

А.Н. Фоменко, Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный
**ПОСЛЕРОДОВЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН
СО ЗДОРОВЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ И С ДЕТЬМИ-
ПАЦИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
каф. психиатрии и наркологии*

Резюме. Исследовано 113 женщин в послеродовом периоде (пациентки перинатального центра СПбГПМУ). Они были разделены на 2 группы: 1 группа – женщины (78 чел.), чьи дети выписались через 3-6 дней после родов (обследование проходило в амбулаторных условиях); 2 группа – женщины (35 чел.), дети которых все время обследования были пациентами отделения перинатальной патологии. Все женщины были обследованы дважды: первый раз в течении 10 дней после родов, повторно через месяц после родов. Методы обследования: клинико-anamnestический и клинико-психопатологический методы, в качестве инструментов последнего применялись: Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS); госпитальная шкала тревоги и депрессии; модифицированная шкала Снейта-Гамельтона, СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности). Результаты показали, что при первичном обследовании достоверных различий в группах не обнаружено по степени тяжести по EPDS ($\chi^2=0,884$, $p=0,347$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=3,326$, $p=0,334$) и депрессии ($\chi^2=0,465$, $p=0,793$), а при повторном обследовании выявлены достоверные отличия между степенями тяжести в 1 и во 2 группах по EPDS ($\chi^2=20,214$, $p=0,0001$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=29,166$, $p=0,0001$) и депрессии ($\chi^2=18,459$, $p=0,0001$). Таким образом в 1 группе отмечена тенденция на уменьшение степени тяжести по всем показателям. При помощи СМОЛ удалось выявить что, в 1ой группе достоверно преобладало среднее значение шкалы «Психастения», а во 2-й – шкалы «Паранойальность». Таким образом у женщин, длительно, находящихся на отделении патологии новорожденных выявлена склонность к утяжелению или затягиванию проявлений послеродовых аффективных расстройств, что может указывать на значимую роль психогенных факторов в развитии данных заболеваний.

Ключевые слова: послеродовые аффективные расстройства, послеродовая депрессия, психогенные факторы.

Актуальность. В настоящее время в России продолжает увеличиваться число перинатальных центров – специализированных родовспомогательных учреждений, предназначенных для помощи при патологии беременности и дальнейшей помощи новорожденному. В перинатальных центрах осуществляется ведение беременности и родов у женщин, страдающих такими заболеваниями как сахарных диабет, патология сердечно-сосудистой системы, системы гемостаза и другими экстрагенитальными патологиями. Отдельно стоит выделить патологию течения беременности: тяжелые токсикозы и гестозы, эклампсия, неправильное предлежание плода, невынашивание беременности и другие. Следует отметить, что, несмотря на тяжелую патологию беременности, в наше время возможен благополучный исход для женщины и новорожденного. Благодаря специализированной помощи беременная женщина получает шанс стать счастливой матерью и испытать все радости материнства.

Значительных успехов достигла отечественная неонатология. По статистическим данным за последние годы резко снизился показатель младенческой

смертности [1]. Удаётся выхаживать новорожденных с низкой массой тела и пороками развития. Для таких детей используются новейшие достижения, выполняются высокотехнологичные операции. Однако, несмотря на успехи в данных областях, с ростом перинатальных центров возникает множество сопутствующих проблем, одна из которых послеродовые депрессии, которые отмечаются как у женщин с патологией беременности, так и у женщин с нормально протекающей беременностью [14]. Вероятно, тяжелое психическое состояние при патологии беременности осложняется неблагоприятным состоянием новорожденного, когда сложно сказать: каков будет прогноз, выживет ребенок или нет, будет ли он здоров.

Закономерности формирования и течения послеродовых аффективных расстройств, подходы к их терапии в последние десятилетия изучаются и широко дискутируются. Ряд авторов отрицает нозологическую специфичность послеродовых психозов, относя их либо к эндогенным психозам (биполярно-аффективному расстройству, шизофрении), либо к инфекционному [4, 6, 13], другие авторы считают их группой отдельных заболеваний со своей специфической этиологией, патогенетическим механизмом развития и клиникой [10, 15, 16].

Термин генерационные психические расстройства объединяет психические расстройства, которые возникли во время беременности, после родов и в лактационный период (от 1,5 до 9 месяцев после родов), но в послеродовом периоде уровень психических заболеваний максимальный, по сравнению со всеми остальными периодами жизни женщины. [9, 12]. Вероятней всего послеродовые психические расстройства – это группа заболеваний с синдромальным и нозологическим полиморфизмом, но однозначной общепризнанной позиции по этому вопросу пока не имеется.

Важным и актуальным разделом является влияние аффективных расстройств (тревожного и депрессивного типов), сформированных в течение беременности, на различные аспекты постнатального здоровья матери и ребенка. Обозначенная проблема формулируется в литературе как влияние пренатального стресса (или антенатальной тревоги, антенатальной депрессии) на течение и исход беременности, на состояние матери и новорожденного после рождения, в том числе на формирование синдрома грусти рожениц (синдром «блюз»), на развитие отношений детско-материнской привязанности. При этом до конца не изучены факторы перехода «блюз-синдрома» в постнатальную депрессию.

Цель работы – сравнительное изучение динамики и выраженности аффективных послеродовых расстройств у женщин со здоровыми новорожденными и женщин, чьи дети проходили лечение в отделении неонатальной патологии.

Задачи: изучение формирования групп женщин с риском развития послеродовых аффективных расстройств с помощью скрининговой методики; изучение структуры и выраженности послеродовых аффективных расстройств с помощью рейтинговых шкал самооценки; изучение личностного профиля пациенток с послеродовыми аффективными расстройствами.

Материал и методы исследования. В работе использованы клиничко-анамнестический метод: использовалась разработанная анамнестическая карта, в которой регистрировалось качественные (номинативные) характеристики, в том числе по бинарному принципу (наличие/отсутствие признака); клиничко-психопатологический метод. В частности Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS) [11]. Методика EPDS является скрининговым инструментом для выявления послеродовых аффективных (депрессивных) расстройств. Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 5 – отсутствие симптомов послеродовой депрессии, от 5 до 12 – вероятность субклинических проявлений послеродовой депрессии, 12 и выше – вероятность клинически выраженных проявлений послеродовой депрессии [5]; госпитальная шкала тревоги и депрессии [18]. Преимущество методики заключается в простоте применения и обработки данных, что определяет ее использование в условиях общесоматической практики для первичного выявления тревожных и депрессивных расстройств. Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 8 – отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии, от 8 до 11 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 12 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия; шкала ангедонии (Snaithe-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) [17]. Используется для изучения выраженности когнитивных, эмоционально-эстетических, социальных и соматовегетативных проявлений ангедонии. Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ) [3] использовался для исследования личностного профиля пациенток;

Обследовано 113 женщин в послеродовом периоде, пациенток перинатального центра СПбГПМУ. Роды у всех женщин проходили в родильном отделении перинатального центра.

Критерии включения пациенток в исследование: 1) женщины, роды у которых проходили в перинатальном центре СПбГПМУ; 2) временной период – 4-10 дней после родов; 3) суммарный балл по Эдинбургскому опроснику послеродовой депрессии – 5 и выше. Критерии исключения: 1) женщины с тяжелыми послеродовыми соматическими осложнениями; 2) пациентки, отказавшиеся от обследования.

Все пациентки прошли повторное обследование во временной период от 30 до 36 дней после родов. На этом этапе были выделены 2 группы пациенток: 1 группа – женщины (78 чел.), чьи дети выписались через 3-6 дней после родов. Обследование проходило в амбулаторных условиях; 2 группа – женщины (35 чел.), дети которых в указанный временной период были пациентами отделения перинатальной патологии.

Полученные результаты и их обсуждение. Средние значения характеристик обследованных пациенток представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения характеристик обследованных пациенток.

Характеристики	значение		Среднее значение			Асимметрия (стандартная ошибка – 0,227)	Экссесс (стандартная ошибка – 0,451)
	Мин.	Макс.	М	m	σ		
Возраст матерей	18	40	28,90	0,535	5,691	-0,080	-0,400
Гестационный возраст ребенка	26	43	36,40	0,359	3,821	-0,820	-0,305
Вес ребенка при рождении	950	5150	2994,69	74,779	794,910	-0,089	-0,074
Длина тела при рождении	28	59	48,35	0,534	5,682	-1,135	1,974
1*	5	29	15,12	0,464	4,928	0,270	-0,143
1**	1	16	8,51	0,324	3,449	0,089	-0,453
2*	3	18	12,01	0,290	3,087	0,010	-0,321
3*	3	19	12,59	0,368	3,911	-0,146	-0,924
2**	2	13	7,36	0,202	2,143	0,109	0,205
3**	0	15	7,53	0,290	3,080	0,400	-0,181
4*	22	51	37,80	0,753	8,001	-0,076	-0,817
4**	20	45	31,65	0,610	6,483	0,086	-0,946

Условные обозначения: 1* - суммарный балл Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии при первичном осмотре; 1** - суммарный балл Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии при повторном осмотре; 2* - суммарный балл госпитальной шкалы тревоги при первичном осмотре; 2** - суммарный балл госпитальной шкалы тревоги при повторном осмотре; 3* - суммарный балл госпитальной шкалы депрессии при первичном осмотре; 3** - суммарный балл госпитальной шкалы депрессии при повторном осмотре; 4* - суммарный балл шкалы ангедонии при первичном осмотре; 4** - суммарный балл шкалы ангедонии при повторном осмотре

Полученные результаты и их обсуждение.

Результаты клинико-психопатологического обследования.

При первичном обследовании клинически выраженные проявления депрессии были у 79,8% матерей, а при использовании Эдинбургской шкалы 12 и более баллов было у 72,75%, в связи с чем можно отметить, что видимые проявления депрессии совпадают с соответствующими баллами по шкале послеродовой депрессии.

Наиболее типичными проявлениями, присущие большинству матерей были лабильное настроение, в том числе тоскливость и подавленность, астения, сложность сосредоточения, раздражительность и тревога за ребенка.

В литературе отмечается, что ангедония часто является ведущим симптомом при послеродовой депрессии, но внешние ее проявления не являются ярко выраженными и заметными со стороны. Клинически ангедония проявляется в виде отсутствие желания к побуждению какой-то бы ни было деятельности, безразличие к окружающему, в том числе к близким и новорожденному. Притупление или полное исчезновение теплых чувств к ребенку вызывает чувство вины и отчаяние у матери, усугубляя ее психическое состояние [5]. В связи со значимостью этого симптома и было решено использовать отдельную шкалу для его идентификации.

В зависимости от личных особенностей и соматического состояния женщины, ситуационных моментов клинические проявления депрессии могут сильно отличаться друг от друга в каждом конкретном случае [8].

Выделяют следующие клинические варианты депрессий, в частности послеродовых, в зависимости от преобладания определенной симптоматики: меланхолическая, апатическая, астеническая, анестетическая, тревожная, ипохондрическая, депрессия с навязчивостями, маскированная [2, 7, 8]. По нашим же наблюдениям чаще всего среди послеродовых депрессий встречаются астенические, тревожные, депрессии с навязчивостями и маскированные.

Результаты шкалы послеродовой депрессии. Степени тяжести по шкале послеродовой депрессии при первичном обследовании представлены в таблице № 2. Достоверных различий по количеству степеней тяжести шкалы 1 и 2 групп не обнаружено ($\chi^2=0,884$, $p=0,347$).

Таблица 2.
Степени тяжести по шкале послеродовой депрессии пациенток 1 и 2 группы при первичном обследовании.

Степени тяжести	Все пациентки (n=113)		1 группа (n=78)		2 группа (n=35)	
Относительный риск развития послеродовой депрессии (5-11 баллов)	29	25,7%	18	23,1%	11	31,4%
Большая вероятность послеродовой депрессии (12 и более баллов)	84	74,3%	60	76,9%	24	68,6%
Всего	113	100,0%	78	100,0%	35	100,0%

На рисунке 1 представлены степени тяжести по шкале послеродовой депрессии при повторном обследовании. Выявлены достоверные отличия между степенями тяжести в 1 и во 2 группах ($\chi^2=20,214$, $p=0,0001$; V Крамера=0.423, $p=0,0001$). Т. е. количество тяжелых степеней по методике EPDS достоверно преобладало.

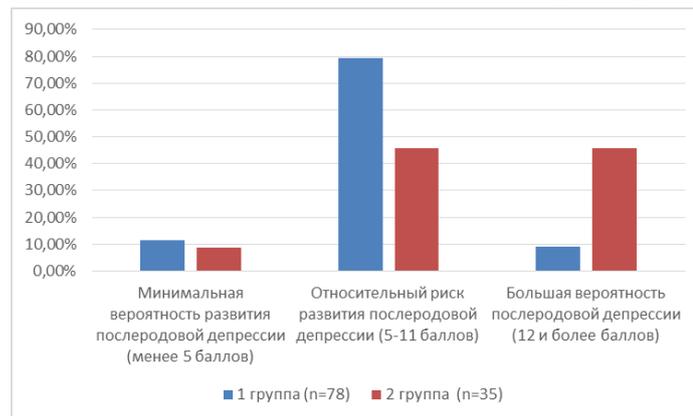


Рис. 1. Степени тяжести по шкале послеродовой депрессии пациенток 1 и 2 группы при повторном обследовании.

Результаты госпитальной шкалы тревоги. Количество степеней тяжести по госпитальной шкале тревоги при первичном обследовании пациентов 1 и 2 групп представлено в таблице 3. Достоверных различий не выявлено ($\chi^2=3,326$, $p=0,334$; V Крамера=0,172, $p=0,344$).

Таблица 3.

Степени тяжести по госпитальной шкале тревоги пациенток 1 и 2 группы при первичном обследовании.

Степени тяжести	Все пациентки (n=113)		1 группа (n=78)		2 группа (n=35)	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
отсутствие выраженных симптомов тревоги (сумма баллов от 0 до 8)	6	5,3%	4	5,1%	2	5,7%
субклинически выраженная тревога (сумма баллов от 8 до 11)	41	36,3%	31	39,7%	10	28,6%
клинически выраженная тревога (сумма баллов 12 и более)	65	57,5%	43	55,1%	22	62,9%
Всего	113	100,0%	78	100,0%	35	100,0%

При повторном обследовании (рисунок 2) количество более тяжелых степеней по госпитальной шкале тревоги достоверно преобладало ($\chi^2=29,166$, $p=0,0001$; V Крамера=0,508, $p=0,0001$).

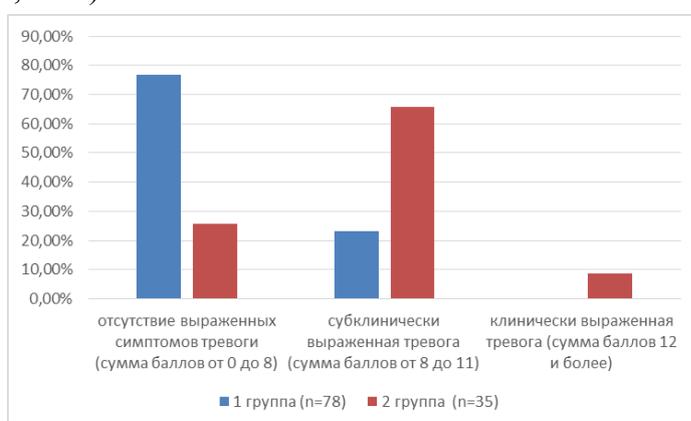


Рис. 2. Степени тяжести по госпитальной шкале тревоги пациенток 1 и 2 группы при повторном обследовании.

Результаты госпитальной шкалы депрессии. Достоверных различий между степенями тяжести по шкале госпитальной депрессии не обнаружено ($\chi^2=0,465$, $p=0,793$; V Крамера=0,064, $p=0,793$) (таблица № 4). При повторном обследовании данные различия получены ($\chi^2=18,459$, $p=0,0001$; V Крамера=0,404, $p=0,0001$) (рисунок 3).

Таблица 4.

Степени тяжести по госпитальной шкале депрессии пациенток 1 и 2 группы при первичном обследовании.

Степени тяжести	Все пациентки (n=113)		1 группа (n=78)		2 группа (n=35)	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
отсутствие выраженных симптомов депрессии (сумма баллов от 0 до 8)	15	13,3%	11	14,1%	4	11,4%
субклинически выраженная депрессия (сумма баллов от 8 до 11)	31	27,4%	20	25,6%	11	31,4%
клинически выраженная депрессия (сумма баллов 12 и более)	67	59,3%	47	60,3%	20	57,1%
Всего	113	100,0%	78	100,0%	35	100,0%

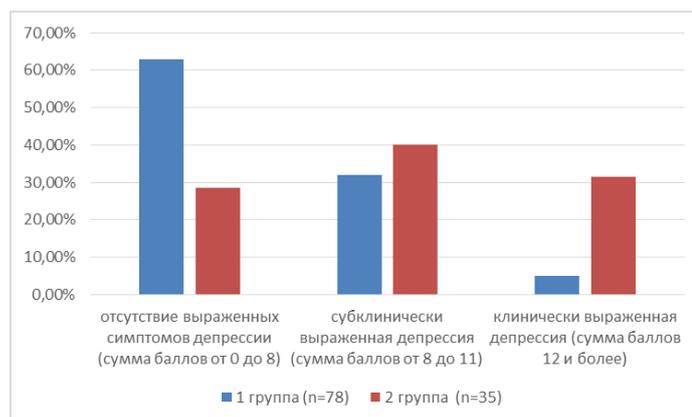


Рис. 3. Степени тяжести по госпитальной шкале тревоги пациенток 1 и 2 группы при повторном обследовании

Данные о статистическом различии характеристик (в т. ч. средних значений рейтинговых шкал) пациенток 1 и 2 группы представлены в таблице № 5.

Таблица 5.

Различия характеристик пациенток 1 и 2 группы.

Характеристики	1 группа (n=78)			2 группа (n=35)			Достоверность различий p	
	Среднее значение		Медиана	Среднее значение		Медиана		
	М	m		М	m		критерий U Манна-Уитни	критерий Стьюдента
Возраст матери	28,90	0,571	28,50	28,91	1,184	31,00	0,995	0,990
Гестационный возраст ребенка	38,65	0,173	39,00	31,37	0,383	32,00	0,0001	0,0001
Вес ребенка при рождении	3278,7	74,25	3375,0	2361,7	120,73	2200,0	0,0001	0,0001
Длина тела при рождении	50,81	0,395	51,00	42,86	0,984	43,00	0,0001	0,0001
1*	15,68	0,586	16,00	13,89	0,699	14,00	0,050	0,053
1**	7,82	0,326	8,00	10,06	0,694	10,00	0,004	0,005
2*	11,90	0,353	12,00	12,26	0,516	12,00	0,591	0,569
3*	12,77	0,445	13,00	12,20	0,660	12,00	0,464	0,477
2**	6,71	0,189	7,00	8,83	0,401	9,00	0,000	0,000
3**	6,76	0,282	7,00	9,26	,604	9,00	0,000	0,000
4*	38,64	0,897	40,50	35,91	1,348	35,00	0,113	0,097
4**	30,38	0,680	29,00	34,49	1,130	35,00	0,002	0,002

Динамики рейтинговых шкал. Данные о статистическом различии рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Различие значений рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании.

суммарный балл	Первичное обследование (n=113)		Повторное обследование (n=113)		Достоверность различий	
	M±m	Медиана	M±m	Медиана	t-критерий для парных выборок	критерий Уилкоксона
Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии	15,12±0,464	16,00	8,51±0,324	8,00	t=12,229, p<0,0001	Z=8,725 p<0,0001
госпитальной шкалы тревоги	12,01±0,290	12,00	7,36±0,202	7,00	t=16,732, p<0,0001	Z=8,734 p<0,0001
госпитальной шкалы депрессии	12,59±0,368	12,00	7,53±0,290	7,00	t=14,633, p<0,0001	Z=8,416 p<0,0001
шкалы ангедонии	37,80±0,753	39,00	31,65±0,610	32,00	t=9,166, p<0,0001	Z=6,991 p<0,0001

Различие значений рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании пациенток 1 группы представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Различие значений рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании пациенток 1 группы

суммарный балл	Первичное обследование (n=78)		Повторное обследование (n=78)		Достоверность различий	
	M±m	Медиана	M±m	Медиана	t-критерий для парных выборок	критерий Уилкоксона
Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии	15,68±0,586	16,00	7,82±0,326	8,00	t=18,269 p<0,0001	Z=7,633 p<0,0001
госпитальной шкалы тревоги	11,90±0,353	12,00	6,71±0,189	7,00	t=16,972 p<0,0001	Z=7,392 p<0,0001
госпитальной шкалы депрессии	12,77±0,445	13,00	6,76±0,282	7,00	t=18,180 p<0,0001	Z=7,588 p<0,0001
шкалы ангедонии	38,64±0,897	40,50	30,38±0,680	29,00	t=13,345 p<0,0001	Z=7,373 p<0,0001

Таким образом, в 1-й группе, как и в выборке в целом, при повторном обследовании было отмечено достоверное снижение среднего значения всех шкал.

Различие значений рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании пациенток 2 группы представлены в таблице № 8.

Таблица 8.

Различие значений рейтинговых шкал при первичном и повторном обследовании пациенток 2 группы

суммарный балл	Первичное обследование (n=78)		Повторное обследование (n=78)		Достоверность различий	
	M±m	Медиана	M±m	Медиана	t-критерий для парных выборок	критерий Уилкоксона
Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии	13,89±0,699	14,00	10,06±0,694	10,00	t=4,450 p<0,0001	Z=3,750 p<0,0001
госпитальной шкалы тревоги	12,26±0,516	12,00	8,83±0,401	9,00	t=6,428 p<0,0001	Z=4,478 p<0,0001
госпитальной шкалы депрессии	12,20±0,660	12,00	9,26±0,604	9,00	t=4,045 p<0,0001	Z=3,374 p<0,001
шкалы ангедонии	35,91±01,35	35,00	34,49±01,13	35,00	t=1,037 p=0,307	Z=1,076 p=0,282

Из данных таблицы 8 видно, что во 2 группе отмечено достоверное снижение всех рейтинговых шкал, кроме шкалы ангедонии.

Данные о личностном профиле по методике СМОЛ представлены в таблице 9 и рисунке 4.

Таблица 9.

Личностный профиль по методике СМОЛ

Шкалы СМОЛ	Значения		Среднее значение			Асимметрия (стандартная ошибка – 0,227)	Экссесс (стандартная ошибка – 0,451)
	Мин.	Макс.	M	m	σ		
ложь	38	62	44,54	,655	6,958	0,653	-0,840
достоверн	35	80	53,44	,879	9,343	0,250	-0,602
коррекция	34	65	47,86	,763	8,114	0,329	-0,470
ипохонд	34	81	59,17	1,072	11,398	-0,221	-0,623
депресс	31	84	57,63	1,249	13,276	0,452	-0,723
истерия	28	81	57,97	1,263	13,430	-0,322	-0,572
психопат	26	77	53,79	1,127	11,978	-0,035	-0,039
параной	32	72	51,34	1,288	13,687	0,196	-1,355
психастен	31	81	61,96	1,228	13,057	-0,501	-0,574
шизоид	31	77	52,73	1,065	11,318	-0,052	-1,203
гипотим	24	80	51,72	1,309	13,913	-0,051	-0,275

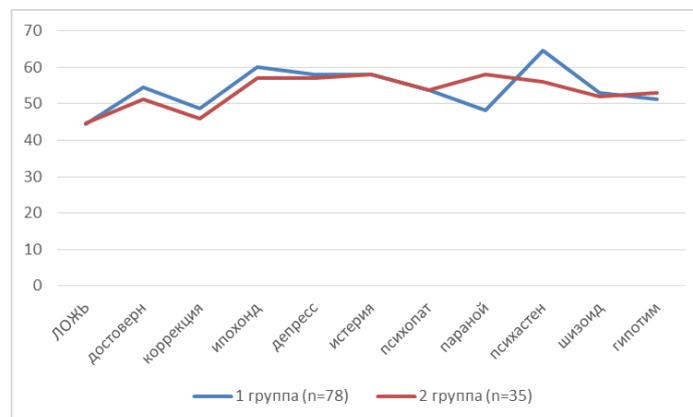


Рис. 4. Личностный профиль пациенток 1 и 2 групп.

Из данных рисунка 4 видно, что в 1 группе достоверно преобладало среднее значение шкалы «Психастения», а во 2-й – шкалы «Паранойальность».

Таким образом, нами было выявлено, что с течением времени у всех женщин снижаются показатели тревоги и депрессии, но меньше всего подвержен изменению такой эмоциональный симптомокомплекс послеродовой депрессии, как ангедония (снижение интереса и удовольствия к делам и вещам, которые раньше вызывали позитивные эмоции, отсутствие чувства удовлетворения от дел и вообще от жизни в целом). Клиническая значимость симптома ангедонии сводится к тому, что его проявления могут быть явно не заметны при объективном осмотре, но субъективно тягостно переживаются пациенткой. Учитывая, что этот симптом оказался самым устойчивым и не зависящим от внешних обстоятельств жизни пациенток, ангедония может оказаться самым важным проявлением, определяющим выход женщины в ремиссию и обуславливающим уровень качества ее жизни.

При сравнении групп матерей, которые вскоре после родов были выписаны из перинатального центра и которые все время обследования были вынуждены находиться на отделении патологии новорожденных, было выявлено, что у первой группы матерей, спустя месяц после родов, проявления депрессии и тревоги снижаются заметно быстрее, но полностью не проходят, поэтому матери обеих групп остаются в зоне риска. Относительно различий личностного профиля у вышеуказанных групп, было выявлено преобладание таких характеристик как «Психастения» и «Паранояльность», при чем в 1-ой группе достоверно преобладало среднее значение шкалы «Психастения», а во 2-й – шкалы «Паранояльность». В связи с тем, что личностное обследование проходило во время второго этапа, через месяц после родов, то такое различие возможно связано с накопившейся усталостью от новой роли матери у женщин, а у 2ой группы так же из-за длительного пребывания в условиях стационара.

Выводы. У пациенток, длительно находящихся на отделении патологии новорожденных выявлена склонность к утяжелению или затяжному течению послеродовых аффективных расстройств, что указывает на значимое влияние хронических психотравмирующих факторов на течение этой патологии.

Литература.

1. Андриянычева Н.В., Симаходский А.С. Актуальные тенденции показателя младенческой смертности и перинатальных потерь в г. Санкт-Петербурге // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т. 12. №. 5. С. 5-7.
2. Волчкова Н.С., Субханкулова С.Ф., Субханкулова А.Ф. Депрессия и женское здоровье // Вестник современной клинической медицины. 2010. Т. 3. № 3. С. 52-55.
3. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004. Т. 2. С. 17-19.
4. Иванова Л.Т. Психозы в послеродовом и лактационном периоде // Журнал невропатологии и психиатрии им. СС Корсакова. 1960. №. 3. С. 343.
5. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т. 14. №. 6. С. 5-24.
6. Орловская Д.Д. Патологическая анатомия психозов. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. М.: «Медицина, 1999. 510 с.
7. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое руководство / Под ред. Т.Т. Сорокиной. Мн.: Новое знание, 2003. 352с.

8. Станько Э.П., Лискович В.А., Наумов И.А., Гарбуз С.А. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка. Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2005. 194 с.
9. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year // *BMJ: British Medical Journal*. 1991. Vol. 302(6769). P. 137-140.
10. Basraon S., Costantine M. M. Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction // *Clinical obstetrics and gynecology*. 2011. Vol. 54(3). P. 506-514.
11. 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. Vol. 150(6) P. 782-786.
12. Kendell R. E. Suicide in pregnancy and the puerperium // *BMJ: British Medical Journal*. 1991. Vol. 302(6769). P. 126-127.
13. Protheroe C. Puerperal psychoses: a long term study 1927-1961 // *The British Journal of Psychiatry*. 1969. Vol. 115(518). P. 9-30.
14. Robertson E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature // *General hospital psychiatry*. 2004. Vol. 26(4). P. 289-295.
15. Rossouw J.E. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial // *Jama*. 2002. Vol. 288(3). P. 321-333.
16. Schore A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // *Infant mental health journal*. 2001. Vol. 22(1-2). P. 7-66.
17. Snaith R. P. et al. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale // *The British Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 167(1). P. 99-103.
18. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983. Vol. 67(6). P. 361-370.

Abstract.

A. N. Fomenko, E. V. Kozhadey, S. V. Kozhadey

POSTPARTUM AFFECTIVE DISORDERS IN WOMEN WITH HEALTHY NEWBORNS AND NON-HEALTHY CHILD IN THE DEPARTMENT OF NEONATAL PATHOLOGY

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Dep. of Psychiatry and Narcology

Studied 113 women in the postpartum period (patients of the perinatal center of SPbSPMU). They were divided into 2 groups: 1st group - women (78 people), whose children were discharged in 3-6 days after birth (examination took place on an outpatient basis); 2d group - women (35 people), whose children were patients of the department of perinatal pathology during the period of investigation. All women were examined twice: first time within 10 days after childbirth, then one month after. Methods of the examination: clinical-anamnestic and clinical-psychopathological, included Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS); the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration (SHAPS-C) and the version of the Mini-Mult adapted for Russia. Initial examination demonstrated that there was no significant difference in the results in both groups. According to EPDS severity grade ($\chi^2 = 0,884$, $p = 0,347$), as well as The Hospital Anxiety and Depression scale ($\chi^2 = 3,326$, $p = 0,334$) and ($\chi^2 = 0,465$, $p = 0,793$) respectively. Results obtained within further examination demonstrated significant differences between the severity level in the 1st and 2nd groups. According to EPDS ($\chi^2 = 20,214$, $p = 0,0001$), HADS- anxiety scale ($\chi^2 = 29,166$, $p = 0,0001$) and depression ($\chi^2 = 18,459$, $p = 0,0001$). Thus, in the 1st group there was a tendency to decrease the severity level for all indicators. The Mini-Mult indicated the preference of the average value of the scale of "Psychasthenia" in the 1st group, as in the 2nd group "Paranoia" scale. So, women who were for a long time in the department of neonatal pathology have a tendency to increase of severity or delay in the postpartum affective disorders manifestation, which may indicate a significant role of psychogenic factors in the disease development

Keywords: postpartum affective disorders, postpartum depression, psychogenic factors.

References.

1. Andriyanycheva N.V., Simahodskij A.S. Actual trends in infant mortality and perinatal losses in St. Petersburg. *Voprosy sovremennoj pediatrii*. 2013, 12 (5). pp. 5-7. (in Russian)
2. Volchkova N.S., Subhankulova S.F., Subhankulova A.F. Depression and women's health. *Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny*. 2010, 3(3). pp. 52-55. (in Russian)

3. Zajcev V.P. Psychological test of SMOL. Aktual'nye voprosy vosstanovitel'noj mediciny. 2004, 2. pp. 17-19. (in Russian)
4. Ivanova L.T. Psychoses in the postpartum and lactation period. ZHurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 1960, 3. p. 343. (in Russian)
5. Kornetov N.A. Postpartum depression is a central problem in the protection of mental health of early maternity. Byulleten' sibirskoj mediciny. 2015, 14(6). pp. 5-24. (in Russian)
6. Orlovskaya D.D. Pathological anatomy of psychosis. Manual of Psychiatry. Edited by A.S. Tiganova. Moscow: "Medicina", 1999. 510 p. (in Russian)
7. Sorokina T.T. Childbirth and Mind: A Practical Guide. Edited by T.T. Sorokinoj. Minsk.: Novoe znanie, 2003. 352 p. (in Russian)
8. Stan'ko E.H.P., Liskovich V.A., Naumov I.A., Garbuz S.A. Pregnancy, childbirth and the puerperium: physiology, psychopathology, psychotherapy and psycho-preventive training. Grodno: Grodnenskiy gosudarstvennyj medicinskiy universitet, 2005. 194 p. (in Russian)
9. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. BMJ: British Medical Journal. 1991. Vol. 302(6769). pp. 137-140.
10. Basraon S., Costantine M. M. Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction. Clinical obstetrics and gynecology. 2011. Vol. 54(3). pp. 506-514.
11. 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. Vol. 150(6) P. 782-786.
12. Kendell R. E. Suicide in pregnancy and the puerperium // BMJ: British Medical Journal. 1991. Vol. 302(6769). pp. 126-127.
13. Protheroe C. Puerperal psychoses: a long term study 1927-1961. The British Journal of Psychiatry. 1969. Vol. 115(518). pp. 9-30.
14. Robertson E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature // General hospital psychiatry. 2004. Vol. 26(4). P. 289-295.
15. Rossouw J.E. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. Jama. 2002. Vol. 288(3). pp. 321-333.
16. Schore A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant mental health journal. 2001. Vol. 22(1-2). pp. 7-66.
17. Snaith R. P. et al. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith–Hamilton Pleasure Scale. The British Journal of Psychiatry. 1995. Vol. 167(1). pp. 99-103.
18. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica. 1983. Vol. 67(6). pp. 361-370.

Сведения об авторах: Фоменко Анна Николаевна Федерального – аспирант кафедры психиатрии и наркологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, fomenkoanja@gmail.com; Кожадей Екатерина Викторовна – ординатор кафедры психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ekaterinakozhadey@gmail.com; Гречаный Северин Вячеславович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, svgrechany@mail.ru.