

УДК 616.895.4+ 618.7+159.972+159.9.072.43

С.Р. Влох, Р.І. Білобровка, Л.Б. Маркін, А.Б. Зіменковський

ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ У ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ ТА ТРИВОГОЮ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

e-mail: sofiya.vlokh@gmail.com

Резюме: Зростання депресивних розладів, та підвищений інтерес до соціальної ролі жінки в сім'ї та суспільстві, суттєво впливають на актуальність вивчення депресивних розладів у жінок. Метою дослідження було вивчення психоемоційного стану жінок під час вагітності та у післяпологовий період. Проведене дослідження 90 вагітних жінок виявило депресивні та тривожні розлади неспихотичного рівня у 34 випадках (37,7%). У 23 (25,5%) жінок мали місце тривожні розлади у передпологовому періоді. Частота виникнення післяпологової депресії на 3 – 6 день після пологів склала 25 (27,7%). Результати дослідження в динаміці показали, що наявність депресивних та тривожних розладів у жінок під час вагітності є предиктором депресивних розладів упродовж післяпологового періоду.

Ключові слова: післяпологова депресія, передпологові предиктори, тривожні розлади, депресивні розлади, вагітність, післяпологовий період.

Вступ. Одним із завдань сучасної клінічної психіатрії є своєчасна діагностика депресивних розладів та надання відповідної спеціалізованої допомоги. За даними ВООЗ (2001 р.), депресивні розлади займають провідне місце серед 10 основних хвороб, що призводять до інвалідизації населення. Депресія (Д) набула у світі таких масштабів, що вже з початку 2010 р. ВООЗ прирівняла її до епідемії, яка поширюється на все людство^{1,2}. Не менш актуальною Д є й в Україні. За даними МОЗ України (2011 р.), в структурі захворюваності на психічну патологію понад 70% становлять саме психічні розлади неспихотичного рівня, серед яких переважають Д². Важливе місце серед Д займають післяпологові депресивні розлади. До них належать: материнська меланхолія, післяпологова депресія (ПД), післяпологовий психоз³.

Особливості психічного стану жінки під час вагітності привертають увагу фахівців протягом багатьох років. Вивчення післяпологових психічних розладів зустрічається ще за часів античності. Вже тоді лікарям було відомо, що у жінок після пологів частіше, ніж в інші періоди їх життя, можуть виникати психічні розлади⁴. Симптоматика ПД відповідає діагностичним критеріям клінічної Д у МКХ-10 та *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)*. Основний

відмінний критерій – розвиток депресії саме в післяпологовому періоді^{5,6}.

Поняття ПД включає в себе неоднорідні за нозологією афективні розлади різної важкості – від короткочасних знижень настрою до важкої Д з тривогою, страхами, байдужістю і ворожістю до дитини, порушеннями сну. Післяпологова Д супроводжується порушенням соціальної адаптації, зниженням якості життя, появою суїцидальних думок. У маячних і депресивних розладах післяпологового періоду зазвичай відображається ситуація пологів, материнства і відповідні сімейні обставини^{7,8}. Як правило, ПД починається в перші дні або перші 2 тижні після пологів і продовжуються від 1 до 6-7 місяців⁹. Однак, *J.L. Cox et al.* виявили, що ПД може виникати навіть через 3 роки після народження дитини¹⁰. При цьому, жінки, які страждають Д, переважно не лікувалися протягом року після її появи, оскільки не була проведена своєчасна діагностика^{11,12}.

Поряд із основними симптомами післяпологового смутку, *M.W. O'Hara* описав такі характерні симптоми, як крайній песимізм, почуття невдоволення, дратівливість, реакції протесту, скарги на важку долю, неприємні відчуття у тілі, плаксивість, нудьгу, постійні настирливі роздуми про одне й те ж. Водночас для цих хворих часто є характерними

обсесивні імпульси й думки, пов'язані зі страхом скривдити дитину, вбити, викинути через вікно, що призводить до уникання контактів із нею. Депресивні матері втрачають інтерес до дитини, перестають доглядати за нею, їх дратує дитячий плач. Іноді спостерігаються панічні страхи, тривога перед виходом із дому, надмірна турбота про власне здоров'я і здоров'я дитини¹³.

Єдиної думки щодо причин виникнення та нозологічної приналежності ПД у жінок ще не сформовано. Зокрема, *Л.Л. Баз, Г.В. Скоб-ло*¹⁴ та *J. Mark et al.*¹⁵, пріоритетного значення у розвитку депресивних розладів у породіль надають генетичним факторам. У той же час, зазначено вплив соматичної патології на виникнення ПД¹⁶. Низка авторів – *R. Kumar*¹⁷, *O. Rosenblum et al.*¹⁸, основну роль у розвитку депресивних розладів післяпологового періоду відводять психогенним впливам. Зокрема, описані переважно післяпологові депресивні розлади психотичного рівня¹⁹.

В науковій релевантній літературі іноді використовується поняття невротичної декомпенсації після пологів, для виникнення якої необхідне поєднання психогенних, соматичних, конституційних, демографічних, ятрогенних і нейроендокринних розладів. За відсутності своєчасної корекції ПД та/або наявності генетичної схильності, відповідні реакції можуть трансформуватися в нейроендокринні та нейросоматичні порушення з подальшою зміною гомеостазу²⁰.

Частота ПД, за даними окремих дослідників, сягає від 3,6 до 19%²¹, а протягом I-го післяпологового року становить 15 – 50%²². За даними *R.L. Spitzer*²³, близько 20% із 3000 обстежених амбулаторно пацієнток акушерсько-гінекологічної практики, проявляють психопатологічні розлади, які в більшості (77%) залишаються нерозпізнаними. У період вагітності ці розлади виявляються приблизно у 40% жінок, причому більше ½ (56%) складають саме Д.

Нерідко I-а фаза афективного психозу збігається в часі з вагітністю або першими тижнями післяпологового періоду (зазвичай маніфестує протягом 4 тижнів після пологів). Зокрема епідеміологічними дослідженнями останнього десятиліття встановлено швидке поширення афективної патології, а саме депресивних і тривожних розладів у жінок під час вагітності та у післяпологовому періоді. Післяпологова Д є важливим прогностичним фактором, оскільки частина рекурентних Д і біполярних афективних розладів вперше виникають у післяпологовому періоді²⁴.

У даний час ПД визнана однією з важливих суспільних проблем. Зокрема, за даними *US Department Health Human Services та Healthy People*²⁵ у 2010 р. близько 50% випадків ПД залишались не діагностованими. Крім того, більшість жінок, які страждають Д після пологів, переважно не звертаються за допомогою. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями у вигляді різноманітних соматичних симптомів, емоційної нестійкості, труднощів, пов'язаних із доглядом за дитиною⁴. Протягом життя ризик розвитку Д серед жінок у 2 рази вище, ніж у чоловіків. Ризик підвищується на кожному з етапів репродуктивного циклу, що проявляється у розвитку специфічних розладів – передменструальних, клімактеричних і післяпологових²².

Суперечливість поглядів на етіологію, нозологічну приналежність ПД, відсутність систематизованих описів клінічної картини та факторів ризику цієї патології визначає актуальність дослідження післяпологових депресивних розладів.

Мета дослідження. Визначити частоту післяпологових депресивних розладів у жінок із депресією та реактивною, особистісною тривожністю під час вагітності. З'ясувати психоемоційний стан жінок у період вагітності, пологів і післяпологовий період, що мають значення для оцінки ефективності проведення психологічної підготовки до пологів, із перспективою прогнозування та профілактики ПД.

Матеріали та методи дослідження. Використано методи: системного аналізу, бібліографічний, клініко-анамнестичний з проведенням структурованого психіатричного інтерв'ю, клініко-психопатологічний, клініко-статистичний, експериментально-психологічний, соціально-демографічний, психо-динамічної діагностики, клініко-епідеміологічний, математико-статистичний. На підставі результатів аналізу релевантних наукових літературних даних виділені найбільш чутливі та специфічні скринінгові, клінічні шкали для виявлення порушень в афективній сфері у жінок у передпологовому та післяпологовому періодах. Рівень тривожності визначався за допомогою шкал реактивної та особистісної тривожності *Ч.Д. Спілбергера-Ханіна* і шкали тривожності *Гамільтона*. Рівень вираженості депресивної симптоматики перед пологами визначався за допомогою шкали *Д Бека*. Рівень вираженості депресивної симптоматики після пологів оцінювався за *Єдинбурзькою* шкалою ПД.

Статистична обробка даних проводилася на *IBM PC Pentium-V* із використанням програми *Excel* із визначенням таких статистичних параметрів, як середнє значення, середнє квадратичне відхилення, довірча імовірність, коефіцієнт *Стюдента*, мінімальне і максимальне значення, число валідних випадків.

Дослідження проводились на базі кафедри акушерства та гінекології: пологових відділень 3-ої міської комунальної лікарні, 1 міської комунальної лікарні ім. Князя Лева та на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО (факультет післядипломної освіти): гінекологічне відділення Львівської міської клінічної комунальної лікарні швидкої медичної допомоги.

Вивчено психологічні особливості 90 жінок на різних термінах вагітності (від 13 до 41 тижнів) та в післяпологовому періоді. Вік досліджуваних жінок знаходився в діапазоні від 20 до 39 років, кількість першородячих становила – 55 жінок, повторнородячих – 35 жінок (табл. 1). Критерієм залучення пацієнток до дослідження була вагітність у I-му, II-му, і у III-му триместрах, та післяпологовий період, благополучний соціально-економічний статус, наявність вищої або незакінченої вищої освіти. Критерії виключення: жінки з наявністю гострого психотичного стану; пацієнтки, які не бажають заповнювати опитувальники; пацієнтки, які страждають вираженою розумовою відсталістю; важкі соматичні захворювання.

Таблиця 1. Характеристика вибірки пацієнтів

Показник	Усі вагітні	Дослідна група 1	Дослідна група 2	Контрольна група
Кількість хворих, n (%)	90 (100)	34 (37,7)	23 (25,5)	33 (36,6)
Середній вік, роки	29	29	28	29
Вагітність та пологи за рахунком	Пр* – 55 (61,1%) По* – 35 (38,8%)	Пр – 21 (61,7%) По – 13 (38,2%)	Пр – 13 (56,5%) По – 10 (43,4%)	Пр – 21 (63,6%) По – 12 (36,3%)

Примітки: *першородяча (Пр), повторнородяча (По)

Всі включені в дослідження пацієнтки були поінформовані про цілі обстеження і підписали письмову інформовану згоду стандартного взірця. Відповідно до розробленої методики на основі суцільної вибірки було послідовно відібрано 90 вагітних, яким було запропоновано участь у дослідженні.

Дослідження складалося з декількох етапів і було спрямоване на послідовне вирішення конкретних завдань у відповідності з метою роботи. Всі жінки брали участь у комплексному клініко-психологічному та експериментально-психологічному дослідженні. На I-му етапі вагітним надавалася інформація про цілі та завдання дослідження, умови його проведення. Далі пропонувалося заповнити опитувальник щодо визначення психоемоційного стану. Також жінки проходили плановий огляд у консультації у зв'язку з вагітністю за стандартною методикою.

Було проведено клініко-психопатологічне дослідження та сформовано 3 групи жінок. У I-шу групу вагітних увійшли 34 (37,7%) жінки із виявленими депресивними і тривожними розладами в передпологовому періоді. В II-гу групу – 23 (25,5%) жінки із виявленими тривожними розладами у передпологовому періоді. Групу порівняння (контрольна гру-

па) склали 33 (36,6%) вагітних, в яких при клініко-психопатологічному обстеженні не було виявлено вираженої психопатології. Жінки були опитані до – та після пологів (3-6 день). Конфлікту інтересів не було.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі жінки, які увійшли в дослідження, дворазово були оглянуті психіатром до та після пологів. Дослідження проводилося на різних термінах вагітності (від 13 до 41 тижнів) і також на 3, 6 днях післяпологового періоду.

Для остаточного аналізу були відібрані дані 90 пацієнток. Середній вік обстежених жінок склав 29 років. Більшість із них – 85 (94,4%) перебували в зареєстрованому шлюбі, 1 (1,1%) – у цивільному, 4 (4,4%) – були самотні. Кількість першо- і повторнородячих становила 55 (61,1%) і 35 (38,8%) пацієнток, відповідно. Спадкова обтяженість психічними захворюваннями зазначалася у 8 (8,8%) обстежених. Із метою досягнення поставлених завдань і проведення порівняльного аналізу з досліджуваною популяцією пацієнток були виділені та проаналізовані наступні групи жінок: 1) жінки з Д і тривожністю в передпологовому періоді – 34 (37,7%); 2) жінки з тривожними розладами в передполого-

вому періоді – 23 (25,5%); 3) контрольна група – 33 (36,6%) пацієнтки.

Результати проведеного клініко-синдромологічного аналізу дозволили виділити 3 підгрупи пацієнток, а саме: підгрупу із тривожно-депресивними розладами неспихотичного рівня, $n=34$ (37,7%); підгрупу із тривожними розладами неспихотичного рівня, $n=23$ (25,5%); та жінок, в яких при клініко-психопатологічному обстеженні не було виявлено вираженої психопатології, $n=33$ (36,6%).

При тривожно-депресивному типі розладів провідною в клінічній картині була тривожна симптоматика на тлі зниженого настрою. Прояви Д характеризувалися стійко зниженим настроєм із переживанням почуття пригніченості, «відсутності радості», складністю здійснення інтелектуальних операцій.

Аналізуючи результати діагностики, отримані за допомогою шкали особистісної та реактивної тривожності *Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна*, можна зазначити, що у всіх жінок спостерігався той чи інший рівень тривожності під час вагітності.

Особистісна та реактивна тривожність виявлена в 3-х групах досліджуваних жінок: 1) високий рівень особистісної тривожності – у 32,2% вагітних; 2) високий рівень реактивної тривожності – у 20% вагітних (рис. 1).

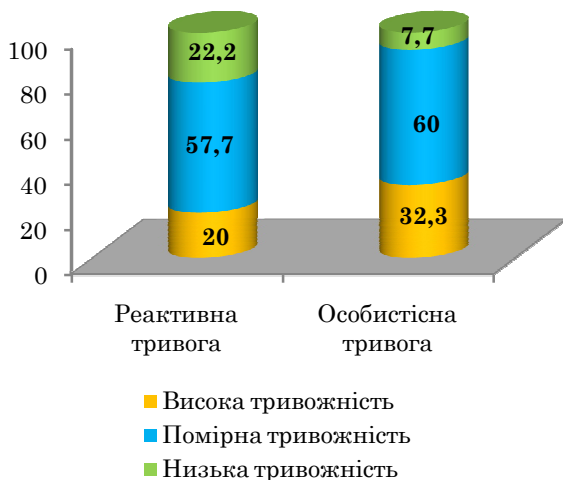


Рис. 1. Співвідношення реактивної та особистісної тривоги за шкалою *Спілбергера-Ханіна* (на прикладі жінок, які увійшли в дослідження)

За результатами шкали тривожності *Гамільтона* ми виявили наявність психовегетативних розладів – вегетативно-судинних, больових, емоційно-афективних, а саме: у 46% жінок спостерігалися симптоми тривоги, у 7% – тривожний стан (рис. 2).

Тривога проявлялася у вигляді «неясного почуття небезпеки», «внутрішньої напруги»,

«очікування чогось неприємного, поганого». Жінки скаржилися на «безпричинний страх», «невизначене хвилювання». Тривожні розлади мали «генеративну» фабулу: в переживаннях хворих відбивалися занепокоєння за здоров'я дитини, побоювання, пов'язані з початком годування, сумніви в можливості впоратися з материнськими обов'язками.

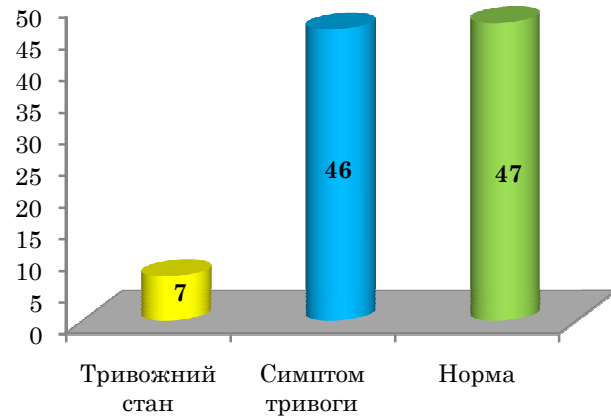


Рис. 2. Шкала тривоги *Гамільтона* (на прикладі жінок, які увійшли в дослідження)

У всіх хворих виявлялися дисомнічні розлади у формі поверхневого, неспокійного сну з частими пробудженнями. Спостерігалися соматовегетативні прояви тривоги у вигляді тремору рук, лабільності артеріального тиску, підвищеної пітливості, тахікардії, у формі «неприємних відчуттів, важкості» в епігастральній ділянці, періодичної нудоти, ознобу. Також мало місце непродуктивне підвищення рухової активності, «непосидючість», відволікання. У породіль звертала на себе увагу «неспокійна» міміка, тривожний вираз обличчя, блукаючий погляд, прискорена мова.

З метою уточнення емоційно-афективних розладів у вагітних були проаналізовані результати тестів *Бека*. За цим тестом визначали ступінь Д, середній бал якої становив $12,83 \pm 1,07$, що відповідає помірній Д. При патопсихологічному обстеженні у вагітних із тривожними розладами був виявлений в 3 рази вищий показник вираженості Д, ніж у жінок контрольної групи.

Результати дослідження 3-х груп жінок за шкалою депресії *Бека* встановили, що у 34 (37,7%) жінок, мала місце передпологова депресія. Глибина передпологових депресивних розладів відповідала легкому депресивному епізоду (F32.0 за МКХ-10) у 24 (26,6%) жінок, помірному депресивному епізоду (F32.1 за МКХ-10) – у 8 (8,8%) жінок, важкому депресивному епізоду (F32.2 за МКХ-10) – у 2 (2,2%) жінок (рис. 3).

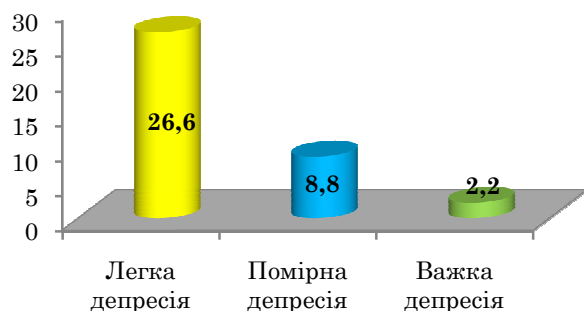


Рис. 3. Шкала депресії Бека (на прикладі жінок, які увійшли в дослідження)

Результати обчислень із подальшим співставленням їх із нормативними межами різних ступенів тривоги показали високий рівень

тривожності як реактивної, так і особистісної (45,35±2,38 і 44,32±3,3) відповідно.

Було проведено попарне порівняння значень за шкалами тривожності та Д у 3х групах до пологів. Достовірні розбіжності виявлено у рівні реактивної, особистісної тривожності та Д у групах 1 та 2 порівняно з контрольною групою ($p1 < 0,001$) (табл. 2).

За результатами обчислень показників Единбурзької шкали ПД у I-й, II-й та контрольній групах досліджуваних було виявлено 25 (27,7%) жінок із наявністю ПД. Їх було поділено на 3 підгрупи за кількістю набраних балів: 9-10 балів – наявність легкої ПД (9 жінок), 11-12 балів – середній рівень ПД (6 жінок), 13-30 балів – високий рівень ПД (10 жінок).

Таблиця 2. Показники особистісної, реактивної тривоги та Д у обстежених жінок під час вагітності.

Показник	Дослідна група 1 n=34 (37,7%)	Дослідна група 2 n=23 (25,5%)	Дослідна група 3 n=33 (36,6%)	p1	p2	p3
Рівень особистісної тривожності за шкалою Спілберґера-Ханіна	45,35±2,38	41,00±2,29	34,88±1,51	$p1 < 0,001$	$p2 < 0,001$	$p3 < 0,001$
Рівень реактивної тривоги за шкалою Спілберґера-Ханіна	44,32±3,3	38,32±2,46	33,12±1,94	$p1 < 0,001$	$p2 < 0,001$	$p3 < 0,001$
Показник за шкалою тривожності Гамільтона	11,82±1,73	11,74±1,36	4,06±0,66	$p1 < 0,001$	$p2 < 0,001$	$p3 < 0,01$
Показник депресії Бека	12,83±1,07	5,92±0,89	4,39±0,60	$p1 < 0,001$	$p2 < 0,001$	$p3 < 0,001$

Примітки: p1 – достовірність показників між I-ю і III-ю групами;
p2 – між II-ю та III-ю групами;
p3 – між I-ю та II-ю групами;

Таким чином, із I-ї групи жінок із тривожними та депресивними розладами – 17 (50%) пацієнток мали ПД. З II-ї групи жінок із

тривожними розладами – 5 (21,7%) мали ПД. З контрольної групи було виявлено 3 (9%) жінки із ПД.

Висновки:

1. Результати проведеного дослідження виявили депресивні та тривожні розлади непсихотичного рівня у 34 (37,7%). У 23 (25,5%) жінок виявлено тривожні розлади у передпологовому періоді.
2. Частота виникнення післяпологової депресії серед 90 жінок на 3-6 день після пологів склала 25 (27,7%). Глибина післяпологових депресивних розладів в основному відповідає легкому, помірному депресивному епізоду.
3. Результати дослідження в динаміці показали, що наявність депресивних та три-

4. Отримані в роботі результати можуть бути використані, при побудові програм профілактики та корекції післяпологової депресії, та, відповідно, покращити якість надання медичної допомоги цій категорії жінок, що має певне медико-соціальне значення.

Література:

1. Баз Л. Искажение материнского поведения при послеродовых депрессиях: влияние ран-

него и актуального жизненного опыта женщины / Л.Баз, Г.В. Скобло // Социальное и

ISSN 2070-3112

- душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь: матер. Всерос. научно-практич. конф. 22-25 сентября 1998. – Москва, 1998. – С. 147-150.
2. Бачеригов Н.Е. Психические расстройства послеродового периода / Н.Е. Бачеригов, К.В. Михайлова // Клиническая психиатрия. Под ред. Бачеригова, Н.Е. – Киев, 1989. – С. 249-251.
 3. Слабкий Г.О. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії : [метод. реком.] / за ред. Г.О. Слабкого. – Київ, 2011. – 32 с.
 4. Bagedahl-Strindlund M. Postnatal depression: a hidden illness / M. Bagedahl-Strindlund, K.M. Borjesson // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1998. – №4. – P. 272–275.
 5. Cox J.L. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression / J.L. Cox, D. Murray, G. Chapman // Br. J. Psychiatry. – 1993. – №163. – P. 27–31.
 6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition (DSM-5). – American Psychiatric Association. – 2013. – 848 p.
 7. Kendell R.E. Epidemiology of puerperal psychoses / R.E. Kendell, J.C. Chalmers, C. Platz // Br. J Psychiatry. – 1987. – №150. – P. 662-673.
 8. Kumar R. A prospective study of emotional disorders in childbearing women / R. Kumar, K. Robson // Br. J. Psychiatry. – 1984. – №144. – P. 35-47.
 9. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective / R. Kumar // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 1994. – №29. – P. 250-264.
 10. Leitch S. Postpartum Depression: A Review of the Literature / Leitch S. – St. Thomas, Ontario: Elgin-St. Thomas Health Unit. – 2002. – P. 5-8.
 11. Mark J. The psychological treatment of depression / J. Mark, G. Williams // London and New York, 1992. – 291 p.
 12. Miller L.J. Postpartum depression / L.J. Miller // JAMA. – 2002. – № 287. – P. 762-765.
 13. Murray L. Postpartum Depression and Child Development / L. Murray, P.J. Cooper // London, 1997. – P. 38-42.
 14. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples / S.J. Johnstone, P.M. Boyce, A.R. Hickey [et al.] // Aust. NZJ Psychiatry. – 2001. – №35. – P.69–74.
 15. O'Hara M.W. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors / O'Hara M.W., Neunaber D.J., Zekoski E.M. // Journal of Abnormal Psychology. – 1984/ – №93. – P.158-171.
 16. O'Hara M.W. Postpartum depression / M.W. O'Hara. – Verlag, 1994. – P. 169–217.
 17. O'Hara M.W. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis / M.W. O'Hara, A.M. Swain // Int. Rev. Psychiatry. 1996. – № 8. – P. 37–54.
 18. Paffenbarger R.S. Epidemiological aspects of mental illness associated with childbearing / Paffenbarger R.S. // Motherhood and Mental Illness / I.F. Brockington, R. Kumar (Eds.),. – London: Academic Press. – 1982. – 948 p.
 19. Rosenblum O. Mother and infant involvement states and maternal depression / O. Rosenblum, P. Mazet, H. Benony // Inf. Mental Health J. – 1997. – Vol.18. – №4. – P. 350-363.
 20. Salmans S. Depression: Questions You Have – Answers You Need / S.Salmans // People's Medical Society. – 1997. – 643 p.
 21. The World Health Report 2001: Determinants of mental and behavioural disorders // World Health Organization. [Електронний ресурс]. – 2001. – Режим доступу: <http://www.who.int>.
 22. US Department Health Human Services, 2000; Healthy People 2010. – 245 p.
 23. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study / R.L. Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – №183. – P. 759–769.
 24. Wisner K.L. Clinical practice. Postpartum depression / K.L. Wisner, B.L. Parry B. L. & C.M. Piontek // N.Engl.J.Med. – 2002. – №347. – P. 194-199.
 25. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines Geneva: World Health Organization. – 1993. – 865 p.

УДК 616.895.4+ 618.7+159.972+159.9.072.43

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ И ТРЕВОГОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

С.Р. Влох, Р.И. Билобровка, Л.Б. Маркин, А.Б. Зименковский

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Резюме: Рост депрессивных расстройств и повышенный интерес к социальной роли женщины в семье и в обществе существенно влияют на актуальность изучения депрессивных расстройств у женщин. Целью исследования было изучение психоэмоционального состояния женщин во время беременности и в послеродовой период. Проведенное исследование 90 беременных женщин выявило депрессивные и тревожные расстройства не психотического уровня в 34 (37,7%) женщин, а в 23 (25,5%) – тревожные расстройства в передродовом периоде. Частота возникновения послеродовой депрессии на 3-6 день после родов составила у 25 (27,7%) женщин. Результаты исследования в динамике показали, что наличие депрессивных и тре-

возможных расстройств у женщин во время беременности является предиктором депрессивных расстройств в течение послеродового периода.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, передродовые предикторы, тревожные расстройства, депрессивные расстройства, беременность, послеродовой период.

UDC 616.895.4+ 618.7+159.972+159.9.072.43

POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WITH DEPRESSION AND ANXIETY DURING PREGNANCY

S.R. Vlokh, R.I. Bilobryvka, L.B. Markin, A.B. Zimenkovsky

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: Increase of depression rates and growing interest to social role of women in the family and in society prove the topicality of studying depression disorders in women. The aim of study was to estimate emotional state of women during pregnancy and in the postpartum period. Screening of 90 pregnant women revealed that 34 women (38% of the sample) had non-psychotic depressive and anxiety disorders, 23 women (or 25.5%) had anxiety disorders. Examination of 90 women after delivery (3-6 days) determined that 25 women (27.7%) possessed postpartum depression. Results of the study prove that levels of anxiety and depression during pregnancy are significant predictorial factors of postpartum depression.

Keywords: postpartum depression, prenatal predictors, anxiety disorders, depressive disorders, pregnancy, postpartum period.

Надійшла до редакції 23.08.2015 р.