

3. Необходима комплексная оценки состояния здоровья юной беременной и плода, а также введения современных организационных технологий для коррекции акушерских и перинатальных осложнений у юных женщин.

4. Таким образом, беременность несовершеннолетних девушек представляет опасность для репродуктивно-демографического потенциала общества.

#### **Список литературы:**

1. Кузнецова Я.В. Гестационный период и роды у матерей подросткового возраста/ Я.В. Кузнецова, И.С. Орлова, П.А. Саидова, М.Н. Панаинте//Евразийское Научное Объединение. - 2019. - № 12-2 (58). - С. 138-141.

2. Кузнецова Я.В. Юное материнство: гестационные осложнения и перинатальные исходы/Я.В. Кузнецова, И.С. Орлова, М.С. Уджмаджуридзе, Н.В. Дроздова// Университетская медицина Урала. - 2019. - Т. 5. - № 4 (19). - С. 17-19.

3. Олина А.А. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности./А.А. Олина, Т.А. Метелева, Г.К. Садыкова, Т.П. Шевлюкова// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2018. - Т. 17. - № 5. - С. 35-39.

4. Радзинский В.Е. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих/В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина, А.А. Оразмурадова// Доктор.Ру. - 2019. - № 7 (162). - С. 6-11.

5. Шевлюкова Т.П. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте./Т.П. Шевлюкова, Н. В.Фольц, В.В. Хасанова, Д.И. Боечко// Смоленский медицинский альманах. - 2017. - № 4. - С. 92-95.

6. Shevlukova T.P. Thereculiarities of the period of gestation period and parturition in adolescents/ T.P. Shevlukova, N.B. Chabanova, D.I. Boechko, G.D. Galieva// Colloquium-journal. - 2017. - № 9-2(9). - С. 25-26.

УДК 618.7

**Коврижных И.В., Суровцева Д.А., Кудрявцева Е.В.**

#### **ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического факультета  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kovrizhnyh I.V., Surovtseva D.A., Kudryavtseva E.V.**

#### **IDENTIFICATION OF POSTPARTUM DEPRESSION'S PREDICTORS**

Department of obstetrics and gynecology FPC and PP and pediatric faculty USMU  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: mailforlesson@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема выявления послеродовой депрессии у рожениц с отягощенным акушерским, биологическим и социальным анамнезом. Для выявления предрасполагающих факторов и их структурного анализа были использованы данные из историй родов и непосредственная беседа с роженицами, которая включала в себя применение стандартной шкалы Бека и авторский опросник.

**Annotation.** This article considers the troubles of postpartum depression's identification in puerperal female population with poor obstetric, biological and social anamnesis. In order to find predisposal factors and analyze them we have examined data from clinical records and interviewed puerperal patients directly. During the interview we used a standard Beck Depression Scale and author's questionnaire.

**Ключевые слова:** послеродовая депрессия, шкала Бека, послеродовый период

**Key words:** postpartum depression, Beck's scale, postpartum period

### **Введение**

Послеродовая депрессия является существенной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, обременяет затратами систему здравоохранения и является причиной семейно-брачных конфликтов. Депрессивные симптомы матери часто имеют негативное влияние на потомство, так как у детей повышен риск когнитивных эмоциональных и поведенческих расстройств [1].

Согласно современным исследованиям 10-25% от общего числа рожениц страдают послеродовой депрессией [2]. Актуальность проблемы послеродовых депрессивных расстройств обусловлена их высокой распространенностью, негативными социальными последствиями, влиянием депрессии матери на развитие ребенка.

Послеродовая депрессия характеризуется тремя признаками, которые отличают ее от других психических расстройств, возникающих и протекающих в послеродовой период: 1. она развивается в период от 4 до 6 недель после рождения ребенка и продолжается в течение, по крайней мере, 2 недель; 2. при послеродовой депрессии проявляются, по крайней мере, пять симптомов депрессии; 3. послеродовая депрессия может нарушить жизнь женщины после родов, как с точки зрения выполнения ее ежедневных обязанностей, так и с точки зрения ее ухода за ребенком [1].

Послеродовая депрессия может возникать при не отягощенном психиатрическом анамнезе, однако, нередко психопатологический фон отягощен за счёт заболеваний биполярного, депрессивного и тревожного спектра. Послеродовая депрессия, как и многие другие психические заболевания, обладает мультифакториальной этиологией, где проблема имеет как биологические, так и социальные корни [3]. К биологическим особенностям

беременных с послеродовой депрессии относят наличие в анамнезе расстройств сна, нарушение обмена серотонина и других нейромедиаторов, а также гормонов – кортизола, тироксина и окситоцина. Клинические предикторы послеродовой депрессии могут относиться как к матери – осложненный акушерско-гинекологический и психиатрический анамнез, оперативное родоразрешение, первые роды, юный возраст родильниц, так и к ребёнку – преждевременные роды, потребность в реанимационном пособии, внутриутробная задержка роста плода. Психосоциальные факторы, которые могут привести женщину к послеродовой депрессии – это незапланированная беременность, низкий социально-экономический статус, стресс, вызванный конфликтами в семье, индивидуальные личностные особенности женщины.

Патогенез послеродовой депрессии в настоящий момент остается малоизученным. Один из нейрофизиологических вариантов патогенеза был предложен учеными, изучающими функциональную структуру нейросетей родильниц с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии [4]. В их исследовании женщины с клинически подтвержденной послеродовой депрессией имели большую активацию правого миндалевидного тела, и снижение активности дорсомедиальных участков префронтальной коры а также прилежащего и хвостатого ядер вместе с медиальной частью таламуса и островковой коры. Также были обнаружены нарушения образования нейросетей между передним и задним участком поясной извилины, гиппокампом, миндалевидным телом и дорсолатеральной префронтальной корой. Из нейромедиаторных нарушений отмечены снижение уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в затылочной коре и повышение глутамата в медиальной префронтальной коре.

Одной из важных теорий патогенеза остается гипотеза о ключевой роли прогестерона в развитии послеродовой депрессии. Предполагается, что резкое падение уровня прогестерона перед родами формирует у наиболее чувствительных к гормональным изменениям женщинам симптомокомплекс депрессии. Нейрогормональные эффекты прогестерона показаны во многих исследованиях, их авторы полагают, что прогестерон связан с регуляцией синтеза нейромедиаторов и нейротрофических белков – BDNF, NGF и так далее. В свою очередь, дефицит этих веществ может обусловить формирование депрессивного симптомокомплекса [5].

Клинические проявления послеродовой депрессии включают подавленное настроение, апатию или беспокойство, достигающее в некоторых случаях мыслей о самоубийстве, уменьшение ухода и отчуждение, по отношению к ребенку, нарушение взаимодействий с семьей, нарушение сна, как его продолжительности, так и качества, снижение аппетита, потерю веса [4].

**Цель исследования-** выявить предикторы развития послеродовой депрессии у родильниц для формирования групп риска.

**Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось среди 32 родильниц на базе Областного Перинатального Центра ОДКБ№1 Свердловской области. Для выявления предикторов депрессии использовалась шкала Бека. В шкале Бека предложена 21 группа утверждений. Необходимо выбрать то утверждение, которое наиболее точно отражает самочувствие в течение последней недели. Общепринятая оценка результатов проводилась следующим образом: 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов. 10-15 баллов – легкая депрессия (субдепрессия). 16-19 баллов – умеренная депрессия. 20-29 выраженная депрессия (средней тяжести). 30-63 балла – тяжелая депрессия. После опроса родильниц был произведён анализ обменных карт и историй родов текущей беременности.

Из 32 опрошенных, у 14 (43,8%) была выявлена склонность к послеродовой депрессии. В ходе исследования женщины были разделены на две группы: в первой группе 14 родильниц, у которых есть склонность к развитию послеродовой депрессии (результат по шкале Бека больше 9 баллов), во второй – 18 родильниц с низким риском развития депрессивных расстройств (менее 9 баллов по шкале Бека). Хочется подчеркнуть, что истинная послеродовая депрессия формируется и выявляется только спустя 4 недели после родов, поэтому в условиях послеродового отделения мы можем выявить лишь предпосылки к развитию послеродовой депрессии.

Для анализа полученных данных использовались методы описательной и аналитической статистики. Для оценки достоверности различий между исследуемыми группами для количественных показателей использовался критерий Манна-Уитни, для качественных показателей точный критерий Фишера. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст обследуемых женщин в первой группе составил  $27 \pm 1,5$  лет, во второй группе  $30 \pm 1,3$  лет ( $p > 0,05$ ). Оперативные роды в первой группе были проведены у 11 (78%) женщин, а во второй группе оперативное родоразрешение было проведено у 6 (33%) женщин ( $p < 0,05$ ). Именно этот фактор мог быть причиной инициации дестабилизации психологического равновесия родильницы, так как различия между исследуемыми группами по данному параметру получились статистически значимыми.

В ходе исследования было выявлено, что у 8 (57,1%) женщин из первой группы не была запланирована беременность, и все эти женщины были не замужем. Во второй группе лишь у 5 (27,7%) беременность не была запланирована, и лишь 2 (11,1%) были не замужем ( $p > 0,05$ ). Благоприятный климат внутри семьи, уверенность в близких, ощущение помощи и моральной поддержки являются существенными факторами, обеспечивающими психологическое равновесие женщины во время беременности и после родов.

Кроме того, 15 (46,9)% женщин из числа обследуемых в процессе анкетирования отметили, что необходимо создать специализированную службу психологической помощи для беременных и родильниц. Это говорит об осведомленности женщин о психических расстройствах, возникающих в это

важных период жизни и, возможно, о сложившихся трудностях во время протекания их беременности и родов и потребности в специализированной консультации.

**Выводы:**

1. 43,8% женщин после родов имеют склонность к развитию послеродовой депрессии, 46,9% считают необходимым создание службы психологической помощи беременным и родильницам;

2. Основными факторами риска развития послеродовой депрессии являются незапланированная беременность, отсутствие зарегистрированного брака, оперативное родоразрешение;

3. Необходима организация доступной психологической помощи в женских консультациях, куда необходимо направлять всех женщин с выявленными предикторами послеродовой депрессии.

**Список литературы:**

1. Гарнизонов Т. Послеродовая депрессия / Т. Гарнизонов, Д.Хаджиделева // Вестник по педагогике и психологии Южной сибери. – 2015. №2. – стр.58-61.

2. Прибытков А.А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня/ А.А.Прибытков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. - №1. Стр. 9-14.

3. Fiorelli, M., Aceti, F., Marini, I., Giacchetti, N., Macci, E., Tinelli, E. et al. Magnetic Resonance Imaging Studies of Postpartum Depression: An Overview// Behavioural Neurology – 2015. – Vol 1. – P. 1–7.

4. Patel M., Bailey R. K., Jabeen S., Ali S., Barker N. C., Osiezagha K. (2012). Postpartum Depression: A Review. // Journal of HealthCare for the Poor and Underserved – 2012. – Vol. 23(2) – P. 534–542.

5. Schiller C. E., Meltzer-Brody S., Rubinow D. R. (2014). The role of reproductive hormones in postpartum depression. // CNS Spectrums – 2014. – Vol.20(01). – P. 48–59.

УДК 61:618.1

**Кокорина Ю.Л., Шилина С.А., Прохорова О.В.  
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ТРАНСФОРМАЦИЯ  
ПРЕДСТАВЛЕНИЙ МОЛОДЕЖИ**

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП и педиатрического  
факультета

Уральский государственный медицинский университет Екатеринбург,  
Российская Федерация

**Kokorina Y.L., Shilina S.A., Prokhorova O.V.  
REPRODUCTIVE HEALTH: TRANSFORMATION OF YOUTH  
REPRESENTATIONS**

Department of obstetrics and gynecology Faculty of Continuing Education and  
Training