как насилие со стороны партнера ($p=0,71$),

нежеланный пол ребенка ($p=0,38$), супружеская дисгармония ($p=0,60$), внутрисемейный конфликт ($p=0,38$), связанный с текущей беременностью, а также физическая активность и правильное питание ($p=0,13$ и $p=0,28$, соответственно) (Таблица 3).

У женщин, продолжавших курить во время беременности, послеродовая депрессия развивалась чаще, чем у некурящих женщин; уровень значимости отличий составил 0,08.

Влияние оказывали такие факторы риска, как нежелательная беременность и психотравмирующие ситуации во время беременности ($p<0,05$ и $p<0,001$, соответственно) (Рисунок 5).

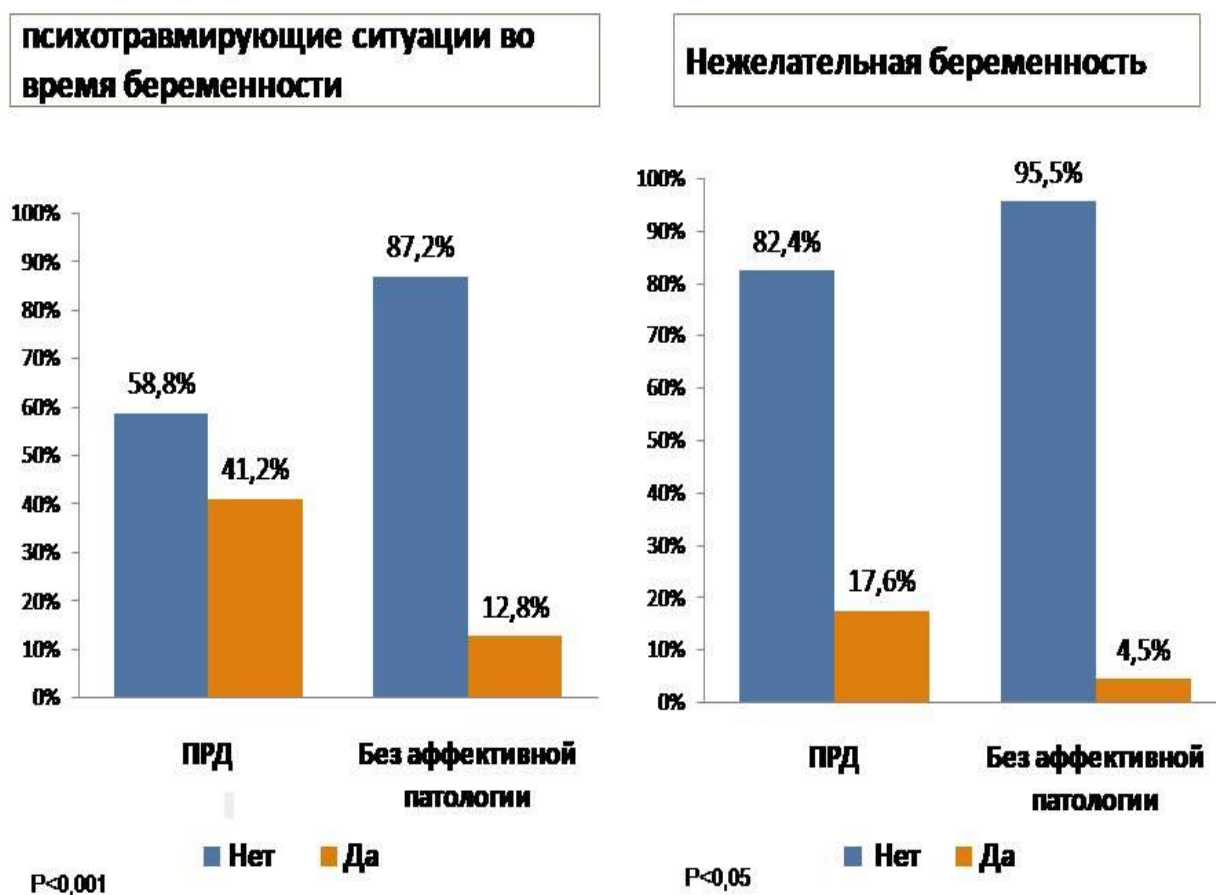


Рисунок 5 - Факторы риска, влияющие на развитие послеродовой депрессии (психотравмирующие ситуации во время текущей беременности, нежелательная беременность)

Клинический случай. Клинический случай: Больная М., 24 года, в настоящее время не работает, находится в декретном отпуске. Анамнез (со слов пациентки, сестер пациентки, данным мед. документации). Бабушка со стороны матери была по характеру неуравновешенной, раздражительной, проявляла вспышки немотивированной агрессии по отношению к окружающим, родной брат матери больной покончил жизнь самоубийством, тетя больной по линии матери многократно лечилась по поводу депрессивных приступов, сестра близнец больной наблюдалась у врача психиатра по поводу сниженного настроения.

Больная родилась в Грузии, в семье военных. Мать по характеру ворчливая, раздражительная, педантичная. Отец наоборот, мягкий, незлобивый, добродушный. Есть две сестры: старшая (на 9 лет) и сестра-близнец. Отец больной злоупотреблял алкоголем, на этой почве в семье часто возникали скандалы. Родители из-за занятости на работе практически не занимались воспитанием младших девочек и переложили все заботы о них на старшую сестру, которая по характеру была педантичная, ответственная, строгая. Раннее развитие больной протекало без особенностей. Росла активной и энергичной, была заводилой в их с сестрой играх. В детском саду общалась в основном с сестрой, с которой они были «не разлей вода». Когда больной было 7 лет, семья переехала в Калининград, где девочки пошли в школу. Учиться близнецам не нравилось. Так как школа была далеко от дома, они много прогуливали, не учили уроков. С одноклассниками практически не общались. К концу 9 класса ситуация обострилась и девочек практически выгнали из школы. Но тут вмешалась старшая сестра и уговорила руководство дать близнецам закончить 9 классов, после чего настояла на их поступлении в сельскохозяйственный техникум по специальности бухгалтер. После поступления девочки переехали жить в общежитие. В техникуме сестрам учиться нравилось. Они занимались самодеятельностью, участвовали в спектаклях, завели большое количество знакомых. После окончания техникума, на время зимних праздников, они с сестрой устроились работать продавцами-консультантами в магазин одежды, но после спада предпраздничных продаж одну

из девушек попросили уйти. Больная уступила эту должность сестре, а сама перешла работать в продуктовый магазин. Вместе с ней в отделе спиртных напитков работал молодой человек, к которому больная почувствовала симпатию. Через некоторое время они стали встречаться. Отношения продолжались в течение года, но потом «чувства остыли» и молодые люди разошлись. В продуктовом магазине больная проработала около года и перешла на должность продавца-консультанта в парфюмерный бутик. Там оставалась в течение 2-х лет, а после перешла на ту же должность, но в сеть магазинов где работала сестра, чтобы быть «ближе к ней». В это время родители больной переехали жить в Минск, а старшая сестра уже жила в Москве. Близнецы остались в Калининграде вдвоем. Больная, работая вместе с сестрой в парфюмерном магазине, параллельно пошла, учиться на бармена. После обучения устроилась на работу в ночной клуб. Работать в клубе девушке очень нравилось, вокруг было много интересных людей, событий. В течение полугода больная работала на двух работах одновременно. Было очень тяжело «ночь не спать, а потом опять на работу», поэтому больная ушла с работы в магазине и осталась в ночном клубе. В 2017 г познакомилась в интернете с молодым человеком. Сначала больная стала с ним переписываться, потом решила встретиться. Молодой человек дарил больной цветы, подарки, говорил комплементы. Завязался роман. В это время сестра-близнец больной переезжает в Москву к старшей сестре, а больная остается в Калининграде. Молодые люди стали снимать совместно комнату. Через 1,5 года (2019 году) после встречи больная внепланово забеременела. Ребенка решила оставить, тем более что отец ребенка, обещал его признать и жениться на больной. Беременность протекала тяжело. Была угроза выкидыша, больная несколько раз лежала на сохранении. Но, несмотря на это, продолжала работать в ночном клубе, так как молодой человек не оказывал финансовой поддержки. Рожать уехала к сестре в Москву. Отец ребенка должен был приехать на роды. На 41 недели у плода развилась гипоксия и асфиксия, пришлось проводить экстренное кесарево сечение. Новорожденный получил низкие баллы по шкале

Апгар. Поэтому ребенок остался под присмотром в больнице после выписки матери. Отец ребенка так и не приехал, поэтому больная записала девочку на свое имя, как мать-одиночка. Больная все время сильно переживала за жизнь и здоровье дочери. На фоне этих событий стала ощущать тоску, тревогу, нежелание ничего делать. Чувствовала себе плохой матерью, плохой женой, плохой хозяйкой. Обратилась за помощью.

Соматический статус: больная правильного телосложения. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: ритм правильный, тоны чистые. ЧСС 80 в мин. АД 100/ 60 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в точке проекции желчного пузыря. Печень не пальпируется. Дизурических расстройств нет.

Неврологический статус: зрачки округлой формы, равновеликие. Аккомодация и конвергенция сохранены. Носогубные складки сглажены равномерно. ЧМН - норма. Сухожильные рефлексы оживлены равномерно. Координаторные пробы выполняет четко. В позе Ромберга- устойчива.

Результаты соматического обследования:

Общий и биохимический анализы крови – без отклонений от нормы, анализ мочи в пределах допустимых значений.

ЭКГ: положение ЭОС сердца вертикальное. Ритм синусовый.

Психический статус: больная аккуратно одета и причесана. Спокойно вступает в беседу. Выражение лица печальное, легко плачет, особенно при рассказе о состоянии ребенка, взаимоотношениях с мужем. Самооценка снижена: считает, что плохая мать, никому не нужна, в тягость своим сестрам, нелюбима супругом. Жалуется на сниженное настроение, постоянные сомнения в правильности своих действий, принятии решений. Говорит, что «переживаю из-за дочери, особенно тяжело было в первые дни», «врачи, конечно, говорят, что с ней все в порядке и такое часто бывает, но все равно страшно». В беседе выражает сомнения, в любви мужа. Суицидальные мысли отсутствуют, бредовых идей не

высказывает, обманов восприятия не выявлено. Считает свое состояние болезненным.

EPDS (на 0-3 день после родов) – 21 баллов, MADRS – 22 баллов, HAM-A - 10 баллов

Данные психологического обследования

Данных за нарушения таких психических функций, как память и внимание не получено. Исследование мыслительной деятельности выявляет, что операции анализа, синтеза, обобщения сохранены. Мотивационный компонент сохранен. Личностные особенности больной в период обследования определялись прежде всего интравертированностью, необщительностью, тревожностью. Настроение больной было пониженным, она чувствовала себя уставшей и слабой, стремилась к уединению, к ограничению контактов с окружающими, была фиксирована на неблагополучии в своей семье.

Лечение: Проведен курс рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии

Динамика психического состояния: на фоне проводимой терапии в состоянии больной отмечалась положительная динамика в виде уменьшения тревоги, внутреннего беспокойства, выравнивания настроения. Стала меньше переживать о здоровье ребенка, с удовольствием ухаживает и заботится о нем. Продолжает колебаться в вопросе, продолжать ли жить с отцом ребенка, который не оформляет ни своего отцовства, ни брак с ней, или остаться в Москве с сестрами и оставить его.

Заболевание развилось у пациентки из психически отягощенной семьи (родной брат матери больной покончил жизнь самоубийством, тетя больной по линии матери многократно лечилась по поводу депрессивных приступов, сестра близнец больной наблюдалась у врача психиатра по поводу сниженного настроения). Беременность была нежелательной, протекала тяжело, несколько раз была угроза выкидыша. Во время беременности пациентка постоянно испытывала стресс (из-за необходимости самостоятельно финансово себя обеспечивать,

отсутствия поддержки от родных и партнера). Во время беременности и после родов перенесла несколько психотравмирующих ситуаций (супруг не оказал поддержки, не приехал на роды, низкие баллы по шкале Апгар у ребенка). Также оказал влияние факт разлучения матери и младенца в раннем послеродовом периоде, невозможность кормить ребенка грудью.

Диагноз: послеродовая депрессия F53.0

Также были проанализированы акушерско-гинекологические факторы. Характер менструации, метод предохранения ($p=0,68$), наличие предыдущих беременностей, окончившихся абортom ($p=0,77$) или выкидышем ($p=0,95$), не влияли на вероятность развития депрессии. Не получено значимых данных о влиянии таких факторов, как первые роды ($p=0,79$), предменструальный синдром и наличие гинекологических заболеваний ($p=0,15$ и $p=0,28$, соответственно) (Таблица 3).

Выявлено достоверное влияние такого фактора как патология текущей беременности или родов ($p<0,001$). В группе женщин с послеродовой депрессией значимо чаще наблюдалось неблагополучное течение беременности и/или родов по сравнению с группой без аффективной патологии. На вероятность развития депрессии также влиял метод родоразрешения ($p<0,01$) – из графика видно, что в группе с послеродовой депрессией преобладает кесарево сечение (Рисунок 6).

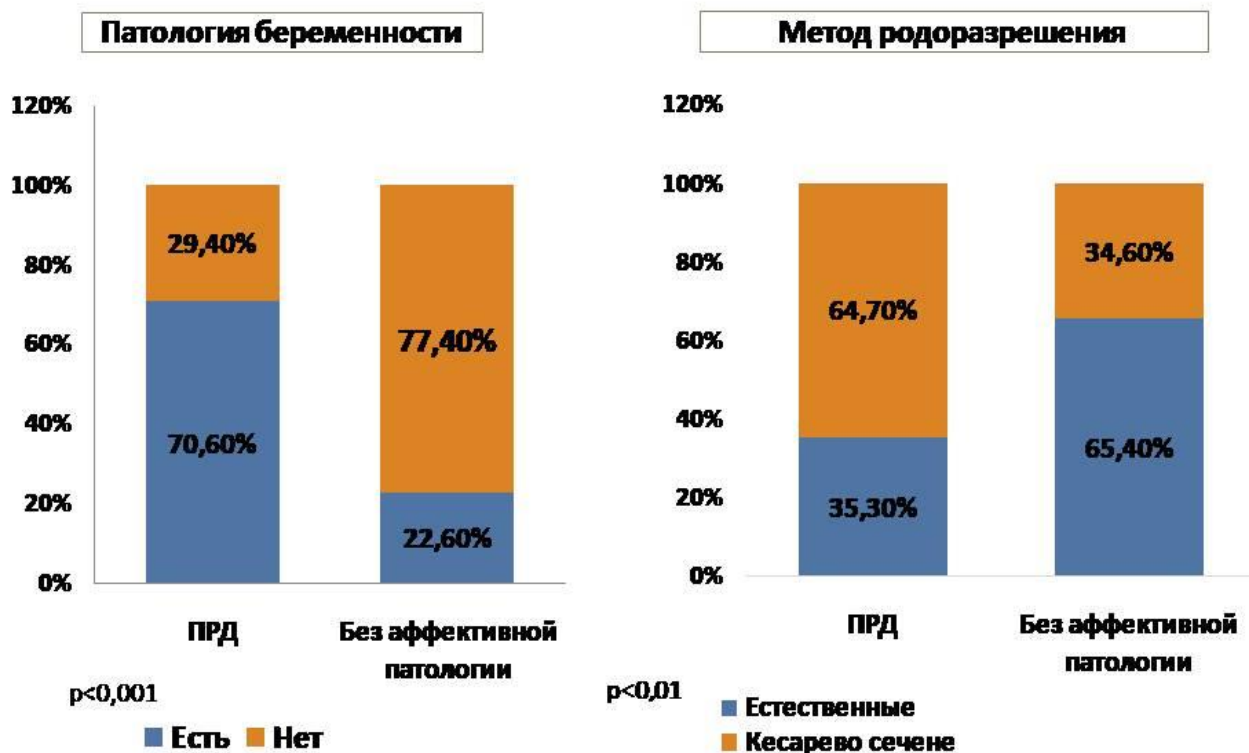


Рисунок 6 - Факторы риска, влияющие на развитие послеродовой депрессии (патология текущей беременности или родов, метод родоразрешения)

Клинический случай. Больная З., 28 лет. Анамнез: Наследственность психопатологически отягощена по обеим линиям. Бабушка по материнской линии была раздражительная, вспыльчивая, упрямая, склонна манипулировать окружающими. Злоупотребляла алкоголем, в состоянии алкогольного опьянения становилась агрессивной. Дед по материнской линии был веселый, добродушный, душа компании, злоупотреблял алкоголем. Мать тревожная, неуверенная в себе, нервная, по профессии бухгалтер, в настоящее время наблюдается у психиатра в связи со стойко сниженным настроением. Отец работает водопроводчиком, по характеру вспыльчивый, агрессивный, злоупотребляет алкоголем, в состоянии опьянения мог прибегать к насилию по отношению к жене. Сестра-близнец по характеру веселая, общительная, активная, остроумная, однократно перенесла депрессивный эпизод, лечилась у психиатра с положительным эффектом.

Больная родилась в срок от многоплодной беременности, роды естественным путем. В раннем послеродовом периоде вместе с сестрой была госпитализирована в неонатальную реанимацию в связи с гипоксией, дефицитом массы тела, пневмонией. В течение первых лет жизни больная с сестрой наблюдались у педиатра. Дальнейшее развитие в соответствии с возрастными нормами. По характеру больная, в отличие от сестры была уравновешенной, спокойной, покладистой, ответственной, принципиальной. Со слов больной, отличалась «правдолюбием», «высокими моральными требованиями по отношению к себе». В детском возрасте некоторое время возникал страх темноты, казалось, что в темноте кто-то есть, просила родителей оставлять ночник или не закрывать дверь на ночь. Детский сад посещала, к новым условиям адаптировалась быстро, предпочитала общаться и играть с другими девочками. В возрасте 7 лет пошла в школу. Легко адаптировалась в коллективе, хотя большую часть времени стремилась проводить в обществе сестры. До 10 лет девочки с матерью проживали вместе с отцом. Из-за склонности отца к злоупотреблению алкоголем, вспыльчивого характера, в семье постоянно возникали ссоры, скандалы. Сестры сильно переживали из-за этого, часто плакали. Когда девочкам было по 10 лет, родители развелись. Вскоре мать повторно вышла замуж. Отчим по специальности дипломат, по характеру оказался человеком категоричным, жестким, ревнивым, обидчивым. После свадьбы семья уехала жить во Вьетнам, где девочки посещали школу при посольстве. Со слов больной, отчим запрещал видеться с отцом, препятствовал контактам с его семьей. Установил множество правил, исполнения которых неукоснительно требовал от девочек, если же сестры нарушали распоряжения, то он переставал с ними разговаривать. Больная испытывала страх перед отчимом, старалась избегать общения с ним, лишней раз не попадаться на глаза, не злиться, была прилежной и старательной ученицей, во всем пыталась слушаться родителей.

Менструации с 16 лет, цикл регулярный, установился сразу.

В возрасте 17 лет, в выпускном классе школы, больная влюбилась. Находилась в отношениях с молодым человеком около полугода, расстались по инициативе партнера. Переживала разрыв несколько недель, в этот период настроение было неустойчивым, ощущала себя «брошенной», «ненужной», часто плакала. Одновременно с золотой медалью окончила школу, успешно сдала экзамены в МГУ на филологический факультет, выполняла обязанности по дому. После начала учебы в ВУЗе легко адаптировалась в новом коллективе, завела друзей, училась с удовольствием, отлично успевала по всем предметам. После окончания университета работала по профессии, на работе «всегда была на хорошем счету» у руководства и среди коллег.

В возрасте 22 лет, на дружеской вечеринке встретила молодого человека, сразу же почувствовала симпатию к нему, влюбилась, стала регулярно с ним видеться, завязала отношения. Через некоторое время переехала жить к нему. Спустя полгода стала замечать, что партнер часто пренебрегает ей, «игнорирует ее чувства». Ощущала себя одинокой, «покинутой». Приблизительно через год совместного проживания (больной 23 года), рассталась с гражданским мужем из-за постоянных сложностей во взаимоотношениях. Чувствовала себя хорошо, настроение оставалось ровным. Продолжала успешно учиться и работать, получала второе высшее экономическое образование. В возрасте 25 лет встретила на работе мужчину «влюбилась с первого взгляда». В 2017 году вышла замуж. Супруг по характеру спокойный, ласковый, заботливый, во всем поддерживал больную. Отношения складывались теплые, доверительные. В 2018 году забеременела. Беременность протекала без патологии. Ребенок был желанным, больная с мужем ходили на курсы для беременных, слушали классическую музыку, чтобы «положительно влиять на развитие ребенка», занимались аптономией (наука об эмоциональном и психотактильном контакте между ребенком и его родителями и до, и сразу после его рождения). Родоразрешение путем кесарева сечения. После родов больную с ребенком разделили, поместили в разные палаты. Сильно беспокоилась о состоянии сына, переживала «как он, что с

ним». Боялась, что поскольку ребенка докармливают смесью, он не будет брать грудь. Хотела, как можно скорее выписаться из стационара домой, так как думала, что «дома все наладится». После выписки стала чувствовать тревогу «опасалась, что не сможет справиться с материнскими обязанностями», боялась находиться дома наедине с ребенком, просила, что бы кто-то из родственников всегда был рядом. При этом продолжала заботиться о младенце, самостоятельно его переодевала, купала. Кормила грудью. Обратилась в клинику.

Соматический статус: Нормостенического телосложения, достаточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски, нормальной влажности. В области нижней трети живота рубец после кесарева сечения. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. АД 115/70, ЧСС 64 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Глазные щели симметричны, одинакового размера. Зрачки симметричны, реакция зрачков на свет живая содружественная. Сухожильные рефлексы симметричны, равномерно снижены. Патологических рефлексов нет. Мышечный тонус достаточный, патологически не изменен. Чувствительность всех видов сохранена. Координаторные пробы выполняет четко. В позе Ромберга устойчива.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

Общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи - показатели в пределах нормы.

ЭКГ: ЭОС не отклонена. Ритм синусовый, правильный.

Психический статус: Самостоятельно входит в кабинет для беседы. Внешний вид аккуратный. Правильно называет свое имя, фамилию, отчество, текущую дату, название клиники. Выражение лица печальное. Голос ясный. На вопросы отвечает охотно, по существу. Рассказывает, что «сразу после родов

сильно волновалась за ребенка, переживала, что он не будет брать грудь». Признается, что тревога связана с тем, что не знает, чего ожидать от ребенка, «что он сделает в следующий момент» из-за этого ощущает беспокойство и «беспомощность». Говорит, что «переживаю, что не смогу почувствовать к сыну, то что должна чувствовать мать». Замечает, что тревога и печальное настроение обычно возникает в утренние часы, к вечеру состояние улучшается. Говорит, что чувствует себя виноватой за то, что «не такая мать, какой хотела бы быть». В процессе беседы настроение улучшается, с удовольствием рассказывает о тех моментах, когда ребенок улыбается, смеется. Суицидальные мысли категорически отрицает, обманов восприятия не выявлено, бредовых идей не высказывает. Понимает болезненный характер своего состояния, просит помощи.

EPDS (на 0-3 день после родов) – 18 баллов, MADRS – 23 балла, HAM-A - 11 баллов

Заключение экспериментально-психологического обследования:

Настроение ровное. Эмоции несколько уплощенные. В беседе немногословна, на вопросы отвечает сдержанно. Темп работы средний. Инструкции к экспериментальным заданиям придерживается на всём протяжении обследования.

Нарушения отдельных психических функций, таких как память и внимание не получено. Исследование мыслительной деятельности выявляет, что операции анализа, синтеза, обобщения сохранены. Мышление с тенденцией к застреванию с замедлением ассоциативного процесса. Больная обнаруживает высокий интеллектуальный уровень. Мотивационный компонент сохранен.

Лечение: был проведен курс рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Динамика на фоне терапии: На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось. Выровнялось настроение, прошли тревожные мысли о ребенке, перестала ощущать чувство вины, нормализовался аппетит и сон. Стала активнее, читала, писала статью, выходила на прогулки. Первое время

испытывала беспокойство наедине с ребенком, прислушивалась к каждому звуку, что он издавал, тревожилась, но потом успокаивалась. В беседе с врачом рассказывала, что при долгой разлуке скучает по сыну.

Заболевание развилось у девочки из наследственно отягощенной семьи (алкоголизм бабушки, деда, отца; нестабильность настроения, депрессии с лечением у психиатра матери и сестры). Преморбидная личность больной с незначительными особенностями психастенического типа (училась всегда на отлично, старалась всем угодить). В школьном возрасте перенесла стрессы развода родителей, и условия жесткого воспитания отчимом без последствий в форме значимых психогенных расстройств.

Дебют заболевания в 28 лет в послеродовом периоде. По данным многих авторов, тревожно-анестетический симптомокомплекс типичен для послеродовых депрессий, и при разной тяжести варьирует от транзиторной неуверенности в правильности своих эмоций и действий в отношении ребенка до «болезненной психической анестезии» в сочетании с контрастными навязчивостями и страхом любого самостоятельного контакта с ребенком.

При клиническом и психологическом обследовании также не выявлено симптомов органического поражения ЦНС, что указывает на компенсацию перинатальной органической патологии больной, и исключает влияние органического фона на симптомы заболевания в настоящее время.

Диагноз: послеродовая депрессия F53.0

Значимым фактором риска развития послеродовой депрессии являлся перинатальный статус ребенка. При неудовлетворительной (<7 баллов) оценке по шкале Апгар депрессия в послеродовом периоде развивалась значимо чаще ($p < 0,001$). Средний балл по шкалам MADRS и HAM-A на 0-3 день после родов был значимо выше в этой группе женщин по сравнению с группой, где перинатальный статус ребенка был оценен как удовлетворительный (Апгар ≥ 7

баллов) (MADRS=11,23±7,7 / 4,7±4,1, соответственно, $p<0,01$; HAM-A=8,96±4,9 / 2,08±3,1, соответственно, $p<0,01$) (Рисунок 7).

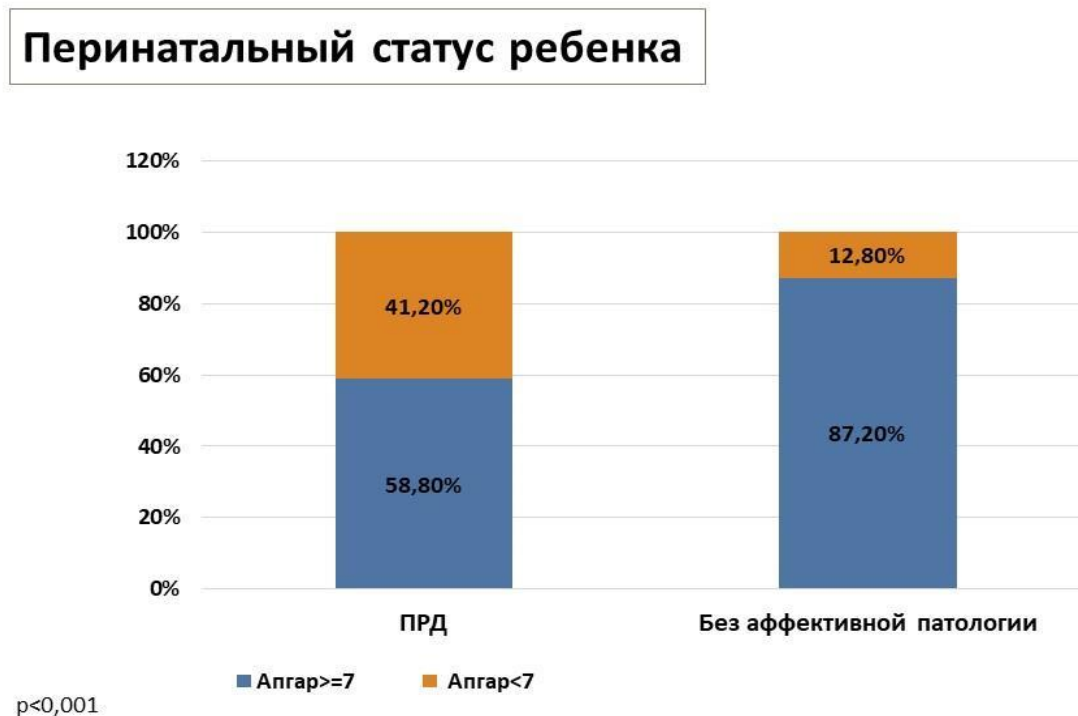


Рисунок 7 - Факторы риска, влияющие на развитие послеродовой депрессии (перинатальный статус ребенка)

Также было определено влияние вида вскармливания на развитие послеродовой депрессии.

Женщины, кормившие грудью достоверно реже подвергались развитию аффективных расстройств в послеродовом периоде, в то время как у женщин, отказавшихся от грудного вскармливания или же не имеющих возможности кормить грудью, достоверно чаще возникали симптомы депрессивного расстройства ($p<0,001$) (Рисунок 8).

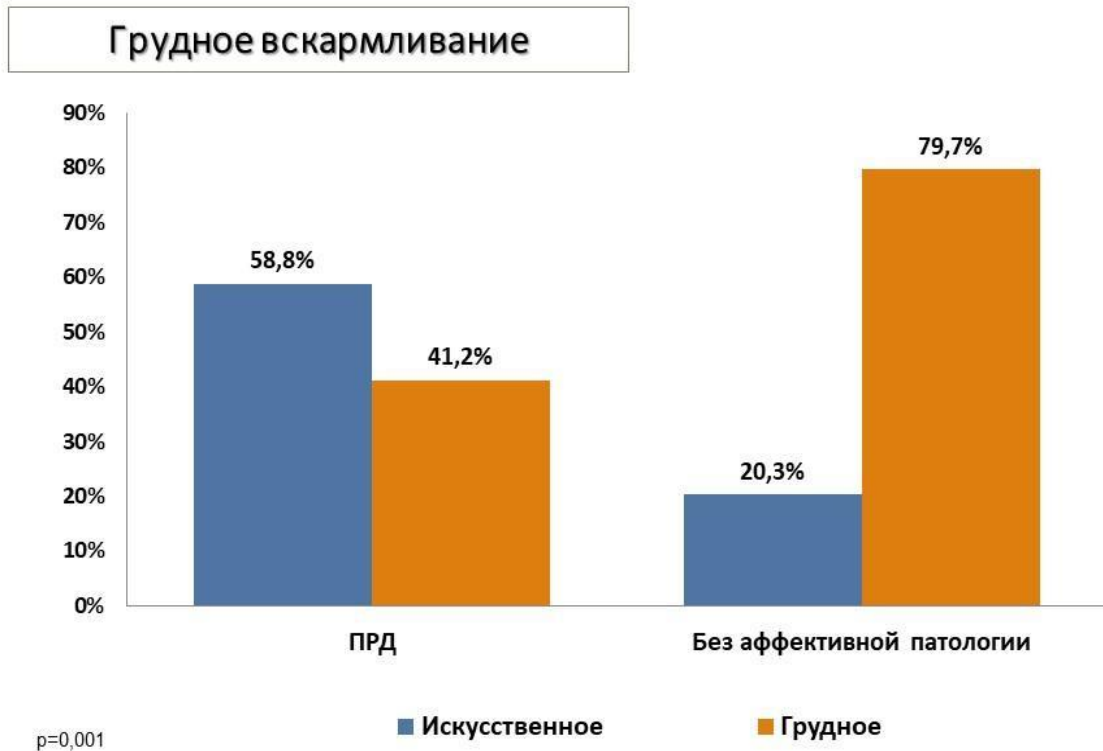


Рисунок 8 - Факторы риска, влияющие на развитие послеродовой депрессии (грудное вскармливание)

Для оценки выраженности влияния выявленных факторов риска на развитие аффективной симптоматики был проведен анализ наиболее значимых предикторов с использованием метода множественной регрессии. Обобщенная линейная модель была построена для всей исследуемой выборки с оценкой влияния наиболее значимых факторов - аффективной патологии во время беременности (эпизоды сниженного настроения или повышенной тревожности, не достигающие клинической значимости) и психотравмирующие ситуации во время беременности, объясняя 38% общей изменчивости ($p < 0,05$, тест отношения правдоподобий) (Рисунок 9).

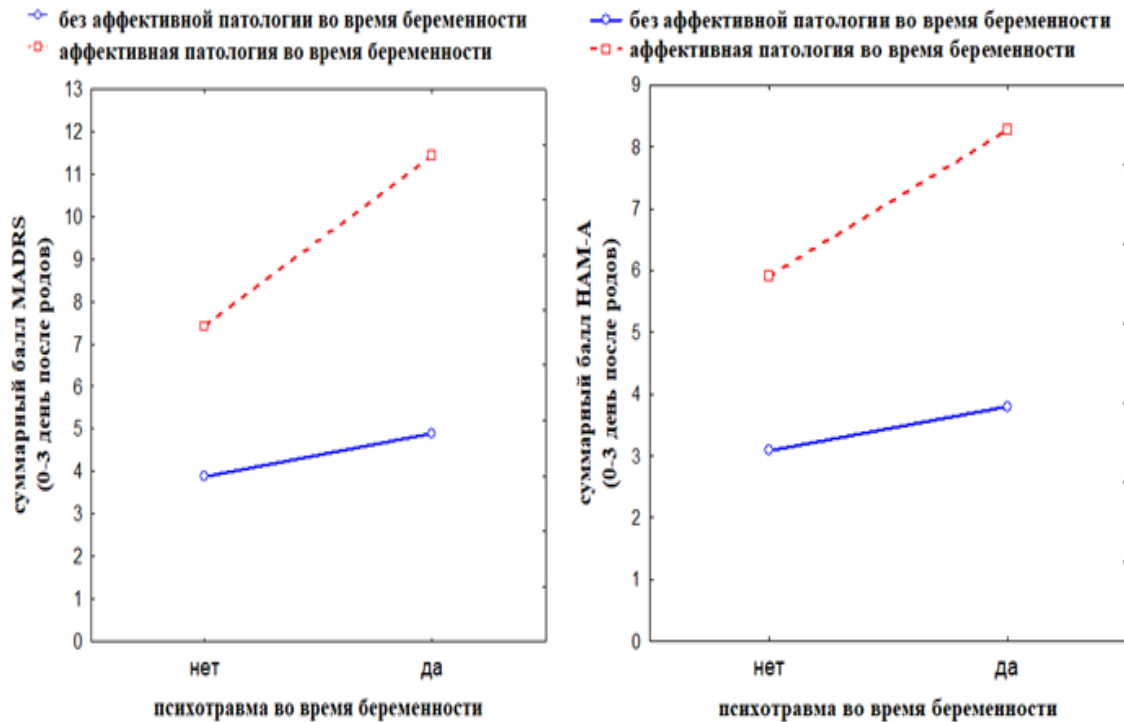


Рисунок 9 - Влияние факторов, вносящих наибольший вклад в выраженность депрессивной и тревожной симптоматики у женщин послеродового периода (Обобщенная линейная модель)

3.4 Применение Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии как скринингового метода

Нами было оценено применение Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS), как диагностического инструмента для скрининга послеродовой депрессии в раннем послеродовом периоде.

На первом этапе анализа была проведена оценка вероятности развития послеродовой депрессии при помощи Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии. На 0-3 день после родов у 30,6 % исследуемых балл по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии был равен 9 баллам или выше, что соответствовало пороговому значению высокой вероятности развития послеродовой депрессии. Балл по шкале EPDS у большей части женщин (69,4%) был менее 9 баллов (Рисунок 10).

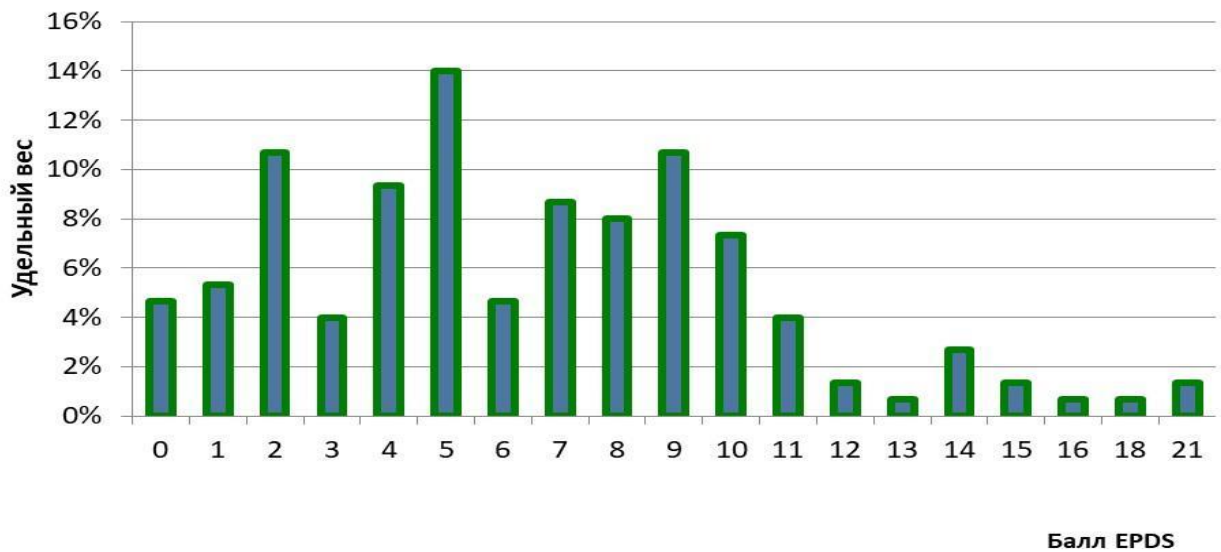


Рисунок 10 - Распределение баллов по шкале EPDS (n=150)

Для оценки качества алгоритма, который использует EPDS для выявления депрессии, был проведен ROC –анализ (англ. Receiver Operator Characteristic (curv)). Построена ROC-кривая, которая показала зависимость количества верно классифицированных положительных примеров (наличие депрессии (диагноз послеродовой депрессии по критериям МКБ-10), при значении EPDS выше или равному 9 баллов) от количества неверно классифицированных отрицательных примеров (отсутствие депрессии, при значении EPDS выше или равному 9 баллов). AUC (англ. Area under ROC, площадь под кривой) составила $0,798 \pm 0,067$ (95% ДИ 0,662-0,925; $p=0,001$), что демонстрирует достаточно высокую надежность модели (Рисунок 11).

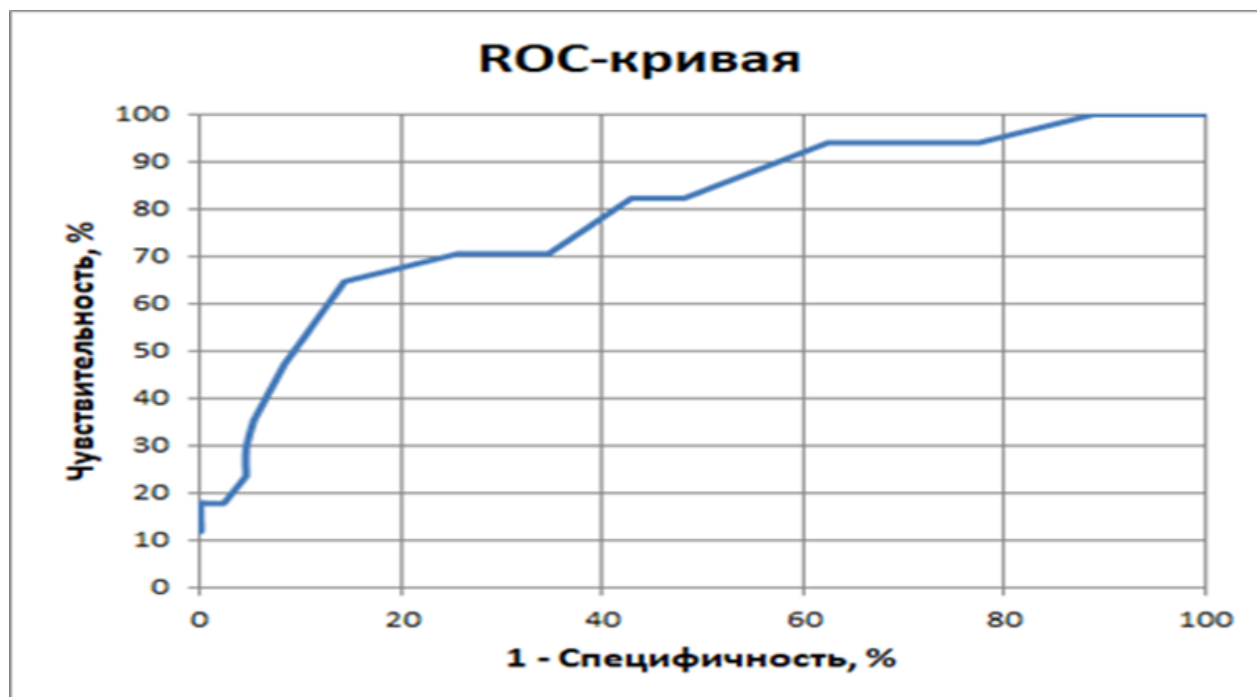


Рисунок 11 - ROC-кривая для Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии

В таблице 4 показаны изменения чувствительности и специфичности шкалы EPDS в зависимости от разных точек отсечения. Таблица наглядно демонстрирует существенное увеличение чувствительности теста от 47,1% до 64,7% при снижении порогового балла до 10. В то же время специфичность при точке отсечения 10 баллов составляет 85,7%, тогда как при снижении на один балл резко уменьшается до 74,4%. Таким образом, наиболее адекватной точкой отсечения был выбран пороговый балл 10 (Таблица 4)

Таблица 4 - Чувствительность и специфичность шкалы EPDS при различных пороговых значениях

Пороговый балл EPDS	Число больных, абс/%	Чувствительность, %	95% ДИ	Специфичность, %	95% ДИ
21	2/1,3	11,7	3,6-41,4	100	94,2-100
18	1/0,7	17,6	11,2-27,8	100	94,2-100
16	1/0,7	21,3	12,7-31,1	99,1	91,5-100
15	2/1,3	23,5	15,7-37,5	97,7	84,5-100
14	4/2,7	26,8	17,6-44,3	96,3	81,3-99,9
13	1/0,7	31,2	19,9-46,7	95,5	76,6-97,8

Продолжение Таблицы 4

12	2/1,3	35,3	20,2-54,7	94,7	71,1-96,2
11	6/4,0	47,1	34,5-60,8	91,3	70,2-96,1
10	11/7,3	64,7	56,7-80,5	85,7	69,3-89,5
9	16/10,7	70,6	65,3-89,4	74,4	57,5-81,3
8	12/8,0	82,4	77,5-91,7	65,4	49,6-73,2
7	13/8,7	94,1	83,4-96,9	57,1	44,3-70,1
6	7/4,7	100	86,5-100	51,8	37,1-60,5
5	21/14,0	100	88,5-100	37,6	26,1-51,7
4	14/9,3	100	88,5-100	27,1	15,6-39,4
3	6/4,0	100	88,5-100	22,5	11,7-32,3
2	16/10,7	100	88,5-100	11,3	4,2-21,3
1	8/5,3	100	88,5-100	6,3	1,9-15,5
0	7/4,7	100	88,5-100	0	0-5,7

Также нами были определены другие диагностические характеристики Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, такие как положительная прогностическая значимость (ППЗ), отрицательная прогностическая значимость (ОПЗ), отношение правдоподобия положительного результата (ОППР), отношение правдоподобия отрицательного результата (ОПОР) и диагностическая эффективность шкалы (ДЭ).

Для этого результаты шкалы на 0-3 день после родов (с пороговым значением в 10 баллов) были сопоставлены с оценкой, полученной при клинико-психопатологическом обследовании в течение 6 недель.

При сопоставлении результаты были разделены на 4 группы:

ИП - истинноположительные результаты (случаи установленного диагноза депрессии при балле по шкале EPDS выше или равному 10 баллам);

ЛП - ложноположительные результаты (случаи без аффективной патологии, но имеющие балл по шкале EPDS выше или равный 10 баллам);

ИО - истинноотрицательные результаты (случаи без аффективной патологии и с баллом по шкале EPDS ниже 10 баллов);

ЛО - ложноотрицательные результаты (случаи установленного диагноза депрессии, но имеющие балл по шкале EPDS ниже 10 баллов).

Расчет положительной прогностической значимости (ППЗ) проводился по формуле:

$$\text{ППЗ} = (\text{ИП} / (\text{ИП} + \text{ЛП})) \times 100.$$

Таким образом, разделив количество женщин с истинноположительным результатом (n=11) на сумму женщин с истинноположительным результатом (n=11) и ложно положительным результатом (n=19), было получено значение прогностической ценности положительного результата - 36,6%.

Расчет отрицательной прогностической значимости (ОПЗ) проводился по формуле:

$$\text{ОПЗ} = (\text{ИО} / (\text{ИО} + \text{ЛО})) \times 100.$$

Разделив количество женщин с истинно отрицательным результатом (n=114) на сумму женщин с истинно отрицательным результатом (n=114) и ложно отрицательным результатом (n=6), было получено значение прогностической ценности отрицательного результата – 95%.

Расчет ОППР (отношение вероятности положительного результата при наличии депрессии и вероятности положительного результата при отсутствии депрессии) проводился по формуле:

$$\text{ОППР} = (\text{чувствительность}/100) / (1 - (\text{специфичность} / 100)).$$

Таким образом, отношение правдоподобия положительного результата составило 4,53.

Отношение правдоподобия отрицательного результата (ОПОР), т.е. отношение вероятности отрицательного результата теста при наличии депрессии и вероятности отрицательного результата теста при отсутствии, было рассчитано по формуле:

$$\text{ОПОР} = (1 - (\text{чувствительность}/100)) / (\text{специфичность} / 100),$$

и составило 0,41.

Диагностическая эффективность (ДЭ) или точность шкалы (т.е. общая вероятность того, что пациент будет правильно классифицирован) была рассчитана по формуле:

$$\text{ДЭ} = ((\text{ИП} + \text{ИО}) / (\text{ИП} + \text{ИО} + \text{ЛП} + \text{ЛО})) \times 100$$

Таким образом, значение диагностической эффективности теста – 83,3%

Следовательно, чувствительность и специфичность Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии по полученным нами данным составили 64,7% и 85,7% соответственно, ППЗ составила 36,6%, ОПЗ - 95%, ОППР - 4,53, ОПОР - 0,41 и диагностическая эффективность шкалы составила 83,3% (Таблица 4).

Для определения значимости влияния выявленных факторов на риск развития послеродовой депрессии был проведен дискриминантный анализ. В анализ были включены 30 характеристик: социально-демографические (возраст, пол, семейный статус и вид занятости, образование), клиничко-анамнестические (наследственная отягощенность по психической и соматической патологии, перинатальная патология, расстройства личности, невротические реакции в детском возрасте, органические факторы, табакокурение, хронические соматические заболевания, длительные периоды снижения настроения и тревоги до и во время текущей беременности), психологические факторы риска (нежелательная беременность, насилие со стороны партнера, нежеланный пол ребенка, внутриличностный конфликт, связанный с текущей беременностью, супружеская дисгармония, психотравмирующие ситуации во время беременности), акушерско-гинекологический анамнез (метод предохранения, тяжесть предменструального синдрома, характер менструации, количество родов, наличие аборт и выкидышей в анамнезе, наличие гинекологических заболеваний, патология текущей беременности и родов, метод родоразрешения, перинатальный статус ребенка, вид вскармливания), а также значения шкалы EPDS. Была построена классификационная модель описывающая совокупность прогностически значимых факторов. Пошаговый дискриминантный анализ выбрал 7 переменных (Таблица 5) и показал статистически значимую функцию ($\lambda=0,776$; $p<0,001$). Наибольшую прогностическую значимость показал балл по шкале EPDS ≥ 10 (F-критерий = 22,94; отношение шансов (ОШ) с 95% ДИ = 11

[3,64; 33,28]). В способности прогнозировать вероятность развития депрессии шкала превышает остальные факторы практически в 2 раза (Рисунок12).

Таблица 5 - Предикторы послеродовой депрессии

Характеристики	Отношение шансов [95%ДИ]	F-критерий
Периоды сниженного настроения или тревоги в анамнезе	3,1 [1,1; 8,7]; p=0,03	4,56; p=0,02
Нежелательная беременность	4,5[1,0;20,2]; p=0,009	9,45; p=0,003
Патология текущей беременности или родов	4,9 [1,7; 13,9]; p<0,001	5,18; p=0,002
Вид вскармливания; искусственное/грудное	5,6 [1,9; 16,1]; p<0,001	7,01; p=0,009
Психотравмирующие ситуации во время текущей беременности	6,1 [2,1; 17,9]; p<0,001	14,10; p<0,001
Периоды сниженного настроения или тревоги во время текущей беременности	6,8 [2,1; 22,1]; p<0,001	11,13; p<0,001
EPDS \geq 10	11,0 [3,6; 33,3]; p<0,001	22,94; p<0,001

Также значимыми предикторами в данной модели были: психотравмирующие ситуации во время беременности (F-критерий – 14,10;(ОШ) с 95% ДИ = 6,1 [2,1; 17,9]), эпизоды снижения настроения и тревоги во время беременности (F-критерий – 11,13; (ОШ) с 95% ДИ = 6,8 [2,1; 22,1]), нежелательная беременность (F-критерий –9,45; (ОШ) с 95% ДИ = 4,5 [1,0; 20,2]), отсутствие грудного вскармливания (F-критерий –7,01; (ОШ) с 95% ДИ = 5,6 [1,9; 16,1]), патология беременности и родов (F-критерий –5,18; (ОШ) с 95% ДИ = 4,9 [1,7; 13,9]), аффективные симптомы в анамнезе (F-критерий –4,56; (ОШ) с 95% ДИ = 3,1 [1,1; 8,7])(Рисунок 12).

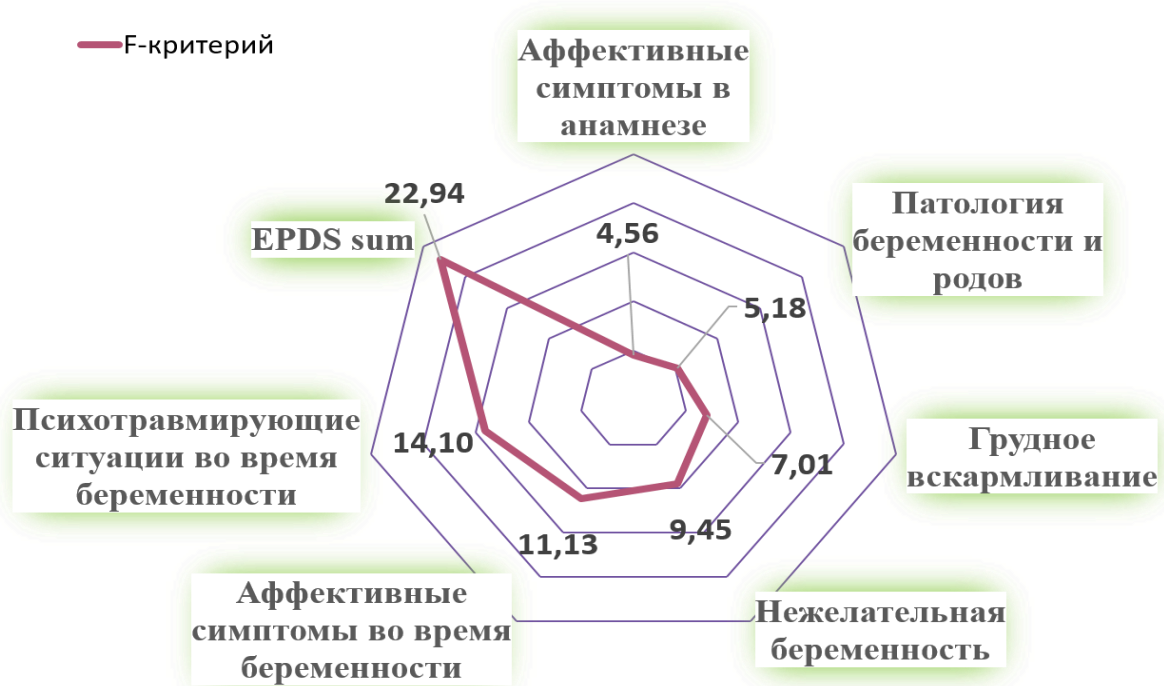


Рисунок 12 - Факторы, влияющие на развитие послеродовой депрессии согласно дискриминантному анализу

Согласно критериям МКБ -10 мы квалифицировали, как послеродовую депрессию, только депрессивные эпизод развивающиеся в течение первых 6 недель. Однако при наблюдении группы без аффективной патологии в течение последующих 6 месяцев были выявлены вновь развившиеся депрессивные эпизоды еще у 4-х женщин (Рисунок 13). Все эти случаи наблюдались у женщин с высоким баллом EPDS (≥ 10 баллам), что подтверждает высокую прогностическую значимость Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии.



Рисунок 13 - Число женщин с депрессией при катамнестическом прослеживании

3.5 Коррекция аффективных расстройств послеродового периода

В группе с выявленной послеродовой депрессией было проведено лечение - все женщины прошли когнитивно-поведенческую и рациональную психотерапию. Психофармакотерапия применялась только кратковременными курсами для коррекции нарушений сна и тревоги.

Психотерапевтическое лечение включало в себя 20 индивидуальных сессий, и состояла из когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с рациональной [25, 35, 61].

Когнитивно-поведенческая психотерапия была направлена на коррекцию эмоциональных реакций при помощи изменения мыслей и поведения пациента. Поведенческая терапия использовалась для изменения структуры патологического страха (например, связанного с состоянием ребенка), сначала активируя ее, а затем, предоставляя новую информацию, которая опровергает патологические, нереалистичные ассоциации. Женщинам оказывалась помощь в создании эффективных коупинг-стратегий, направленных на овладение

рациональными и адаптивными формами поведения. Когнитивная терапия была направлена на изменение отношения женщины к роли матери, коррекцию «дезадаптивных мыслей».

Рациональная психотерапия была направлена на коррекцию неправильного представления женщин о своем заболевании и их жизненной ситуации. Рациональный подход помогал матерям рассмотреть беспокоящие проблемы с разных сторон и найти их перспективное решение или же изменить свое отношение к происходящим событиям.

Психофармакотерапия применялась только кратковременными курсами для коррекции нарушений сна и тревоги. В 17,6 % случаев была применена лекарственная терапия: 11,7% получали лечение низкими дозами кветиапина (до 25 мг/сут) и ноотропного препарата с противотревожным эффектом – аминоксалиновой кислотой (фенибутом) (до 250 мг/сут), 5,9% - монотерапию низкими дозами кветиапина (до 25 мг/сут).

При оценке редукции аффективной симптоматики в течение 6 месяцев наблюдения в группе с выявленной депрессией наибольшее снижение суммарного балла MADRS отмечалось в первые 2 недели терапии (Рисунок 14). После 11-ти недель наблюдения отмечалось снижение среднего суммарного балла MADRS менее 12-ти баллов.

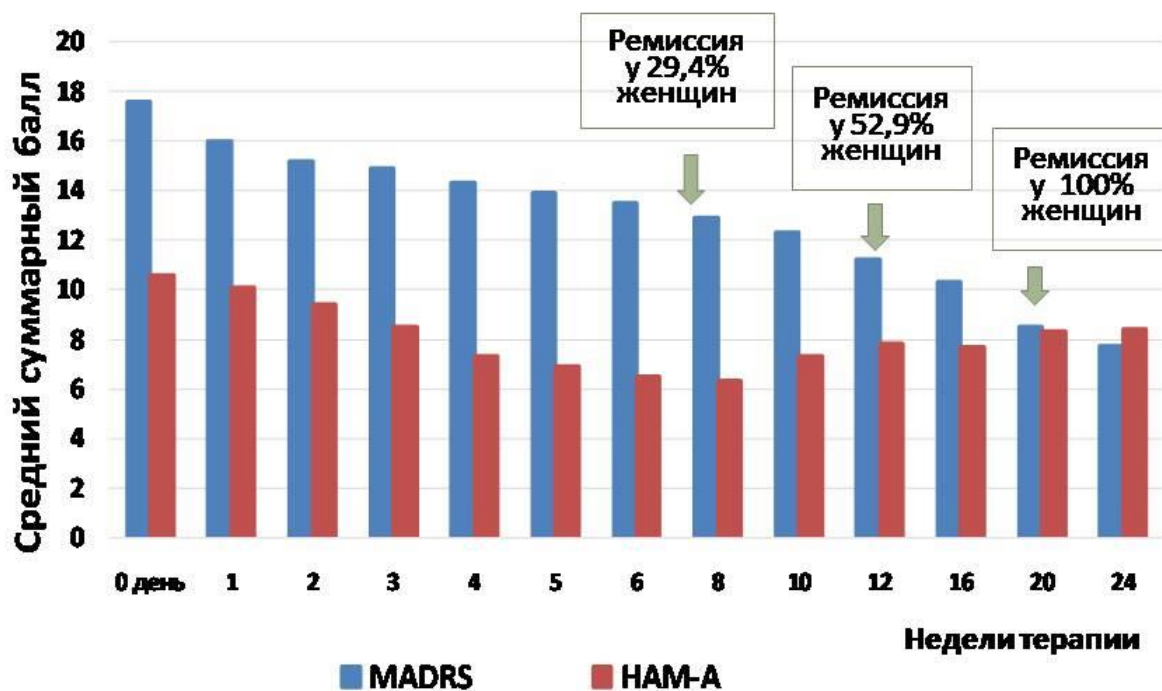


Рисунок 14 - Динамика редукции депрессивной и тревожной симптоматики в течение 6 месяцев наблюдения в группе с выявленной послеродовой депрессией на фоне лечения (n=17)

В течение 8 недель ремиссии (MADRS <12 баллов) достигло 29,4% женщин с послеродовой депрессией, к 12 неделе ремиссии достигло 52,9% женщин. К 5 месяцу ремиссия наблюдалась у всех женщин с развившейся в послеродовом периоде депрессией (Рисунок 14).

При оценке редукции тревожной симптоматики отмечается снижение среднего суммарного балла по шкале HAM-A ниже 8-ми баллов к 4-й неделе (Рисунок 14). Обращает на себя внимание некоторое повышение уровня тревоги после 9-10 недели, что совпадало со сроками распространения информации и карантинных мероприятий в связи с COVID-19.

В группе без аффективной патологии отмечается повышение среднего балла по шкале HAM-A после 3 месяца, что также совпадает со сроками распространения информации и карантинных мероприятий в связи с COVID-19 (Рисунок 15).

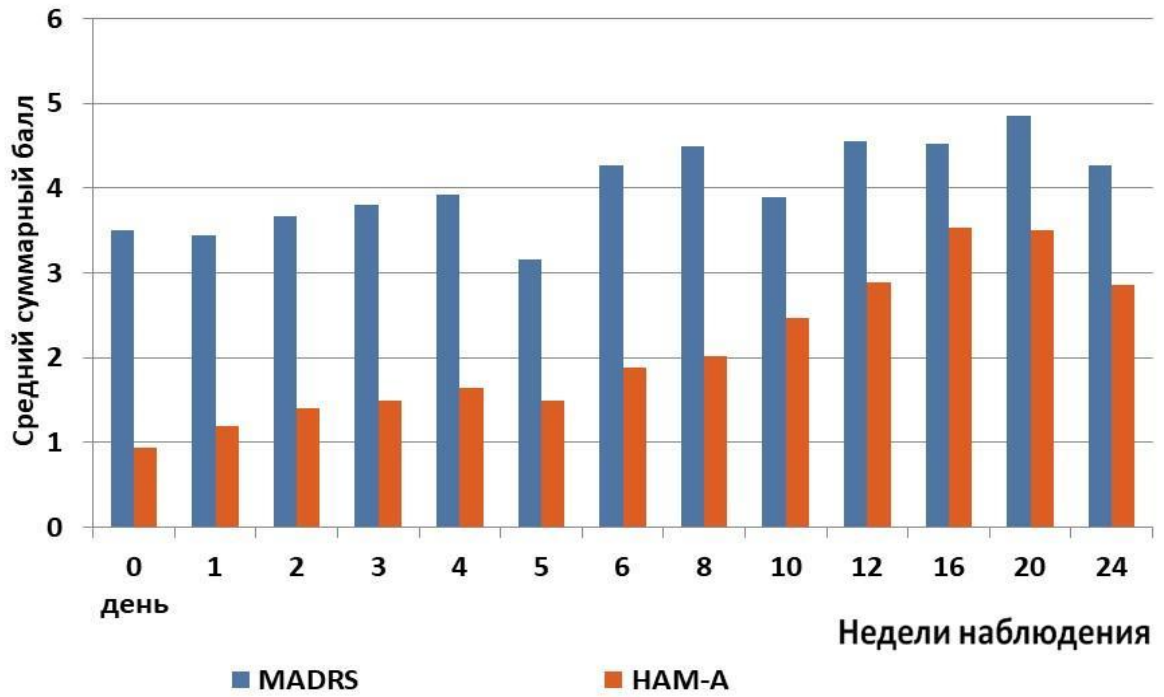


Рисунок 15 - Динамика среднего суммарного балла по шкалам MADRS, HAM-A в течение 6 месяцев в группе без аффективной патологии (n=133)

Также небольшое повышение среднего балла наблюдается и по шкале MADRS, но здесь отличия не достигали статистической значимости (Рисунок 15)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аффективные расстройства послеродового периода являются распространёнными, но относительно редко диагностируемыми заболеваниями. Причиной этому считается малая обращаемость женщин за помощью к специалистам [7, 46]. В большинстве случаев это связано с личностно - культуральными особенностями матерей, боязнью стигматизации и недооценке испытываемых симптомов, как самой женщиной, так и ее окружением [7, 46].

Согласно литературным данным недиагностированными, а, следовательно, и нелечеными остается более 50% послеродовых депрессий [57], что впоследствии может приводить к затяжному течению болезни и ее рецидивам как во время следующей беременности, так и в дальнейшей жизни [86, 99, 101].

Клиническая картина послеродовой депрессией проявляется прежде всего сниженным настроением, плаксивостью, эмоциональной лабильностью, высокой утомляемостью и тревогой, в особенности характерны опасения за здоровье ребенка. Также для женщин свойственны нарушение концентрации внимания, снижение аппетита, ощущение физической слабости, неуверенность в себе и своих силах [28, 50, 84]. При тяжёлом депрессивном эпизоде могут возникать мысли о причинении вреда себе, а в крайних случаях и младенцу [29].

Помимо негативных последствий для психического и физического здоровья матери, аффективные расстройства в послеродовом периоде оказывают неблагоприятное влияние на самочувствие ребенка и благополучие семьи в целом. Послеродовая депрессия нарушает связь между диадой «мать-дитя», что может приводить к задержке в психомоторном развитии, а также к соматическим заболеваниям у ребенка [19].

Анализ литературных источников показал, что на данный момент не выявлено единой причины развития послеродовой депрессии. Исследователи называют множество факторов риска, которые условно можно разделить на

несколько групп: социально-психологические, биологические, акушерско-гинекологические и отягощенный психиатрический анамнез [12, 42, 68, 84].

В клинической практике до сих пор не определены стандартизированные методы лечения послеродовой депрессии. Безопасность применения лекарственных методов терапии у беременных и кормящих грудью женщин не доказана [12, 52, 92], что значительно затрудняет подбор оптимального лечения. Назначение лекарственной терапии в большинстве случаев требует прерывания лактации и вскармливания, хотя сам факт отказа от грудного вскармливания может приводить к усилению депрессивных и тревожных симптомов или даже развитию депрессии [105].

Одним из эффективных методов для коррекции аффективных расстройств послеродового периода считается психотерапия. Согласно клиническим исследованиям применение психотерапевтических методов в монотерапии и в комбинации с психофармакотерапией может сократить продолжительность депрессии послеродового периода, а также продлить время, проведенное в клинической ремиссии [73].

Настоящее исследование направлено на комплексное изучение клинко-психопатологической структуры аффективных расстройств у женщин в послеродовом периоде, выявление факторов риска их развития и разработку рекомендаций по диагностике и коррекции аффективных нарушений в послеродовом периоде.

В исследование включались женщины в послеродовом периоде (на 0-3 день после родов) в возрасте старше 18-ти лет, находящиеся в послеродовом отделении «Городской клинической больницы им. С.С. Юдина ДЗМ». В исследование не включались женщины, страдающие психическим заболеванием (рекуррентным депрессивным расстройством, депрессией при шизофрении, страдающие алкоголизмом, наркоманией и/или токсикоманией) или тяжелой соматической патологией. Все женщины были проинформированы о возможных рисках и осложнениях, подписали добровольное согласие на участие в исследовании.

Данные клинического осмотра вносились в оригинальную карту обследования, включающую: демографические и социальные параметры исследуемых, клинико-anamнестические характеристики, психологические факторы риска, акушерско-гинекологический анамнез, соматический и психический статусы в начале исследования и в динамике, данные психометрических шкал в динамике.

В соответствии с критериями отбора в исследование были включены 150 женщин, средний возраст $29,4 \pm 5,0$ лет, с последующим катамнестическим прослеживанием в течение 6-ти месяцев. 90% женщин состояли в браке; 79,3% имели постоянную занятость; 75,3% получили высшее образование, 20,0% - средне-специальное, 4,7% - общее среднее образование; 94,7% проживали в удовлетворительных условиях.

Для оценки состояния исследуемых использовался клинико-психопатологический и клинико-катамнестический метод, позволяющие изучить клинико-психопатологическую структуру аффективных расстройств в послеродовом периоде, особенности их течения и факторы риска развития. Также была использована клиническая скрининговая методика в виде самоопросника, предназначенная для выявления депрессивных расстройств в послеродовом периоде (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS)). Для определения уровня аффективных и тревожных проявлений были использованы психометрические шкалы – шкалы объективной оценки депрессии (шкала оценки депрессии Монтомери-Асберга (MADRS)), оценки тревоги (шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A)).

Все женщины с выявленной послеродовой депрессией прошли курс когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии. Психофармакотерапия применялась короткими курсами в низких дозах. С помощью клинического метода и шкал MADRS и HAM-A проводился анализ результатов терапии в точках наблюдения – до начала лечения, еженедельно в течение первых 12-ти недель и каждые 2 недели в последующем. Проводилась оценка скорости

редукции аффективной симптоматики, достижения ремиссии, определяемой с помощью клинического метода и психометрических шкал (MADRS<12, HAM-A < 8). Состояние женщин без аффективной патологии также клинически и психометрически оценивалось на момент включения в исследования и в течение последующих месяцев.

Проводился статистический анализ полученных клинических и психометрических данных.

При клинико-психопатологической оценке женщин, в течение 6-ти недель после родов клиническая депрессия выявлена у 11,3%. 94,1% из них были легкими, и 5,9% - средней степени тяжести. Данные литературы показывают очень варьирующую распространенность (от 5 до 61%) [16, 7, 22, 59], что объясняется культуральными, социоэкономическими различиями, разницей диагностических методов. Стоит отметить, что из настоящего исследования исключались женщины с тяжёлыми психическими заболеваниями (рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство, шизофрения и шизоаффективные расстройства), которые могут являться самостоятельной причиной развития аффективной патологии послеродового периода.

Ведущими симптомами у женщин с послеродовой депрессией были: гипотимия (100,0%), тревога (64,7%), нарушения сна (52,9%), утомляемость (52,9%) и страхи, в основном касающиеся здоровья ребенка (58,8%). Реже наблюдались чувство вины (29,4%), ангедония (29,4%) и плаксивость (29,4%). Только 17,6% жаловались на периодически возникающее чувство неглубокой тоски [11].

Тревожные переживания и нарушения сна были характерны также и для родильниц без депрессии, однако сравнение их выраженности при психометрической оценке с группой женщин с депрессией достигало статистически значимой разницы (тревога - $1,28 \pm 0,56$ и $2,64 \pm 0,89$, соответственно, $p < 0,05$; нарушения сна - $1,34 \pm 0,74$ и $2,17 \pm 0,39$, соответственно, $p < 0,05$), отражая

таким образом психопатологическую структуру депрессивного синдрома, а не повышенной тревожности, связанной с послеродовыми переживаниями [11].

При сравнительном анализе группы женщин с послеродовой депрессией и без аффективной патологии не отличались по основным демографическим показателям и таким анамнестическим характеристикам как психопатологически отягощенная наследственность и патология развития.

При оценке клинико-анамнестических данных было выявлено влияние таких факторов, как длительные периоды снижения настроения и тревоги в анамнезе и во время текущей беременности ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно). Полученные данные подтверждают связь эмоциональных колебаний в анамнезе и во время беременности с развитием аффективных расстройств в послеродовом периоде. Значимость данных факторов подтверждают и другие клинические исследования [41, 76].

При оценке групп по социально-психологическим характеристикам не было определено влияния таких факторов, как насилие со стороны партнера ($p = 0,71$), нежеланный пол ребенка ($p = 0,38$), супружеская дисгармония ($p = 0,60$), внутрличностный конфликт, связанный с текущей беременностью ($p = 0,38$), хотя значимость перечисленных факторов была указана в нескольких научных работах [5, 6, 80, 88]. По данным исследования J.J. Rogathi и соавт. (2017), проведенном в странах с переходной экономикой, насилию со сторон интимного партнера подвергалась каждая третья беременная женщина в исследуемой популяции, что влекло за собой развитие аффективных расстройств в послеродовом периоде [88]. Однако в рассматриваемой выборке только одна женщина сообщала о факте насилия со стороны супруга; также малое количество женщин говорило о супружеской дисгармонии и внутренней неготовности к роли матери, что могло повлиять на результаты исследования.

Также в нашем исследовании было выявлено, что у женщин, продолжавших курить во время беременности, чем у некурящих женщин; уровень значимости отличий составил 0,08. Схожие данные были получены в исследовании Salimi S и

соавт. (2015) – у женщин, которые продолжали курить в течение последних 3 месяцев беременности и в послеродовом периоде, чаще развивались аффективные симптомы, по сравнению с женщинами, которые бросили курить до беременности [90].

В результате сравнительного анализа были получены данные о влиянии таких факторов риска, как нежелательная беременность и психотравмирующие ситуации во время беременности ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно), что также подтверждалось в исследовании А.А. Прибыткова (2011). Согласно данным его работы, негативное отношение к беременности и рождению ребенка являлось психотравмирующей ситуацией, в 10,8% случаев приводящей к развитию послеродовой депрессии [14].

Также были проанализированы акушерско-гинекологические факторы. Характер менструации, метод предохранения ($p = 0,68$), наличие предыдущих беременностей, окончившихся абортom ($p = 0,77$) или выкидышем ($p = 0,95$), не влияли на вероятность развития депрессии.

Согласно данным исследования G.R. Kheirabadi и соавт. (2009) первородящие матери чаще страдают от аффективных расстройств послеродового периода [67], однако в нашей выборке не было получено значимых данных о влиянии такого факторов, как первые роды ($p = 0,79$).

Несмотря на описанную в литературе связь эмоциональных колебаний с менструально-регенеративной функцией у женщин [19], в рассматриваемой группе женщин не было выявлено влияния таких факторов риска, как предменструальный синдром и наличие гинекологических заболеваний ($p = 0,15$ и $p = 0,28$, соответственно). Возможно, это связано с тем, что в данной выборке на развитие депрессий в большей степени влияли психологические, а не эндогенные причины [11].

Выявлено достоверное влияние такого фактора как патология текущей беременности или родов ($p < 0,001$). В группе женщин с послеродовой депрессией

значимо чаще наблюдалось неблагоприятное течение беременности и/или родов по сравнению с группой без аффективной патологии.

Несмотря на множество исследований, указывающих на независимость развития послеродовой депрессии от метода родоразрешения [18, 23, 26], нами была выявлена достоверная связь между кесаревым сечением и развитием аффективной патологии в послеродовом периоде ($p < 0,01$) [11].

Значимым фактором риска развития послеродовой депрессии являлся перинатальный статус ребенка. При неудовлетворительной (< 7 баллов) оценке по шкале Апгар депрессия в послеродовом периоде развивалась значимо чаще ($p < 0,001$). Полученные данные также совпадали с результатами исследования А.А. Прибыткова (2011) [14], указывая на возможную психогенную природу депрессивных расстройств в исследуемой группе женщин.

Также было определено влияние видов вскармливания на развитие послеродовой депрессии. Женщины, кормившие грудью, достоверно реже подвергались развитию аффективных расстройств в послеродовом периоде, в то время как у женщин, отказавшихся от грудного вскармливания или же не имеющих возможности кормить грудью, достоверно чаще возникали симптомы депрессивного расстройства ($p < 0,001$). Полученные данные совпадали с результатами исследования А. Tashakor и соавт. (2012), в котором было показано, что вид вскармливания младенцев может быть связан с расстройством настроения матери, и кормящие матери менее подвержены депрессии [103]. Однако в работе С. Вога и соавт. (2015) не было выявлено столь однозначной взаимосвязи между отсутствием грудного вскармливания и аффективными расстройствами послеродового периода. Авторы пришли к выводу, что влияние грудного вскармливания на послеродовую депрессию чрезвычайно неоднородно и опосредовано как намерением кормить грудью, так и психическим здоровьем матери во время беременности [33].

Для оценки выраженности влияния выявленных факторов риска на развитие аффективной симптоматики был проведен анализ наиболее значимых

предикторов с использованием метода множественной регрессии. Обобщенная линейная модель была построена для всей исследуемой выборки с оценкой влияния наиболее значимых факторов - аффективной патологии во время беременности (эпизоды сниженного настроения или повышенной тревожности, не достигающие клинической значимости) и психотравмирующие ситуации во время беременности, объясняя 38% общей изменчивости ($p < 0,05$, тест отношения правдоподобий). При наличии эпизодов сниженного настроения или тревоги, наблюдаемых во время беременности, в послеродовом периоде повышалась выраженность депрессивных и тревожных переживаний; при этом значимый вклад вносил фактор перенесенной во время беременности психотравмы [11].

Для оценки Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS), как диагностического инструмента для скрининга послеродовой депрессии в раннем послеродовом периоде нами был проведен ROC –анализ. Оптимальное пороговое значение по Эдинбургской шкале для исследуемой выборки составило 10 баллов.

Также были определены диагностические характеристики Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии. Чувствительность и специфичность шкалы по полученным нами данным составили 64,7% и 85,7% соответственно, что говорит, о том, что положительный результат теста в 64,7% случаев будет верно указывать на высокую вероятность развития аффективной симптоматики, а отрицательный в 85,7% на отсутствие подобных рисков. Прогностическая положительная значимость показывает, какова вероятность того, что положительный результат теста будет являться истинно положительным, а отрицательная прогностическая значимость описывает вероятность того, что отрицательный результат будет соответствовать истинно отрицательному. В нашем исследовании данные показатели составили 36,6% и 95%, соответственно. Также нами были рассчитаны отношения правдоподобия положительного и отрицательного результата шкалы. Эти показатели позволяют определить вероятность получения истинно положительного результата к вероятности ложноположительного результата и вероятность получения истинно отрицательного результата к вероятности

ложноотрицательного результата, соответственно. То есть значение отношения правдоподобия положительного результата - 4,53 говорит о том, что из 5 человек с положительным результатом теста у 4 болезнь подтвердится, а у 1 нет, а значение отношения правдоподобия отрицательного результата- 0,41, показывает, что из 7 человек с отрицательным результатом у 2 результат будет ложноотрицательным. Диагностическая эффективность шкалы показывает точность теста, то есть его способность правильно классифицировать исследуемых родильниц на женщин с высокой вероятностью развития аффективной патологии и без нее. В нашей работе диагностическая эффективность шкалы EPDS составила 83,3%. Полученные данные незначительно различались с результатами другой работы проведенной на популяции российских женщин (чувствительность, специфичность и прогностическая ценность положительного результата и составили - 75%, 68% и 26%, соответственно, а остальные показатели не были определены)[10].

Для определения значимости влияния выявленных факторов риска развития послеродовой депрессии нами был проведен дискриминантный анализ. Результат оценки шкалой EPDS на 0-3 день после родов, составивший 10 баллов и выше, был выявлен, как фактор, имеющий наибольшую прогностическую значимость при оценке риска развития послеродовой депрессии (F-критерий – 22,94). В способности прогнозировать вероятность развития депрессии шкала превышает остальные факторы практически в 2 раза. Также значимыми предикторами в данной модели были: психотравмирующие ситуации во время беременности (F-критерий – 14,10), эпизоды снижения настроения и тревоги во время беременности (F-критерий – 11,13), нежелательная беременность (F-критерий – 9,45), отсутствие грудного вскармливания (F-критерий – 7,01), патология беременности и родов (F-критерий – 5,18), аффективные симптомы в анамнезе (F-критерий – 4,56).

Согласно критерию МКБ-10 диагноз послеродовой депрессии устанавливается в срок до 6 недель после родов, но мы наблюдали всех женщин в

течение 6-ти месяцев. Клинически значимая депрессивная симптоматика в этот период наблюдалась еще у 4х женщин, при этом у них у всех на 0-3 день после родов при применении шкалы EPDS была выявлена высокая вероятность развития послеродовой депрессии (≥ 10 баллов). Постоянное наблюдение за состоянием женщин способствовало раннему выявлению депрессивной симптоматики, быстрому подбору терапии, что позволило адекватно и в оптимальные сроки провести коррекцию аффективных расстройств.

В группе с выявленной послеродовой депрессией было проведено лечение - все женщины прошли рациональную и когнитивно-поведенческую психотерапию. Психотерапия применялась только кратковременными курсами для коррекции нарушений сна и тревоги. Терапия низкими дозами кветиапина (до 25мг/сут) была применена в 5,9% случаев и в 11,7% комбинацией кветиапина (до 25мг/сут) с ноотропным препаратом - гамма-аминомасляной кислотой (фенибутом).

Психотерапия показала себя как эффективный метод для коррекции аффективных расстройств послеродового периода. В течение 8 недель ремиссии (MADRS менее 12 баллов) достигло 29,4% женщин с послеродовой депрессией, к 12 неделе ремиссии достигло 52,9% женщин. К 5 месяцу ремиссия наблюдалась у всех женщин с развившейся в послеродовом периоде депрессией.

Эффективность психотерапевтических методов лечения была показана и в других исследованиях, как при использовании в комбинации с психотропными препаратами, так и в монотерапии [73, 25, 35, 61]. Однако большинство работ по применению немедикаментозных методов коррекции аффективных расстройств послеродового периода было проведено в зарубежных странах, а не в России.

При оценке редукции аффективной симптоматики в течение 6 месяцев наблюдения в группе с выявленной депрессией наибольшее снижение суммарного балла MADRS отмечалось в первые 2 недели терапии. Снижение среднего суммарного балла MADRS менее 12-ти баллов отмечалось после 11-ти недель наблюдения.

При оценке редукции тревожной симптоматики отмечалось снижение среднего суммарного балла по шкале HAM-A ниже 8-ми баллов (ремиссия) к 4-й неделе. Обращает на себя внимание некоторое повышение уровня тревоги после 9-10 недели, что совпадало со сроками распространения информации и введением карантинных мероприятий в связи с COVID-19.

В группе без аффективной патологии повышение среднего балла по шкале HAM-A отмечалось после 3-го месяца, что также совпадало со сроками начала пандемии COVID-19 в России. Небольшое повышение среднего балла также наблюдалось и по шкале MADRS, но здесь, отличия не достигали статистической значимости.

ВЫВОДЫ

1. В течение 6-ти недель после родов была выявлена послеродовая депрессия преимущественно легкой степени тяжести. Клиническая картина депрессивных расстройств отличалась преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики. Наряду с гипотимией, тревогой, нарушениями сна и утомляемостью, отмечались навязчивые страхи, касающиеся здоровья ребенка или связанные с опасениями не справиться с уходом за младенцем.

2. Послеродовая депрессия развилась преимущественно в течение первых 6-ти недель после родов (11,3% женщин). В течение последующих 6-ти месяцев наблюдения депрессия развилась еще у 2% женщин.

3. Наиболее значимыми предикторами развития послеродовой депрессии являются: оценка по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии 10 и более баллов, психотравмирующие ситуации перенесенные во время беременности, эпизоды сниженного настроения или тревоги во время беременности, нежелательность беременности, отсутствие/отказ от грудного вскармливания, патология текущих беременности или родов, аффективные симптомы до беременности.

4. Оценка диагностических характеристик Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии показала ее высокую эффективность при скрининге послеродовой депрессии. Показатели чувствительности шкалы составили 64,7%, специфичности – 85,7%, диагностической эффективности – 83,3%. Оптимальное пороговое значение, прогнозирующее развитие послеродовой депрессии, составило 10 баллов.

5. Показана высокая эффективность психотерапевтических методов коррекции депрессивных расстройств послеродового периода. Все женщины с послеродовой депрессией достигли клинической ремиссии в течение 5-ти месяцев. Необходимость в применении коротких курсов фармакотерапии для коррекции нарушений сна и тревоги отмечалась в 17,6% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая высокую распространенность послеродовой депрессии, врачам и среднему медицинскому персоналу в родильных домах и женских консультациях следует обращать повышенное внимание на риск развития аффективных расстройств у родильниц. Целесообразно ввести в образовательную программу врачей и среднего медицинского персонала акушерского профиля знания о характерных клинических особенностях послеродовых депрессий, их распространенности, факторах риска развития.

2. В клинической акушерской практике у всех женщин в послеродовом периоде для скрининга целесообразно применять Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии. При результате в 10 баллов и выше рекомендуется квалифицированная оценка психического статуса родильницы.

3. При оценке риска развития послеродовой депрессии наибольшего внимания требуют женщины, у которых отмечались психотравмирующие ситуации во время беременности, эпизоды сниженного настроения или тревоги до или во время беременности, нежелательность текущей беременности, отсутствие/отказ от грудного вскармливания, патология текущей беременности или родов.

4. При раннем выявлении развившейся после родов аффективной патологии эффективно применение рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ДИ - доверительный интервал
- ДЭ - диагностическая эффективность шкалы
- ИП - истинно положительный результат
- ИО - истинно отрицательный результат
- ЛП - ложноположительный результат
- ЛО - ложноотрицательный результат
- МКБ - 10-международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ОШ- отношение шансов
- ОПЗ - отрицательная прогностическая значимость
- ОПОР- отношение правдоподобия отрицательного результата теста
- ОППР - отношение правдоподобия положительного результата теста
- ППЗ - положительная прогностическая значимость
- ПРД - послеродовая депрессия
- ЦНС - центральная нервная система
- ЧМТ - черепно-мозговая травма
- ЭКГ - электрокардиограмма
- ЭОС - электрическая ось сердца
- AUC - Area under ROC (площадь под кривой)
- BDI - Beck Depression Inventory (шкала депрессии Бека)
- BPDS - Bromley Postnatal Depression Scale (шкала послеродовой депрессии Бромлей)
- CGI - Clinical Global Impression scale (шкала общего клинического впечатления)
- COVID-19 - Corona Virus Disease 2019 (коронавирусная инфекция 2019 года)

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания)

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии)

HDRS - Hamilton Rating Scale for Depression (шкала Гамильтона для оценки депрессии)

HAM-A- Шкала Гамильтона для оценки тревоги

MADRS - Montgomery—Asberg Depression Rating Scale (шкала оценки депрессии Монтогомери-Асберга)

PDSS - The Postpartum Depression Screening Scale (скрининговая шкала послеродовой депрессии)

ROC-анализ - Receiver Operator Characteristic (curv), (рабочая характеристическая кривая)

SDS - Zung Self-Rating Depression Scale (шкала самооценки депрессии Цунга)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ассанович М. А. Анализ психометрических свойств шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберг на основе модели Раша //Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов. – 2017. – С. 60.
2. Гарданова Ж.Р., Анисимова К.А., Васильева А.В., Есян Р.М., Тетруашвили Н.К., Сазонова А.И., Абдрахманов С.Д., Сипова М.М., Соков Д.Г. Тревожно-депрессивные расстройства у беременных с артериальной гипертензией. //Научно-практический журнал акушерство и гинекология.- 2016.- № 8.-С54-59.
3. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия //Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2015. – № 3.- С. 58-69.
4. Горьковая И. А., Александрович, Ю. С., Микляева А. В., Рязанова О. В., Коргожа М. А. Психопрофилактика послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения //Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2017. – Т. 27. – №. 4.-С.437-442.
5. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Макарова М.А., Сысоева В.П. Депрессивные расстройства монополярного течения: сравнительный анализ по гендерному признаку// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова - 2021. - Т. 121. - № 8. С. 13-18
6. Игнатко И.В., Кинкулькина М.А., Флорова В.С., Скандарян А.А., Кукина П.И., Мацнева И.А., Переверзина Н.О., Смирнова А.В. Послеродовая депрессия: Новый взгляд на проблему //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2018. - № 1. - С.45-53.
7. Ивашиненко Д. М., Култыгина С. В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией //Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18. – №. 3. –С.233-234.

8. Козырко Е.В., Глушаков Р.И., Прошин С.Н., Тапильская Н.И. Превалентность патологии щитовидной железы у пациентов с послеродовой депрессией // VI Балтийский конгресс по детской неврологии. Санкт-Петербург.- 2016. – С. 187-188.
9. Краснов В.Н. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения). — Москва: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2008. — 136 с.
10. Мазо Г. Э., Вассерман Л. И., Шаманина М. В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии //Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – Т. 2. – С. 41-50.
11. Макарова М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Игнатко И.В., Кинкулькина М.А. Послеродовая депрессия – факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2021. - Т. 13. - № 4. С. 75-80
12. Макарова М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Кинкулькина М.А. Особенности биполярной депрессии в послеродовом периоде: клинический случай// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2021.- Т. 14.- №11. С. 882-891
13. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Электронная версия. <https://mkb-10.com/>
14. Прибытков А. А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) //Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №. 1.- С. 9-13.
15. Пушкарева Т. Н. Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика //Психічне здоров'я. – 2005. -№ 3 (8). – С. 31-36.
16. Резник В. А., Козырко Е. В., Рязанова О. В., Александрович Ю. С., Рухляда Н. Н., Тапильская Н. И. Распространенность и лабораторные маркеры

послеродовой депрессии //Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67. – №. 4.-С. 19-29.

17. Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Горьковая И.А., Коргожа М.А., Кошкина Ю.В., Иоскович А.М. Влияние обезболивания при родоразрешении на частоту развития послеродовой депрессии у родильниц // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2017. – Т. 14. – №. 1.-С.29-34.

18. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В., Родионова А. М. Психоэмоциональный статус родильниц после естественного и абдоминального родоразрешения //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2014. – Т. 16. – № 4. - С.226-228.

19. Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В., Тюльпин Ю.Г. Клинические особенности депрессии у женщин в сравнении с мужчинами // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10. – №. 3.- С. 48-53.

20. Филоненко А. В. Последствия влияния послеродовой депрессии родильницы на психосоматические показатели здоровья младенца //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – Т. 57. – №. 4-1. -С.37-43.

21. Шаманина М. В., Мазо Г. Э. Опыт применения Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии у российских женщин //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. – 2015. – №. 1. – С. 74-82.

22. Шаманина М. В. "Депрессивные состояния в послеродовом периоде" автореферат диссертации кандидата медицинских наук / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.- Санкт-Петербург, 2014

23. Adams S., Eberhard-Gran M., Sandvik A., Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2012. – Т. 119. – № 3. – С. 298-305

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington. 2013.

25. Appleby L., Warner R., Whitton A., Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression //European Psychiatry. – 1998. – T. 13. – № S4. – C. 178s-178s.
26. Arbabi M., Taghizadeh Z., Hantoushzadeh S., Hagnazarian E. Mode of delivery and post-partum depression: a cohort study //Journal of Womens Health Care. – 2016. – T. 5. – № 303. – C. 2167-0420.
27. Asberg M., Montgomery S., Ferris C., Schalling D., Sedvall G. A comprehensive psychopathological rating scale //Acta psychiatrica scandinavica. – 1978. – T. 57. – №. S271. – C.5-27.
28. Aswathi A., Rajendiren S., Nimesh A., Philip R.R., Kattimani S., Jayalakshmi D. , Ananthanarayanan P.H., Dhiman P. High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression //Asian journal of psychiatry. – 2015. – T. 17. – C.85-88.
29. Babu G. N., Subbakrishna D. K., Chandra P. S. Prevalence and correlates of suicidality among Indian women with post-partum psychosis in an inpatient setting //Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2008. – T. 42. – №. 11. – C. 976-980.
30. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression //Archives of general psychiatry. – 1961. – T. 4. – №. 6. – C. 561-571.
31. Beck C. T., Gable R. K. Screening performance of the postpartum depression screening scale—Spanish version //Journal of Transcultural Nursing. – 2005. – T. 16. – №. 4. – C. 331-338.
32. Bloch M., Daly R. C., Rubinow D. R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression //Comprehensive psychiatry. – 2003. – T. 44. – №. 3. – C. 234-246.
33. Borra C., Iacovou M., Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions //Maternal and child health journal. – 2015. – T. 19. – №. 4. – C. 897-907.

34. Buttner M.M., Mott S.L., Pearlstein T., Stuart S., Zlotnick C., O'Hara M.W. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women //Archives of women's mental health. – 2013. – T. 16. – №. 3. – С. 219-225.
35. Chabrol H., Callahan S. Prevention and treatment of postnatal depression //Expert Review of Neurotherapeutics. – 2007. – T. 7. – №. 5. – С. 557-576.
36. Chatzicharalampous C., Rizos D., Pliatsika P., Leonardou A., Hasiakos D., Zervas I., Alexandrou A., Creatsa M., Konidaris S., Lambrinouadaki I. Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women //Gynecological Endocrinology. – 2011. – T. 27. – №. 8. – С. 543-550.
37. Chatzi L, Melaki V, Sarri K, Apostolaki I, Roumeliotaki T, Georgiou V, Vassilaki, M., Koutis A., Bitsios P., Kogevinas M. Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother–child ‘Rhea’ cohort in Crete, Greece //Public health nutrition. – 2011. – T. 14. – №. 9. – С. 1663-1670.
38. Chaudron L. H. Postpartum Depression //Pediatrics in review. – 2003. – T. 24. – №. 5. – С. 155.
39. Chorwe-Sungani G., Chipps J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings //BMC psychiatry. – 2017. – T. 17. – №. 1. – С. 1-10.
40. 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. – T. 150. – №. 6. – С. 782-786.
41. Davey H. L., Tough S. C., Adair C. E., Benzie K. M. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women //Maternal and child health journal. – 2011. – T. 15. – №. 7. – С. 866-875.
42. Di Florio A., Putnam K., Altemus M., Apter G., Bergink V., Bilszta J., Brock R., Buist A., Deligiannidis K. M., Devouche E., Epperson C. N., Guille C., Kim D., Lichtenstein P., Magnusson P. K., Martinez P., Munk-Olsen T., Newport J., Payne J., Penninx B. W., Meltzer-Brody S. The impact of education, country, race and

ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale //Psychological medicine. – 2017. – T. 47. – №. 5. – C. 787-799.

43. Dinas P. C., Koutedakis Y., Flouris A. D. Effects of exercise and physical activity on depression //Irish journal of medical science. – 2011. – T. 180. – №. 2. – C. 319-325.

44. Escribà-Agüir V., Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study //Journal of Epidemiology & Community Health. – 2011. – T. 65. – №. 4. – C. 320-326.

45. Ellsworth-Bowers E. R., Corwin E. J. Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression //Nutrition research reviews. – 2012. – T. 25. – №. 1. – C. 180-192.

46. El-Hachem C., Rohayem J., Bou Khalil R., Richa S., Kesrouani A., Gemayel R., Aouad N., Hatab N., Zaccak E., Yaghi N., Salameh S., Attieh, E. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women //BMC psychiatry. – 2014. – T. 14. – №. 1. – C. 1-9.

47. Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Opjordsmoen S., Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale //Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2001. – T. 104. – №. 4. – C. 243-249.

48. Fawcett T. An introduction to ROC analysis //Pattern recognition letters. – 2006. – T. 27. – №. 8. – C. 861-874.

49. Foster J. A., Rinaman L., Cryan J. F. Stress & the gut-brain axis: regulation by the microbiome //Neurobiology of stress. – 2017. – T. 7. – C. 124-136.

50. Gauthreaux C., Negron J., Castellanos D., Ward-Peterson M., Castro G., Rodríguez de la Vega P., Acuna J. M. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data //Medicine. – 2017. – T. 96. – №. 6.

51. Gelaye B., Kajeepeta S., Williams M. A. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review //Archives of women's mental health. – 2016. – T. 19. – №. 5. – C. 741-751.
52. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding //Drug safety. – 2007. – T. 30. – №. 2. – C. 107-121.
53. Gentile S., Fusco M. L. Antidepressants During Breastfeeding //Perinatal Psychopharmacology. – Springer, Cham, 2019. – C. 99-113.
54. Gur E.B., Gokduman A., Turan G.A., Tatar S., Hepyilmaz I., Zengin E.B., Eskicioglu F., Guclu S. Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2014. – T. 179. – C. 110-116.
55. Hamilton M. Comparative value of rating scales //British journal of clinical pharmacology. – 1976. – T. 3. – №. S1. – C. 58-60.
56. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating //British journal of medical psychology. – 1959. – T. 32. – №. 1. – C. 50-55.
57. Hegde S., Latha K.S., Bhat S.M., Sharma PSVN, Kamath A. Postpartum depression: prevalence and associated factors among women in India //Journal of Women's Health, Issues and Care. – 2012. – T. 1. – №. 1. – C. 1-7.
58. Hibbeln J. R. Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis //Journal of affective disorders. – 2002. – T. 69. – №. 1-3. – C. 15-29.
59. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C-L., Rochat T., Stein A., Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period //The Lancet. – 2014. – T. 384. – №. 9956. – C. 1775-1788.
60. Hui Xu, Yu Ding, Yue Ma, Xueling Xin, Dongfeng Zhang, Cesarean section and risk of postpartum depression: a meta-analysis //Journal of psychosomatic research. – 2017. – T. 97. – C. 118-126.

61. Hübner-Liebermann B., Hausner H., Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression //Deutsches Ärzteblatt International. – 2012. – T. 109. – №. 24. – C. 419.
62. Hvas A.M., Juul S., Bech P., Nexø E. Vitamin B6 level is associated with symptoms of depression //Psychotherapy and psychosomatics. – 2004. – T. 73. – №. 6. – C. 340-343.
63. Oystein Berle J., Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding //Current women's health reviews. – 2011. – T. 7. – №. 1. – C. 28-34.
64. Kelly J.R., Borre Y. C., Patterson E., El Aidy S. Transferring the blues: depression-associated gut microbiota induces neurobehavioural changes in the rat //Journal of psychiatric research. – 2016. – T. 82. – C. 109-118.
65. Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health //International breastfeeding journal. – 2007. – T. 2. – №. 1. – C. 1-14.
66. Kheirabadi G.R., Maracy M.R., Akbaripour S., Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women //Iranian journal of medical sciences. – 2012. – T. 37. – №. 1. – C. 32.
67. Kheirabadi G.R., Maracy M.R., Barekatin M., Salehi M., Sadri G.H., Kelishadi M., Cassy P. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran //Archives of Iranian medicine. – 2009. – T. 12. – №. 5. – C. 461-467.
68. Klainin P., Arthur D. G. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review //International journal of nursing studies. – 2009. – T. 46. – №. 10. – C. 1355-1373.
69. Krause D., Jobst A., Kirchberg F., Kieper S., Härtl K., Kästner R., Myint A. M., Müller N., Schwarz M. J. Prenatal immunologic predictors of postpartum depressive symptoms: a prospective study for potential diagnostic markers //European

archives of psychiatry and clinical neuroscience. – 2014. – T. 264. – №. 7. – C. 615-624.

70. Lancaster C. A., Gold K. J., Flynn H. A., Yoo H., Marcus S. M., Davis M. M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review //American journal of obstetrics and gynecology. – 2010. – T. 202. – №. 1. – C. 5-14.

71. Levenson C. W. Zinc: the new antidepressant? //Nutrition reviews. – 2006. – T. 64. – №. 1. – C. 39-42.

72. Maes M., Lin A-H, Ombet W., Stevens K., Kenis G., deJongh R., Cox J., Bosmans E. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms //Psychoneuroendocrinology. – 2000. – T. 25. – №. 2. – C. 121-137.

73. Miniati M., Callari A., Calugi S., Rucci P., Savino M., Mauri M., Liliana Dell'Osso L. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review //Archives of women's mental health. – 2014. – T. 17. – №. 4. – C. 257-268.

74. Mathisen S. E., Glavin K., Lien L., Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study //International journal of women's health. – 2013. – T. 5. – C. 787.

75. Mayberry L. J., Horowitz J. A., Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum //Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. – 2007. – T. 36. – №. 6. – C. 542-549.

76. McCoy S. J., Beal J. M., Shipman S. B., Payton M. E., Watson G. H. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature //Journal of Osteopathic Medicine. – 2006. – T. 106. – №. 4. – C. 193-198.

77. Metheny N., Stephenson R. Intimate partner violence and uptake of antenatal care: A scoping review of low-and middle-income country studies //International perspectives on sexual and reproductive health. – 2017. – T. 43. – №. 4. – C. 163-171.

78. Milgrom J., Gemmill A. W., Bilszta J. L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Ericksen J., Ellwood D., Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study // *Journal of affective disorders*. – 2008. – T. 108. – №. 1-2. – С. 147-157.
79. Miyake Y., Tanaka K., Sasaki S., Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study // *Journal of affective disorders*. – 2011. – T. 130. – №. 1-2. – С. 133-137.
80. Molyneaux E., Poston L., Ashurst-Williams S., Howard L. M. Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis // *Obstetrics and gynecology*. – 2014. – T. 123. – №. 4. – С. 857.
81. Montgomery S. A., Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *The British journal of psychiatry*. – 1979. – T. 134. – №. 4. – С. 382-389.
82. Munk-Olsen T., Laursen T. M., Pedersen C. B., Mors O., Mortensen P. B. New parents and mental disorders: a population-based register study // *Jama*. – 2006. – T. 296. – №. 21. – С. 2582-2589.
83. Nordhagen I. H., Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related complaints and symptoms of depression // *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. – 2002. – T. 122. – №. 5. – С. 470-474.
84. Norhayati M. N., Hazlina N. H., Asrenee A. R., Wan Emilin W. M. A., Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review // *Journal of affective Disorders*. – 2015. – T. 175. – С. 34-52.
85. Pawluski J. L., Lonstein J. S., Fleming A. S. The neurobiology of postpartum anxiety and depression // *Trends in Neurosciences*. – 2017. – T. 40. – №. 2. – С. 106-120.
86. Rasmussen M. L. H., Strøm M., Wohlfahrt J., Videbech P., Melbye M. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women

with no prior psychiatric history: a population-based cohort study //PLOS medicine. – 2017. – T. 14. – №. 9. – C. 1-13.

87. Richard A., Pinoit J.-M., Perriot G. Dépression du post-partum et risque suicidaire à propos d'un cas clinique: GEPS 2006-2007 //Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. – 2010. – T. 14. – №. 114. – C. 18-22.

88. Rogathi J. J., Manongi R., Mushi D., Rasch V., Sigalla G. N., Gammeltoft T., Meyrowitsch D. W. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania //Journal of affective disorders. – 2017. – T. 218. – C. 238-245.

89. Ross L. E., McLean L. M., Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review //Depression. – 2006. – T. 6. – №. 9. – C. 1-14.

90. Salimi S., Terplan M., Cheng D., Chisolm M. S. The relationship between postpartum depression and perinatal cigarette smoking: an analysis of PRAMS data //Journal of substance abuse treatment. – 2015. – T. 56. – C. 34-38.

91. Sanjuan J., Martin-Santos R., Garcia-Esteve L., Carot J. M., Guillamat R., Gutierrez-Zotes A., Gornemann I., Canellas F., Baca-Garcia E., Jover M., Navines R., Valles V., Vilella E., de Diego Y., Castro J. A., Ivorra J. L., Gelabert E., Guitart M., Labad A., Mayoral, F., de Frutos R. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene //The British Journal of Psychiatry. – 2008. – T. 193. – №. 5. – C. 383-388.

92. Schoretsanitis, G., Augustin, M., Saßmannshausen, H., Franz C., Gründer G., Paulzen M. Antidepressants in breast milk; comparative analysis of excretion ratios //Archives of women's mental health. – 2019. – T. 22. – №. 3. – C. 383-390.

93. Sher L. Role of thyroid hormones in the effects of selenium on mood, behavior, and cognitive function //Medical hypotheses. – 2001. – T. 57. – №. 4. – C. 480-483.

94. Sigalla G. N., Rasch V., Gammeltoft T., Meyrowitsch D. W., Rogathi J., Manongi R., Mushi D. Social support and intimate partner violence during pregnancy

among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania //BMC Public Health. – 2017. – T. 17. – №. 1. – C. 1-12.

95. Silva R., Jansen K., Souza L., Quevedo L., Barbosa L., Moraes I., Horta B., Pinheiro R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system //Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2012. – T. 34. – №. 2. – C. 143-148.

96. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V., Rossler W., Angst J. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression //Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2013. – T. 48. – №. 2. – C. 257-263.

97. Smith-Nielsen J., Matthey S., Lange T., Væver M. S. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression //BMC psychiatry. – 2018. – T. 18. – №. 1. – C. 1-12.

98. Spinelli M. G. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives //American journal of psychiatry. – 2004. – T. 161. – №. 9. – C. 1548-1557.

99. Stein A., Pearson R. M., Goodman S. H., Rapa E., Rahman A., McCallum M., Howard L. M., Pariante C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child //The Lancet. – 2014. – T. 384. – №. 9956. – C. 1800-1819.

100. Stein G., Van den Akker O. The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire //Journal of psychosomatic research. – 1992. – T. 36. – №. 1. – C. 67-75.

101. Stewart D. E., Vigod S. Postpartum depression //New England Journal of Medicine. – 2016. – T. 375. – №. 22. – C. 2177-2186.

102. Sword W., Kurtz Landy C., Thabane L., Watt S., Krueger P., Farine D., Foster G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2011. – T. 118. – №. 8. – C. 966-977.

103. Tashakori A., Behbahani A. Z., Irani R. D. Comparison of prevalence of postpartum depression symptoms between breastfeeding mothers and non-breastfeeding mothers //Iranian journal of psychiatry. – 2012. – T. 7. – №. 2. – C. 61.
104. Thorsteinsson E. B., Loi N. M., Moulynox A. L. Mental health literacy of depression and postnatal depression: A community sample //Open Journal of Depression. – 2014. – T. 2014.-C. 101–11.
105. Vieira E. S., Caldeira N. T., Eugênio D. S., Lucca M., Silva I. A. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study //Revista latino-americana de enfermagem. – 2018. – T. 26.
106. Wisner K. L., Moses-Kolko E. L., Sit D. K. Y. Postpartum depression: a disorder in search of a definition //Archives of women's mental health. – 2010. – T. 13. – №. 1. – C. 37-40.
107. Wouk K., Stuebe A. M., Meltzer-Brody S. Postpartum mental health and breastfeeding practices: an analysis using the 2010–2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System //Maternal and child health journal. – 2017. – T. 21. – №. 3. – C. 636-647.
108. Youn J. H., Jeong I. S. Predictive validity of the postpartum depression predictors inventory-revised //Asian Nursing Research. – 2011. – T. 5. – №. 4. – C. 210-215.
109. Zung W. W. K. A self-rating depression scale //Archives of general psychiatry. – 1965. – T. 12. – №. 1. – C. 63-70.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

КАРТА ОБССЛЕДОВАНИЯ

Паспортные данные _____

Возраст _____

Телефон _____

Дата поступления в стационар _____ Дата

родов _____ Дата выписки _____

Дата обследования _____

Соматические заболевания (указать с какого возраста) _____

**СЕМЕЙНЫЙ
СТАТУС**

не в браке

разведена

в браке

вдова

**НАЛИЧИЕ
ДЕТЕЙ**

есть / нет

количество _____

**УРОВЕНЬ
ОБРАЗОВАНИЯ**

начальное

незаконченное
среднее

среднее

средне-
специальное

незаконченное
высшее
высшее

**ТРУДОВАЯ
ЗАНЯТОСТЬ**

не работает

инвалид

физ.труд/интелл
ект.труд

руководитель/
служащий

учащийся

Бытовые условия проживания (со слов пациента)

Жилищные условия (дом, квартира, сколько комнат)	Совместное проживание (сколько человек)	Состояние жилья

Наследственная отягощенность соматическими заболеваниями

	отец	мать	другие родственники
не установлено			
Сосудистые заболевания			
Заболевания ЖКТ			
Онкологическое заболевания			
Болезни органов дыхания			
Болезни костно-			

мышечной системы			
Болезни мочеполовой системы			
прочее			

Патология беременности / родов у матери

Есть (указать какая) _____

Нет _____

асфиксия плода (есть / нет) _____

патология в раннем постнатальном периоде (есть/нет) _____

Отягощенность психическими заболеваниями со стороны родственников:

Патология	Родители	другие родственники
не установлено		
наркомания		
алкоголизм		
шизофрения		
психопатия		
МДП, циклотимия		
олигофрения		
эпилепсия		
деменция		
Суицидальные попытки		
Старческая		

деменция		
прочее		

Анамнестические сведения

Эпизоды снижения настроения (субдепрессий и синдромально полноценных депрессий) или выраженной тревоги в анамнезе: _____

депрессия во время беременности: _____

насилие со стороны партнера: _____

нежеланная беременность: _____

нежеланный пол ребенка: _____

супружеская дисгармония: _____

противопоставлением прежних представлений

о себе и новой социальной ролью матери: _____

психотравмирующие ситуации во время беременности: _____

Психотравмирующие ситуации (есть/нет):

Если есть, то какие (острые /хронические)

Характер психотравмирующих ситуаций

соматическое неблагополучие _____

изменения условий проживания в худшую сторону _____

потеря работы/понижение по должности _____

конфликтные ситуации в семье или на работе _____

развод _____

измена партнера _____

болезнь родственника _____

смерть близких людей _____

чрезвычайные ситуации, катастрофы _____

другое _____

Образ жизни

курение табака (в течение какого времени, сколько сигарет в день) _____

злоупотребление алкоголем (в течение какого времени, количество) _____

характер питания _____

физическая активность _____

Гинекологический анамнез

Менструации с _____ лет, по _____ дней,

Умеренные/обильные, болезненные/ безболезненные, регулярные/

нерегулярные

Половая жизнь с _____ лет

Метод предохранения _____

Роды _____

Аборты _____

Сам. выкидыши _____

Гинекологические

заболевания _____

Патология беременности и родов:

- предыдущих: _____

-текущих: _____

Метод родоразрешения _____

Грудное вскармливание _____

Предменструальный синдром:

Клиническая форма ПМС

- Нервно-психическая
- Отечная
- Цефалгическая
- Кризовая
- Атипичная

Стадия ПМС

- Компенсированная
- Субкомпенсированная
- Декомпенсированная

Психический статус на момент осмотра

Внешний вид:

Поведение: _____

Мимика: _____

Жестикуляция: _____

Состояние сознания/ ориентировка _____

Темп речи:

- Обычный _____
- Быстрый _____
- Замедленный _____
- С паузами _____
- Без остановок (монологом) _____

Описание голоса больного (оттенки, модуляция тембра):

Грамматический строй речи:

- Обычный _____
- Разорванная _____

Артикуляция речи:

- Правильная _____
- Заикание _____
- Шепелявость _____

Целенаправленность ответов:

- Адекватные, логичные, по существу _____
- Не по существу _____
- Мимоответы _____
- Конкретные _____
- Законченные _____
- Оборванные _____

Жалобы больного излагаются:

- Активно _____
- Пассивно _____
- Эмоциональная окраска _____

Расстройства восприятия:

- Общее и избирательное изменение чувствительности _____
- Иллюзии _____
- Дерреализация _____
- Деперсонализация _____
- Нарушение схемы тела _____
- Дежа вю _____
- Жаме вю _____
- Сенестопатии _____

Расстройства мышления

Темп расстройства:

- Замедленный _____
- Ускоренный _____
- Скачки идей _____

Связность и целенаправленность ассоциаций:

- Разорванность _____
- Бессвязность _____
- Паралогическое _____
- Резонерство _____
- Обстоятельное _____
- Аутистическое _____

Содержание:

- Навязчивые идеи и действия _____
- Фобии _____
- Сверхценные идеи _____
- Иное _____

Расстройства внимания:

- Отвлекаемость _____
- Рассеянность _____
- Патологическая фиксация _____

Расстройства памяти:

- Гипомнезия _____
 - Гипермнезия _____
 - Парамнезия
1. Эхомнезия _____
 2. Псевдореминисценция _____
 3. Конфабуляция _____

- Способность воспроизведения _____

Расстройства эмоций:

- Настроение _____
- Устойчивость _____
- Колебания в течение суток _____
- Тоска _____
- Тревожность _____
- Страх _____
- Апатия _____
- Амбивалентность _____
- Возбудимость _____
- Злобность _____
- Сензитивность _____
- Эмоциональная тупость _____
- Психическая анестезия _____
- Сопутствующие соматические и вегетативные

явления _____

Критика к своему болезненному состоянию _____

Планы и установки на будущее _____

Синдром (по А.С. Тиганову):

Астенический синдром _____

Обсессивный синдром _____

Истерические синдромы _____

Деперсонализационный синдром _____

Синдром психосенсорных расстройств _____

Синдром импульсивных влечений _____

Синдром сверхценных идей _____

Ипохондрический синдром _____

Сенестопатический синдром _____

Аффективные синдромы _____

Психоорганический (органический, энцефалопатический) синдром

ПЕРВИЧНОЕ СОМАТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.

Рост _____

Вес _____

ИМТ _____

Конституция нормостеническая/астеническая/гиперстеническая

Лабораторные исследования:

Показатели	норма	Дни		
Эритроциты				
Гемоглобин				
Лейкоциты				
Тромбоциты				
СОЭ				
Блрб прямой				
Блрб общий				
Общ. белок				
Алт				
Аст				
Альбумин общ.				
ГГТ				
ЩФ				

Креатинин				
Амилаза сыв.				
Железо сыв.				
Холестерин				
Другие				

Осмотр акушером-гинекологом. Заключение:

Лечение:

Психотерапия _____

Психофармакотерапия _____

Вид лечения	Неделя терапии											

В случае преждевременного выхода пациента из исследования, указываются причины этого _____

Динамика депрессии (балл MADRS)

Симптом	Неделя терапии			
	0	В послеродовом периоде (первые 42 дня после родов)	На 3-й месяц после родов	На 6-й месяц после родов
1. Наблюдаемая печаль				
2. Высказываемая печаль				
3. Внутренне напряжение				
4. Ухудшение сна				
5. Нарушение аппетита				
6. Трудности концентрации				
7. Усталость				
8. Ангедония				
9. Пессимистические мысли				
10. Суицидальные мысли				
Общий счет по Шкале				

Психометрическая оценка динамики состояния (HARS)

HARS		В послеродовом периоде (первые 42 дня после родов)	На 3-й месяц после родов	На 6-й месяц после родов
1. Тревожное настроение				

2.Напряжение				
3.Страхи				
4.Инсомния				
5.Интеллектуальные нарушения				
6.Депрессивное настроение				
7.Соматические мышечные симптомы				
8.Соматические сенсорные симптомы				
9.Сердечно-сосудистые симптомы				
10.Респираторные симптомы				
11.Гастроинтестинальные симптомы				
12.Мочеполовые симптомы				
13.Вегетативные симптомы				
14.Поведение при осмотре				
Суммарный балл				
“Психическая” тревога				
“Соматическая” тревога				

Динамика состояния (балл CGI)

	0	В послеродовом периоде (первые 42 дня после родов)	На 3-й месяц после родов	На 6-й месяц после родов
А. Тяжесть заболевания				
В. Оценка динамики состояния				

Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS)

	0	В послеродовом периоде (первые 42 дня после родов)	На 3-й месяц после родов	На 6-й месяц после родов
Баллы по шкале EPDS				