

УДК 616.895.4-055.2-058.1-02:618.39

## ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

<sup>1</sup>Никифорова Т.В., <sup>1</sup>Агаркова Л.А., <sup>2</sup>Счастный Е.Д.

<sup>1</sup>ФГБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» СО РАМН,  
Томск, e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru;

<sup>2</sup>ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Выявлены факторы, влияющие на формирование депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе. Безусловными биологическими предикторами в формировании депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе являются наследственная отягощенность аффективными расстройствами, отягощенный акушерский анамнез, личностный преморбид. Среди социальных факторов, способствующих возникновению депрессивных расстройств, показаны значимость уровня образования, наличия работы, неудовлетворенность браком, наличие детей, отсутствие поддержки со стороны друзей и родственников. Высшее образование и наличие работы у женщин с потерей плода в анамнезе обеспечивают способность профессиональной конкуренции, что, в свою очередь, затрудняет планирование беременности, при котором необходимы частые посещения врача в рабочее время, частые обследования и госпитализации. Учитывая наличие репродуктивных проблем, реализация материнских функций при максимальной профессиональной нагрузке затруднена, что и создает высокий депрессивный потенциал.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, женщины с потерей плода в анамнезе, биологические факторы, социальные факторы

## PREDICTORS OF FORMATION OF DEPRESSIVE DISORDER IN WOMEN WITH LOSS OF FETUS IN OBSTETRIC HISTORY

<sup>1</sup>Nikiforova T.V., <sup>1</sup>Agarkova L.A., <sup>2</sup>Schatsnyy E.D.

<sup>1</sup>FSBI «Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute» SB RAMSci,  
Tomsk, e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru;

<sup>2</sup>FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Factors influencing on formation of depressive disorder in women with loss of fetus in obstetric history have been revealed. Unconditioned by biological predictors in formation of depressive disorder in women with loss of fetus in history are hereditary load with affective disorders complicating obstetric history, personality premorbid. Among social factors promoting onset of depressive disorders female patients have shown significance of level of education, employment, no satisfaction with marriage, presence of children, absence of support on the side of friends and relatives. Higher education and employment in women with loss of fetus in obstetric history provide ability of professional compatibility that, in its turn, complicates planning of pregnancy when frequent visits to the doctor at working time, frequent examinations and hospitalizations are necessary. Taking into account presence of reproductive problems, performance of maternal functions with maximum professional load is complicated that creates high depressive potential.

**Keywords:** depressive disorders, women with loss of fetus in obstetric history, biological factors, social factors

В современном акушерстве, как и в современной психиатрии, особое место занимают депрессивные расстройства периода беременности. В настоящее время депрессивные расстройства считаются наиболее типичным расстройством периода беременности [14, 13, 11]. Ряд исследователей полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [15]. Депрессия в период беременности чаще наблюдается у женщин с аффективными заболеваниями, при семейной отягощенности аффективными заболеваниями, а также в тех случаях, когда беременность в прошлом сопровождалась депрессией [6, 9]. Среди психогенных факторов, приводящих к депрессивному расстройству, рассматривают выкидыши. На более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают

преждевременные роды и внутриутробная гибель плода [12]. Аффективные нарушения, наблюдаемые у женщин с привычной потерей беременности, нередко сопровождаются тяжелыми формами депрессивных расстройств [10].

**Целью** настоящей работы явилась выявление предикторов формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе для дальнейшей разработки психопрофилактических программ.

### Материал и методы исследования

Проанализирован акушерский и психопатологический анамнезы, оценен актуальный психический статус у 126 беременных женщин, находящихся на лечении на базе ФГБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» СО РАМН. 89 пациенток с верифицированным депрессивным расстройством составили основную группу, в группу контроля вошли 37 психически здоровых беременных женщин. Средний возраст пациентов основной группы был

27,9 ± 4,1, средний возраст пациентов группы контроля составил 28,3 ± 5,5 ( $p > 0,05$ ). Средний возраст начала половой жизни у женщин основной группы был 18,4 ± 2,2; у женщин контрольной группы составил 17,9 ± 1,9; Статистической разницы по этому фактору между группами не было ( $p > 0,05$ ). Возраст вступления в брак в основной группе – 21,5 ± 3,3; в контрольной группе 20,4 ± 3,1 ( $p > 0,05$ ). Количество браков в основной группе было 1,5 ± 0,6; в контрольной группе 1,4 ± 0,7 ( $p > 0,05$ ). Статистической разницы по этому фактору между группами не было. Семейное положение пациентов было следующим: среди женщин основной группы 83,2% были замужем, 16,9% – не замужем. В группе контроля наблюдалось 75,7% замужних и 24,3% незамужних женщин. Статистической разницы по этому фактору между группами не было ( $p > 0,05$ ). По наличию детей, количеству детей статистической разницы между группами не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). Представленные данные, указывают на то, что все беременные исследуемых групп были сопоставимы по представленным исследуемым факторам. Диагностика психического статуса проводилась согласно критериям МКБ-10, при этом депрессивный эпизод наблюдался у 40 пациентов (44,9%), рекуррентное депрессивное расстройство имели 47 пациентов (52,8%), дистимия встретилась в двух случаях (2,3%). Степень выраженности депрессивного расстройства в основной группе была следующей: легкая степень депрессивного расстройства наблюдалась у 59 пациентов (66,3%), средняя степень тяжести была у 30 пациентов (33,7%).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Нами были изучены факторы, влияющие на формирование депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе. При анализе социальных факторов, учитывались такие факторы, как уровень образования, наличие работы, удовлетворенность браком, наличие детей, поддержка со стороны друзей и родственников. Среди акушерских факторов, способных повлиять на формирование депрессивного расстройства, мы рассматривали менструальную функцию, исход предыдущих беременностей, время наступления беременности после предыдущей потери.

При исследовании образовательного уровня оказалось, что обследуемые основной группы намного чаще имели высшее образование – ( $n = 56$ ) 62,9%, по сравнению с группой контроля – ( $n = 13$ ) 35,1%;  $p = 0,007$ .

Мы так же исследовали фактор занятости. В нашем исследовании в основной группе работающих женщин было статистически больше 74,2%, по сравнению с женщинами контрольной группы 32,4%;  $p < 0,001$ . В контрольной группе преобладали домохозяйки.

К группе риска по развитию депрессивных расстройств в период беременности мы отнесли женщин с низкой удовлетворенно-

стью браком, выявленной катamnестически, которая отмечалась значительно чаще у женщин основной группы ( $n = 24$ ) 26,9%, по-сравнению с женщинами контрольной группы ( $n = 2$ ) 6,5%;  $p = 0,04$ .

Нами был проанализирован такой фактор, как социальная поддержка со стороны друзей и родственников, выявленный катamnестически. В основной группе чаще отмечалась слабая поддержка со стороны друзей и родственников ( $n = 29$ ) 32,6%, по сравнению с женщинами контрольной группы 5,4%;  $p = 0,001$ , что соответствует данным, представленным в научных работах [7, 8, 5]. Исследователи в области акушерства [1, 3] также указывают на значимость социальной поддержки беременных женщин при формировании депрессивного расстройства, способного осложнять течение физиологической беременности.

Отсутствие детей в семье, или воспитание ребенка с соматическим или психическим дефектом, являлись дополнительными трудностями для женщин с потерей плода в анамнезе. Мы анализировали количество детей в сравниваемых группах. Несмотря на то, что по количеству детей между группами статистических различий не было, в основной группе в 7,9% случаев наблюдалась смерть ребенка после года жизни, в контрольной группе в 1,1% случаев встретилась смерть ребенка после года жизни, что составило статистическую разницу по этому фактору между сравниваемыми группами ( $p < 0,0001$ ). В двух случаях (2,3%) женщины основной группы воспитывали ребенка с наличием диагноза детский церебральный паралич (ДЦП).

Мы анализировали количество беременностей и их исход катamnестически. В основной группе беременностей было статистически больше 4,6 ± 2,6 по сравнению с женщинами группы контроля 3,5 ± 1,9;  $p = 0,035$ . Полученные данные соответствуют данным ряда авторов, указывающих на характерные особенности акушерского анамнеза у женщин с проблемой невынашивания, которые отражаются на состоянии генеративной способности [2, 4].

При анализе исходов беременности было определено, что общее количество выкидышей в основной группе было статистически больше, (1,4 ± 0,9), чем в контрольной группе (1,0 ± 0,9),  $p = 0,03$ . Однако с помощью теста Mann-Whitney было выявлено, что по количеству спорадических и привычных выкидышей сравниваемые группы не отличались. В основной группе спорадических выкидышей было 47 (52,8%), привычные выкидыши наблюдались у 42 (47,2%) пациентов. В группе контроля спорадических

выкидышей было 23 (62,2%), привычные выкидыши встречались у 14 (37,8%) пациентов,  $p > 0,05$ .

Мы исследовали влияние психогенного и аутохтонного факторов на развитие текущего депрессивного эпизода в основной группе. Аутохтонное, спонтанное развитие расстройства наблюдалось в 62,5% случаев, психогенный фактор, повлиявший на развитие депрессивного эпизода, встречался в 37,5% случаев,  $p < 0,02$ . При проведении корреляционного анализа выявлена положительная корреляция между привычным выкидышем в анамнезе и аутохтонным развитием текущего депрессивного эпизода во время настоящей беременности, коэффициент корреляции (Spearman)  $R = 0,32$ ,  $p = 0,003$ . В случае спорадической потери беременности в анамнезе текущий депрессивный эпизод чаще возникал под воздействием психогенных факторов  $R = 0,32$ ,  $p = 0,003$ . Полученные соотношения соответствуют литературным данным о психосоциальных стрессорах, что жизненные стрессовые события чаще всего предшествуют только первому эпизоду депрессивного расстройства, а не последующим за ним [6].

Мы исследовали связь между временем, прошедшим с момента предыдущей потери плода, и наличием текущего депрессивного эпизода. У 63,9% женщин основной группы и 13,5% – группы контроля, беременность наступала в пределах 1,5 лет после предыдущей потери плода ( $p < 0,0001$ ). В пределах от 1,5 до 2,5 лет беременность наступала у 23% женщин основной группы и у 21,6% – в группе контроля, ( $p = 0,9$ ). Женщин, вынашивающих беременность, наступившую спустя 2,5 года и выше, в основной группе было 12,5%, а в группе контроля – 64,9%, ( $p < 0,0001$ ).

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшей уязвимостью для формирования депрессии являются женщины, вступающие в беременность в пределах 1,5 лет после предыдущей потери плода. В том случае, если между предыдущей потерей плода и настоящей беременностью прошло от 1,5–2,5 лет, вероятность развития депрессивного расстройства снижалась. Наступление беременности спустя 2,5 лет после предыдущей потери плода является наиболее оптимальным в рамках профилактики депрессивного эпизода.

При исследовании акушерских факторов, способных повлиять на формирование депрессивного эпизода, значимыми оказались такие состояния, как первичная дисменорея, классифицированная в рубрике № 94.4 МКБ-10. У пациентов основной

группы болезненные менструации встретились в 62,9%, что составило статистическую разницу с контрольной группой, где альгоменорея наблюдалась в 32,4% ( $p = 0,004$ ). Альгоменорея проявлялась по адренергическому типу, который характеризовался сильной головной болью, повышением температуры тела, появлением красных пятен на лице и шее, нарушением работы кишечника (запорами), сердцебиением, нарушением сна, вплоть до бессонницы. При анализе наличия хронических соматических заболеваний мы не получили статистической разницы между сравниваемыми группами. Наследственная отягощенность соматической патологией в первой группе составила 41,6%, во второй группе – 40,5%;  $p > 0,05$ , что также не было статистически значимым.

Отягощенность психической патологией в первой группе составила 40,4%, во второй группе – 27,0% ( $p > 0,05$ ), при этом количество суицидальных попыток в основной группе было в 7 раз больше по сравнению с количеством парасуицидов в группе контроля ( $p = 0,009$ ), а подростковый суицид в основной группе наблюдался в 3 раза чаще, чем в группе контроля ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует о процессе омоложения незавершенных самоубийств с максимумом суицидальной активности в возрасте от 15–34 лет, что может также говорить о раннем периоде формирования аффективной патологии.

### Выводы

В этиологии перинатальной депрессии имеют значение как биологические, нейрохимические изменения на уровне головного мозга, так и психосоциальные факторы. Безусловными биологическими предикторами в формировании депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе являются наследственная отягощенность аффективными расстройствами, отягощенный акушерский анамнез. Среди социальных факторов, способствующих возникновению депрессивных расстройств, мы выявили значимость уровня образования, наличия работы, неудовлетворенность браком, смерть ребенка в детском возрасте, отсутствие поддержки со стороны друзей и родственников. Высшее образование и наличие работы у женщин с потерей плода в анамнезе обеспечивают способность профессиональной конкуренции, что, в свою очередь, затрудняет планирование беременности, при котором необходимы частые посещения врача в рабочее время, частые обследования и госпитализации. Учитывая наличие репродуктивных проблем,

реализация материнских функций при максимальной профессиональной нагрузке затруднена, что и создает высокий депрессивный потенциал.

### Список литературы

1. Воронцова Г.М. Беременность, роды и неонатальные исходы у женщин с психическими расстройствами / Г.М. Воронцова, А.Е. Сидоров // Журнал здравоохранения Чувашии. – 2004. – № 3. – С. 20–21.
2. Воропаева Е. Е. Состояние репродуктивного здоровья пациенток со sporadическим и привычным самопроизвольным абортom // Мать и дитя: материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 279–280.
3. Добряков И.В. Депрессия в период беременности / И.В. Добряков, И.А. Колесников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 7. – С. 87–89.
4. Иванова А.Ю. Особенности акушерского анамнеза у женщин с невынашиванием беременности // Мать и дитя: материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 54–55.
5. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2010. – 14 с.
6. Смудевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
7. Смудевич А.Б. Депрессии и возможности их лечения в общемедицинской практике (предварительные результаты программы ПАРУС) / А.Б. Смудевич, Э.Б. Дубницкая, М.Ю. Дробижев // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т. 2. – № 2. – С. 23–25.
8. Шмунк Е.В. Клинические проявления расстройств депрессивного спектра и эффективность психофармакотерапии в зависимости от длительности и качественных особенностей догоспитального периода: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 18 с.
9. Carlos De las Cuevas, A' lvarez de la Rosa M., J.M. Troyano, E.J. Sanz Are psychotropics drugs used in pregnancy? // Pharmacoeconomics and drug safety. – 2007. – Vol. 16. – P. 1018–1023.
10. Cohen L.S., Altshuler L.L., Harlow B.L., Nonacs R., Newport D.J., Viguera A.C. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication // JAMA. – 2006. – Vol. 295. – P. 499–507.
11. Eyal R. Poor neonatal adaptation after utero exposure to duloxetine / R. Eyal, D. Yaeger // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165. – P. 651.
12. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy; a systematic review // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 202. – № 5. – P. 14–36.
13. Lovisi G.M., Lopez J.R., Coutinho E.S., Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil // Psychol. Med. – 2005. – Vol. 35. – P. 1485–1492.
14. Rahman A. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the devel-

oping world / A. Rahman, Z. Iqbal, R. Harrington // Psycho. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 1161–1167.

15. Suri R., Altshuler L., Hellemann G. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – P. 1206.

### References

1. Vorontsova G.M., Sidorov A.E. Journal of Health Chuvashia, 2004, no. 3, pp. 20–21.
2. Voropaeva E.E. Sostoyanie reproductivnogo zdorovja patientoc so sporadicheskim i privychnym samoproizvolnym abortom (All-Russia Scientific Forum Mother and Child), Moscow, 2011. pp. 279–280.
3. Dobryakov I.V., Kolesnicov I.A. Journal of neurology and psychiatry, 2008, no. 7, pp. 87–89.
4. Ivanova A.Yu. Osobennosti acusherscogo anamneza u zhenshin s nevnashivaniem beremennosti (All-Russia Scientific Forum Mother and Child.), Moscow, 2011, pp. 54–55.
5. Kolesnicov I.A. Nevroticheskie depressivnye rasstroystva i semeynoe funkcionirovanie u beremennykh zhenshin (v svyazi s zadachsmi psyhoterapii). St. Petersburg, 2010, 14 p.
6. Smulevich A.B. Depressii pri somaticheskikh i psyhoticheskikh zabolevaniyah. Moscow, 2003. 432 p.
7. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Drobizhem M.Yu. Psyhicheskie rasstroystva v obshey medicine, 2007, vol. 2, no. 2, pp. 23–25.
8. Shmunk E.V. Clinicheskie proyavleniya rasstroystv depressivnogo spectra i effektivnost psyhopharmakoterapii v zavisimosti ot dlitelnosti i kachestvennykh osobennostey dohospitalnogo perioda. Tomsk, 2009. 18 p.
9. Carlos De las Cuevas, Alvarez de la Rosa M., J. M. Troyano, E.J. Sanz, Pharmacoeconomics and drug safety, 2007, vol. 16, pp. 1018–1023.
10. Cohen L.S., Altshuler L.L., Harlow B.L., Nonacs R., Newport D.J., Viguera A.C., JAMA, 2006, vol. 29, pp. 499–507.
11. Eyal R. Yaeger D., Am. J. Psychiatry, 2008, vol. 165, p. 651.
12. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Am. J. Obstet. Gynecol, 2010, vol. 202, no. 5, pp. 14–36.
13. Lovisi G.M., Lopez J.R., Coutinho E.S., Patel V., Psychol. Med., 2005, vol. 35, pp. 1485–1492.
14. Rahman A., Iqbal Z., Harrington R., Psychol Med, 2003, vol. 33, pp.1161–1167.
15. Suri R., Altshuler L., Hellemann G., Am. J. Psychiatry, 2007, vol. 164, p. 1206.

### Рецензенты:

Куприянова И.Е., д.м.н., профессор, заведующая отделением профилактической психиатрии, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, г. Томск;

Михеенко Г.А., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, ФПК и ППС ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава, г. Томск.

Работа поступила в редакцию 12.09.2013.