

УДК 159.99

*И.А. Горьковая, Ю.С. Александрович, А.В. Микляева, О.В. Рязанова, М.А. Коргожа***ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ**

Статья посвящена научному обоснованию необходимости проведения первичной и вторичной психопрофилактики послеродовой депрессии (ПРД) у женщин с различными вариантами родоразрешения. В исследовании приняли участие 217 женщин, из них 58 перенесли плановую операцию кесарева сечения, 48 – экстренную операцию кесарева сечения, 111 – роды через естественные родовые пути. Выраженность ПРД оценивалась с помощью Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS)). Для анализа динамики развития ПРД провели три замера: в первые сутки после родоразрешения, на третьи сутки и после завершения акушерского периода (по прошествии 6 недель). В исследовании также использовался метод клинического опроса. Выявлена необходимость разработки системы подготовки к родам с разделом первичной психопрофилактики формирования тревожно-депрессивных расстройств в период беременности. Показана важность применения инновационных технологий как возможности самих женщин и их близких он-лайн консультирования профессионалами с учетом индивидуальных особенностей протекания беременности.

*Ключевые слова:* послеродовая депрессия, «послеродовый блюз», психопрофилактика, естественные роды, кесарево сечение.

Беременность, роды и ранний послеродовой период рассматриваются специалистами в области перинатальной медицины и перинатальной психологии как состояния высокой стрессовой нагрузки, которая может быть причиной формирования различных психопатологических проявлений: от кратковременных неглубоких тревожных или депрессивных эпизодов до выраженных психотических нарушений, приобретающих устойчивый характер [1; 2]. Наиболее распространена депрессивная симптоматика, спонтанно развивающаяся в первые дни после рождения ребенка [3; 4].

Согласно МКБ-10, послеродовое депрессивное расстройство (ПРД, депрессивные расстройства настроения у женщин после родов) представляет собой особую форму расстройств, не классифицируемую в других разделах. Она характеризуется тремя основными симптомокомплексами: эмоциональным (длительное снижение настроения, ангедония, слезливость и др.), когнитивным (затруднения в принятии решений, неуверенность в своих поступках и др.) и соматическим (снижение общей активности, анергия, изменение привычного ритма сна и бодрствования, пищевого поведения и др.) [5; 6]. Основные проявления послеродовой депрессии – подавленность, уныние, нарушения сна и аппетита, отсутствие положительных эмоций, связанных с рождением ребенка, и негативные прогнозы в отношении жизненных перспектив [7]. ПРД не только существенно снижает качество жизни женщины, но и негативно влияет на характер ее отношений с ребенком, ухудшая качество эмоционального контакта, коммуникации и заботы [8]. Учитывая весьма широкую распространенность ПРД, которая по разным данным составляет от 8 до 17,5 % [7; 9; 10], можно констатировать, что данная проблема весьма актуальна для современной медицинской и психологической практики.

Между тем оказание помощи женщинам, страдающим ПРД, сопряжено сегодня с рядом сложностей. С одной стороны, врачи общей практики, призванные проводить первичную профилактику и раннюю диагностику ПРД, не имеют достаточной профессиональной подготовки, чтобы распознать симптоматику ПРД и оказать своевременную помощь [11], с другой – существующая система психиатрической и психотерапевтической помощи не рассчитана на оказание помощи пациенткам с ПРД [5]. Вместе с тем практика показывает, что и сами женщины с признаками ПРД, как правило, негативно относятся к возможности получения специализированной помощи [10].

В этой связи на первом плане стоит задача профилактики ПРД, успешное осуществление которой предполагает понимание факторов, обуславливающих ее проявление и развитие. Анализ литературы показывает, что факторы эти разнообразны. Основным фактором возникновения ПРД традиционно считаются гормональные изменения в организме женщины во время беременности, родов и послеродового периода [2; 4]. Помимо этого, существенная роль в инициации ПРД признается и за другими факторами: неврологическим анамнезом, в частности, черепно-мозговыми травмами и посттравматическими энцефалопатиями [12]; отмечавшимися ранее депрессивными эпизодами [7; 13]; широким спектром психогенных факторов: психотравматизацией на этапах беременности, родов и в

раннем послеродовом периоде, нарушениями семейных отношений (прежде всего, эмоциональная разобщенность семьи), высокой значимостью социальных проблем (рождение ребенка вне брака, материальные трудности, жилищные трудности и др.) [9; 14]; типом психологического компонента гестационной доминанты с экспериментальным доказательством наибольшего значения гипогестогнозического (игнорирующий стиль переживания беременности) и депрессивного типов для формирования и закрепления репродуктивного кризиса у беременных женщин [15], и практически не зависит ни от возраста беременной женщины, ни от количества детей, ни от беременности с помощью экстракорпорального оплодотворения [16]. Значимостью психогенных факторов возникновения и развития ПРД обуславливается необходимость комплексной профилактики ее развития, включающей, помимо медицинских мер, психопрофилактические мероприятия различной направленности.

Эффективная организация работы по психопрофилактике ПРД предполагает выявление факторов, которые потенциально психотравматичны и могут провоцировать возникновение и развитие симптомов ПРД. Опыт практической работы, а также данные, представленные в современной научной литературе [17-20], позволяют предполагать, что один из важных факторов, который необходимо учитывать в психопрофилактике ПРД, – это способ родоразрешения (естественное или оперативное родоразрешение). Показано, что женщины, перенесшие операцию кесарева сечения, более подвержены развитию ПРД в послеродовом периоде (в сравнении с родами через естественные родовые пути).

Цель исследования – научное обоснование необходимости проведения первичной и вторичной психопрофилактики послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения.

### Материалы и методы исследования

Исследовано 217 женщин, обратившихся в плановом порядке в Перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного Педиатрического медицинского университета в период с декабря 2015 г. по май 2016 г. при сроке беременности 34–35 недель. Пациенткам предлагали участвовать в исследовании (разрешение этического комитета получено). Из них 58 женщин перенесли плановую операцию кесарева сечения, 48 – экстренную операцию кесарева сечения, 111 – роды через естественные родовые пути. Во всех случаях родоразрешение происходило при доношенной беременности, ребенок характеризовался как соматически здоровый (7–9 баллов по шкале Апгар на пятой минуте жизни). Критерии исключения из исследования включали тяжелую экстрагенитальную патологию и психические расстройства. Характеристика обследуемых женщин представлена в табл. 1.

Таблица 1

#### Общая характеристика обследованных женщин

Группы испытуемых	Количество, чел.	Средний возраст, лет	Роды по счету (первородящие/повторно-родящие, чел.)	Срок родоразрешения, недели	Оценка ребенка (Апгар) на 5-й минуте жизни, баллы
Группа 1. Женщины, перенесшие естественные роды	111	28,98	75/36	39,54	8,91
Группа 2. Женщины, перенесшие плановое кесарево сечение	58	31,52	32/26	38,93	8,90
Группа 3. Женщины, перенесшие экстренное кесарево сечение	48	33,27	31/17	38,56	8,85

Выраженность ПРД оценивалась с помощью Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS)). Было осуществлено три замера: в первые сутки после родоразрешения, на третьи сутки и после завершения акушерского периода (по прошествии 6 недель). Выраженная ПРД фиксировалась в случае, если полученный показатель был равен или превышал 9 баллов. Помимо этого, в исследовании использовался метод клинического опроса.

При статистической обработке данных использовали критерий Стьюдента (t) для независимых (расчет различий между группами сравнения) и зависимых (расчет различий между двумя замерами внутри каждой группы сравнения) выборок и критерий Фишера ( $\phi^*$ ), расчет которых проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 12.0». За критический уровень достоверности принято значение  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Полученные результаты показали, что статистически достоверных различий показателей выраженности ПРД у женщин, перенесших естественные роды и операцию кесарева сечения, нет (см. табл. 2, 3). Таким образом, частота возникновения ПРД не зависит от типа родоразрешения, естественного или абдоминального. Результаты подтверждаются в исследованиях других авторов [12].

Таблица 2

#### Распространенность проявлений ПРД в различных группах

Замеры	Показатели выраженной послеродовой депрессии		
	Плановая операция кесарева сечения	Экстренная операция кесарева сечения	Естественные роды
1) 1-е сутки	16 чел. (27,6 %)	14 чел. (29,2 %)	37 чел. (33,3 %)
2) 3-е сутки	11 чел. (23,4 %)	7 чел. (15,6 %)	20 чел. (20,6 %)
3) 6 недель	8 чел. (14,0 %)	4 чел. (8,1 %)	4 чел. (3,7 %)

Как видно из табл. 2, выраженная послеродовая депрессия наблюдается в первые сутки на одном уровне без статистически значимой разницы при разных вариантах родоразрешения. На третьи сутки количество родильниц с выраженной послеродовой депрессией статистически значимо снижается при экстренной операции кесарева сечения и родах через естественные родовые пути, что иллюстрируется в табл. 3.

Таблица 3

#### Средние значения и стандартные отклонения показателей выраженности ПРД в различных группах

Замеры	Показатели выраженности послеродовой депрессии		
	Плановая операция кесарева сечения	Экстренная операция кесарева сечения	Естественные роды
1) 1-е сутки	6,34 ±4,13	6,73±5,16	7,18±4,59
2) 3-е сутки	5,55±4,26	5,49±4,20	5,00±4,04
3) 6 недель	3,73±3,43	3,55±2,75	3,16±2,81
Сравнение замеров 1 и 2 (t/p<)	–	2,41 / 0,05	5,62 / 0,001
Сравнение замеров 2 и 3 (t/p<)	3,31 / 0,002	2,90 / 0,001	5,34 / 0,001

Результаты исследования, представленные в табл. 3, показывают, что через 6 недель после родов выраженная послеродовая депрессия встречается статистически значимо реже. Однако, вариант родоразрешения оказывает влияние на динамику ПРД в раннем постродовом периоде. Так, наиболее яркие проявления «послеродового блюза» наблюдаются после родов через естественные родовые пути, тогда как в случае абдоминального родоразрешения динамика проявлений ПРД выражена в меньшей степени (см. табл. 2, 3).

Полученные результаты выявили специфику эмоциональных реакций женщин, перенесших родоразрешение в том или ином варианте, в раннем послеродовом периоде; при этом было установлено, что частота возникновения ПРД не зависит от варианта родоразрешения. Диапазон встречаемости (от 15,6 % до 23,4 %) выраженной послеродовой депрессии на 3 сутки является очень высоким показателем и указывает на необходимость проведения комплексных мероприятий по ее первичной профилактике.

По данным нашего исследования, всего 10 % беременных женщин посещали курсы дородовой подготовки; треть из них посещали курсы хаотически. Участие в курсах дородовой подготовки дало положительный психопрофилактический эффект дальнейшего развития послеродовой депрессии.

Женщины, не посещавшие курсы дородовой подготовки, находятся в противоречивом информационном пространстве посредством Internet-ресурса, в основном базирующемся на положительных и отрицательных эмоциональных переживаниях опыта родов других женщин. В связи с тем, что большинство беременных женщин по различным причинам не посещают курсы дородовой подготовки необходимо разработать систему подготовки к родам с разделом первичной психопрофилактики формирования тревожно-депрессивных расстройств в период беременности. По нашему мнению, данный раздел должен быть изложен научно-популярным языком, с соблюдением баланса информативного и эмоционального компонентов психофизиологии родов с конкретными примерами. Для первичной профилактики в современных условиях важно применение инновационных технологий в виде возможности самих женщин и их близких *он-лайн* консультирования профессионалами (анестезиологами, клиническими психологами и акушерами-гинекологами) с учетом индивидуальных особенностей протекания беременности. Такой вид консультирования позволит формировать у беременных женщин понимание показаний и противопоказаний для различных видов родоразрешения; специфики применения обезболивания в родах; психофизиологии раннего послеродового периода; ознакомит с различными техниками саморегуляции и обучит их применению.

Анализ результатов исследования показал необходимость организации и проведения вторичной профилактики развития послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения. По нашему мнению, вторичная профилактика должна состоять из двух этапов. Первый заключается в информировании женщин о возможных вариантах процесса родов и специфики медицинского вмешательства в зависимости от разных обстоятельств. На этом этапе должна быть разработана сопроводительная памятка, где указываются ссылки на электронные ресурсы видам, показаниям и противопоказаниям обезболивания в родах; правила гигиены женщины в зависимости от варианта родоразрешения; специфика восстановительного периода женщины после родов и т. д. Второй этап заключается в оказании психологической помощи женщинам в послеродовом периоде.

Представляется целесообразным, чтобы разработка необходимых электронных ресурсов осуществлялась СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики», имеющим на высоком методическом и научном уровнях опыт разработки информационной поддержки различных категорий населения. Представляется важной возможностью *он-лайн* консультирования со специалистом, который может дать компетентный ответ. На втором этапе важна возможность получения необходимой психологической помощи роженицам в роддоме и в женских консультациях клиническими психологами, прошедшими специальную подготовку. В отдельных случаях женщины могут быть своевременно направлены на консультацию к психиатру и/или психотерапевту.

## Заключение

Представленное исследование обосновывает необходимость комплексной первичной и вторичной профилактики послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения. В первичной профилактике нуждаются до 90 % беременных женщин до родов и около трети – в раннем послеродовом периоде. Вторичная профилактика послеродовой депрессии в большей мере необходима женщинам, перенесшим плановую операцию кесарева сечения, по сравнению с женщинами, перенесшими экстренное оперативное вмешательство в родах или родивших через естественные родовые пути. Вторичная комплексная медико-психологическая профилактика должна состоять из двух этапов: медицинского – в виде возможности получения памятки о компетентных источниках интересующей их информации и возможности *он-лайн* консультирования профильным специалистом; и психологического как возможности получения психологической помощи в послеродовом периоде в роддоме и в женской консультации.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулиев Р.Т., Руженков В.А. Психические расстройства при нормально протекающей беременности (клиническая структура и лечение) // Тюменский медицинский журнал. 2012. № 1. С. 27-28.
2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.
3. Мазо Г.Э., Татарова Н.А., Шаманина М.В. Депрессивные состояния в послеродовом периоде // Психоневрология в современном мире. 2007. С. 106-107.
4. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: МИА; 2001. 256 с.

5. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2015; 14(6). С. 5-24.
6. Gress-Smith J.L., Luecken L.J., Lemery-Chalfant K., Howe R. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants // Maternal and child health journal. 2012; 16(4). P. 887-893.
7. Прибытков А.А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 1. С. 9-17.
8. Alharbi A.A., Abdulghani H.M. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2014; 10: 311-316.
9. Беляева Е.Н., Вассерман Л.И., Мазо Г.Э. Клинико-психологическая диагностика и оценка фактора семейных отношений у пациенток с послеродовой депрессией // Сибирский психологический журнал. 2011. Т. 42. С. 6-14.
10. Ивашиненко Д.М., Култыгин С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, №3. С. 233-235.
11. Голенков А.В., Филоненко А.В. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией (по результатам опроса студентов-медиков) // Российский медицинский журнал. 2012. № 5. С. 8-11.
12. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Родионова А.М. Психоземotionalный статус родильниц после естественного и абдоминального родоразрешения // The journal of scientific articles "Health & education millennium". 2014. Т. 16, №4. С. 226-228.
13. Аргунова И.А. Послеродовая депрессия. На стыке общей врачебной практики, акушерства и психиатрии // Российский семейный врач. 2010. Т. 14, № 1. С. 4-13.
14. Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K.. Relationship and social support and personality as the psychosocial factors that determine the risk for postpartum blues // Ginekologia Polska. 2016. 87(6): 442-447.
15. Магденко О.В. Психологические особенности репродуктивных ролевых ориентаций деторождения у беременных женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминанты // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 2 (25). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 06.01.2016).
16. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 352 с.
17. Чернуха Е.А., Соловьева А.Д., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Влияние родоразрешения на эмоционально-аффективные расстройства // Гинекология. 2002. № 4. С. 150-152.
18. Ахмадеева Э.Н., Еникеева Ю.Д., Амирова В.Р., Брюханова О.А. Качество жизни родильниц при различном способе родоразрешения по данным опросника SF-36 // Практическая медицина. 2010. 4(43). С. 72-76.
19. Карандашев Ю.Н. Эволюционная концепция и периодизация онтогенетического развития. Бельско-Бяла, 2013.
20. Сенько Т.В. Диагностическая и психотерапевтическая работа с семьями, ожидающими ребенка. Психология взаимодействия: Часть шестая: Взаимодействие детей в семье. Бельско-Бяла, 2012. С. 300-314.

Поступила в редакцию 17.10.17

***I.A. Gorkovaya, Yu.A. Alexandrovich, A.V. Miklyaeva, O.V. Ryazanova, M.A. Korgozha***  
**THE PSYCHOPROPHYLAXIS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF DELIVERY**

The article is devoted to objectivation of primary and secondary psychoprophylaxis necessity in case of postpartum depression of women with different variant of delivery. The investigation involved 217 women, 58 of them were delivered by elective caesarean section, 48 of them were delivered by emergency caesarean section, 111 of them – vaginal delivery. The evidence of postpartum depression was assessed on Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS). Three measurements have been taken to carry out dynamics analysis of postpartum depression: on the first day and on the third day after delivery, after maternity period (6 weeks after delivery). Method of clinical inquiry was also used in the study. The necessity of working out the system of preparation for delivery with section of primary psychoprophylaxis of anxiodepressive disorder in pregnancy has been revealed. There has been shown the importance of using innovative technologies in the form of capability of women and their relatives to get on-line consultation of professionals taking into account individual features of gestation course.

**Keywords:** postpartum depression, baby blues, psychoprophylaxis, vaginal delivery, caesarean section.

Горьковая Ирина Алексеевна,  
доктор психологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой психосоматики и психотерапии  
E-mail: iralgork@mail.ru

Александрович Юрий Станиславович,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии  
и неотложной педиатрии ФП и ДПО  
E-mail: jalex1963@mail.ru

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»  
194100, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Микляева Анастасия Владимировна,  
доктор психологических наук, профессор  
кафедры психологии человека  
ФГБОУ ВО «Российский государственный  
педагогический университет имени А.И. Герцена»  
191186, Россия, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48  
E-mail: a.miklyueva@gmail.com

Рязанова Оксана Владимировна,  
кандидат медицинских наук, доцент кафедры  
анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии  
E-mail: oksanaryazanova@mail.ru

Коргожа Мария Александровна,  
аспирант, ассистент кафедры клинической психологии  
E-mail: korgozha\_m.a@mail.ru

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»  
194100, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Gorkovaya I.A.,  
Doctor of Psychology, Professor, Head of Department  
of psychosomatics and psychotherapy  
E-mail: iralgork@mail.ru

Alexandrovich Yu.A.,  
Doctor of Medicine, Professor,  
Head Department of Anesthesiology, Intensive Care  
and Emergency Pediatrics Department  
within Professional Development  
E-mail: jalex1963@mail.ru

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University  
Litovskaya st., 2, Saint Petersburg, Russia, 194100

Miklyueva A.V.,  
Doctor of Psychology, Professor  
at Department of Human psychology  
 Herzen State Pedagogical University of Russia  
Naberezhnaya reki Moiki st., 48, Saint Petersburg,  
Russia, 191186  
E-mail: a.miklyueva@gmail.com

Ryazanova O.V.,  
Candidate of Medicine, Associate Professor  
at Anesthesiology, Intensive Care  
and Emergency Pediatrics Department  
E-mail: oksanaryazanova@mail.ru

Korgozha M.A., postgraduate student,  
Assistant of Clinical Psychology Department  
E-mail: korgozha\_m.a@mail.ru

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University  
Litovskaya st., 2, Saint Petersburg, Russia, 194100