

Гаджиева Ф.Р.<sup>1,2</sup>

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Минздрава Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

<sup>2</sup>Азербайджанский медицинский университет, AZ 1078, Баку, Азербайджан

Послеродовой период является уязвимым временем, в течение которого родильницы подвержены повышенному риску психических расстройств. **Цель исследования:** изучение структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин на фоне осложненного течения раннего послеродового периода. **Материал и методы.** Для проведения исследования был проведен отбор 150 пациенток, проходивших стационарное лечение на базе Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, г. Баку, и разделенных на две группы: основная — родильницы с развившимися послеродовыми осложнениями ( $n = 100$ ), контрольная — родильницы с физиологическим течением послеродового периода ( $n = 50$ ). Средний возраст родильниц по группам составил  $29,9 \pm 0,64$  и  $30,3 \pm 0,86$  года. Всем пациенткам проведено комплексное обследование с использованием анамнестических данных и шкалы Гамильтона для оценки степени выраженности тревоги (HARS) и депрессии (HRDS). **Результаты.** По этиологии и патогенезу исследуемая патология носит мультифакторный характер. Значимыми факторами риска осложненного течения пuerперия являются воспалительные заболевания органов малого таза. Обращает на себя внимание неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщин в пuerперальный период высокая частота в анамнезе заболеваний верхних дыхательных путей и почек. Диагностированные послеродовые воспалительные осложнения могут служить фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств в послеродовом периоде. Средние показатели у женщин контрольной группы находятся в пределах нормальных значений. Высокий уровень клинической выраженности симптоматической тревоги наблюдался в основной группе ( $48,0 \pm 5,00\%$  против  $8,0 \pm 3,84\%$  в контрольной группе,  $\chi^2 = 44,19$ ;  $p < 0,0001$ ), то есть ранние послеродовые осложнения являются предиктором выраженного тревожного состояния. При осложненном течении пuerперия чаще регистрировались депрессия средней степени тяжести. **Обсуждение.** Наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и экстрагенитальной патологии повышает риск возникновения пuerперальных осложнений и развития на этом фоне тяжелых аффективных расстройств. У родильниц с осложнениями чаще, чем у женщин с физиологическим течением послеродового периода, выявлены изменения эмоционального статуса, затрагивающие тревожную и депрессивную составляющую. **Выводы.** При клинико-психопатологическом исследовании большая часть тревожно-депрессивных состояний в основной группе соответствовали умеренной или средней степени тяжести. Легкая степень тяжести расстройств чаще наблюдалась у родильниц с физиологически протекающим послеродовым периодом. При выявлении осложнений необходима своевременная диагностика и коррекция тревожно-депрессивных расстройств для ранней послеродовой адаптации женщин.

Ключевые слова: послеродовой период; осложнения; тревога; депрессия.

**Для цитирования:** Гаджиева Ф.Р. Клинико-психопатологическая структура депрессивных расстройств у женщин на фоне послеродовых воспалительных осложнений. *Клиническая медицина.* 2022;100(4-5):193-199.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2022-100-4-5-193-199>

**Для корреспонденции:** Фатма Расим гызы Гаджиева — e-mail: mic\_amu@mail.ru

Gadzhiyeva F.R.<sup>1,2</sup>

## CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN AGAINST THE BACKGROUND OF POSTPARTUM INFLAMMATORY COMPLICATIONS

<sup>1</sup>Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan, Baku, Azerbaijan

<sup>2</sup>Azerbaijan Medical University, AZ 1078, Baku, Azerbaijan

The postpartum period is a sensitive time when mothers are subjected to increased risks of mental disorders. **Aim:** to study the structure of anxiety and depressive disorders in women against the background of the early postpartum complications. **Material and methods.** 150 patients, who underwent inpatient treatment at the Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku, were selected for the study and divided into two groups: the main group - with postpartum complications ( $n = 100$ ), the comparison group — with physiological postpartum period ( $n = 50$ ). The average age was  $29.9 \pm 0.64$  and  $30.3 \pm 0.86$  years. All patients underwent a comprehensive examination using anamnestic data and the Hamilton Scale to assess the severity of anxiety (HARS) and depression (HRDS). **Results.** According to etiology and pathogenesis, the studied pathology is multifactorial. Significant risk factors for the complicated course of puerperia are inflammatory diseases of the pelvic organs. Attention is drawn to the adverse effect on the health of women in the puerperal period, the high frequency of diseases of the upper respiratory tract and kidneys in the anamnesis. Diagnosed postpartum inflammatory complications may serve as a risk factor for the development of anxiety and depressive disorders in the postpartum period. The average indicators in women of the control group are within the normal range. A high level of clinical severity of symptomatic anxiety was observed in the main group ( $48.0 \pm 5.00\%$  versus  $8.0 \pm 3.84\%$  in the control group,  $\chi^2 = 44.19$ ;  $p < 0.0001$ ), that is, early postpartum complications are a predictor of severe anxiety. Depression of an average degree was more often recorded with a complicated course of puerperia. **Discussion.** The presence of a burdened obstetric and gynecological anamnesis and extragenital pathology increases the risk of puerperal complications and the development of severe affective disorders. Changes in the emotional status affecting the anxious and depressive component were more often revealed in postpartum women with complications than in women with a physiological course of the postpartum period. **Conclusions.** Most of the anxiety-depressive conditions in the main group corresponded to moderate severity in the clinical and psychopathological study. Disorders of mild degree were observed more often in a physiologically proceeding postpartum period. When complications are detected, timely diagnosis and correction of anxiety and depressive disorders are necessary for easily women's adaptation to the postpartum period.

**Key words:** postpartum period; complications; anxiety; depression.

**For citation:** Gadzhieva F.R. Clinical and psychopathological structure of depressive disorders in women against the background of postpartum inflammatory complications. *Klinicheskaya meditsina*. 2022;100(4-5):193-199.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2022-100-4-5-193-199>

**For correspondence:** Fatma R. Gadzhieva — e-mail: mic\_amu@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 06.03.2022

Инфекционно-воспалительные заболевания органов репродуктивной системы занимают значительный удельный вес среди гинекологических заболеваний, могут быть причиной частого бесплодия, невынашивания беременности, в связи с чем их профилактика и терапевтическая коррекция продолжают оставаться чрезвычайно актуальными для современной научной и практической медицины [1–4].

У беременных и родильниц разного возраста нередко диагностируется нарушение микробиоценоза в органах малого таза [5–7]. Первичная защита женской репродуктивной системы от патологического влияния патогенных микроорганизмов осуществляется за счет функциональной активности иммунной системы, в том числе количественных и качественных показателей лимфоцитов, цитокинов, секреторных иммуноглобулинов и т.д. [8]. В настоящее время отмечается рост пуэрперальных осложнений, которые продолжают занимать ведущее место в структуре акушерско-гинекологической патологии. У родильниц с послеродовыми осложнениями развитие дисбиотических процессов в микрофлоре родовых путей приводят к достоверному повышению провоспалительных цитокинов [9, 10].

Результаты некоторых научных исследований позволили выявить в качестве факторов риска возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний высокий уровень распространенности среди родильниц экстрагенитальных заболеваний [11, 12]. В этом плане можно отметить некоторые патогенетически значимые локальные факторы — это большая частота самопроизвольных аборт, осложненное течение беременности, характеризующееся наличием в этот период инфекционной генитальной патологии [13]. Что касается осложненного течения беременности и послеродового периода, а также ранней неонатальной смертности среди детей первородящих девочек-подростков, то эти факторы у них по частоте встречаемости вдвое выше, чем среди женщин старших возрастных групп [14]. Репродуктивное здоровье девочек-подростков, которое определяет развитие общества и формирует репродуктивный потенциал любой страны, характеризуется тем, что низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, наличие вредных привычек и в целом низкий уровень адаптационных возможностей подросткового организма определяют высокий риск и уровень развития патологических процессов в органах малого таза в интранатальный и постнатальный периоды [15].

Послеродовая депрессия, распространенность которой среди родильниц, согласно результатам эпидемиоло-

гических и клинических исследований, варьирует в широких пределах, является также одним из частых послеродовых осложнений [16–18]. При этом у многих женщин депрессия сохраняется в течение длительного времени после родов. По определенным диагностическим критериям диагноз послеродовой депрессии устанавливается при развитии симптоматики в течение первых четырех недель после родов (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition, DSM-5) [19, 20]. Вероятность развития аффективных расстройств в послеродовом периоде существенно повышает акушерско-гинекологические факторы риска, среди которых необходимо отметить патологии текущей беременности, отсутствие предшествующих родов, наличие в анамнезе нарушений менструальной функции и абортов [21].

К немаловажным причинам развития послеродовой депрессии можно отнести некоторые психосоциальные факторы, представленные расстройством психологического статуса у женщин во время беременности, угрозой ее прерывания, нежеланной беременностью, тяжелым социально-экономическим положением, разрывом семейных отношений и так далее [22, 23]. Депрессия во время беременности и в послеродовом периоде на фоне негативного влияния на психоэмоциональное и физическое состояние родильниц может привести к неблагоприятным последствиям для здоровья детей, являясь предпосылкой для развития у них психических отклонений и соматической патологии [24, 25].

**Цель исследования.** Изучение структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин на фоне осложненного течения раннего послеродового периода.

## Материал и методы

Для проведения исследования был проведен отбор пациенток, проходивших стационарное лечение на базе Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, г. Баку. Давшие письменное информированное согласие на участие в клинко-лабораторных исследованиях 150 родильниц были разделены на две группы: основная — родильницы с развившимися послеродовыми осложнениями ( $n = 100$ ), контрольная — родильницы с физиологическим течением послеродового периода ( $n = 50$ ). Средний возраст родильниц по группам составил  $29,9 \pm 0,64$  и  $30,3 \pm 0,86$  года ( $p = 0,679$ ). Исследования осуществлялись в соответствии с принципами биоэтики, изложенными в Хельсинкской декларации «Этические принципы медицинских исследований с участием людей», разработанной Всемирной медицинской ассоциацией, «Всеобщей декларации о биоэтике и правах чело-

века (ЮНЕСКО)» [26]. Протокол данного исследования был одобрен Этическим комитетом Азербайджанского медицинского университета (№11 от 29.12.2019 г.).

Критериями включения пациенток в настоящее исследование являлись наличие клинических и лабораторных признаков воспалительных осложнений (жалобы на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела, патологические изменения в гематологических показателях, в частности увеличение количества лейкоцитов в крови и СОЭ, ультразвуковые признаки изменений в органах малого таза — субинволюция матки, увеличение и расширение полости матки и др.). При составлении критериев исключения учитывалось влияние психических расстройств, развившихся до беременности, то есть в исследовании не включались родильницы с шизофренией, вредными привычками и т.д. для исключения их влияния на вероятность развития тревоги и депрессии в послеродовой период. Сбор анамнестических данных проводился исследованием врачебных записей, историй болезней и амбулаторных карт пациентов, проведенным на базе отделений амбулаторной диагностики, патологии беременности и гинекологии НИИ акушерства и гинекологии Минздрава Азербайджанской Республики.

С целью выяснения особенностей тревожно-депрессивных расстройств в работе был использован клинико-психологический метод — шкала Гамильтона для оценки степени выраженности тревоги (HARS) и депрессии (HRDS). Одновременно применялся клинико-анамнестический метод, позволяющий изучить особенности акушерско-гинекологического и соматического статуса родильниц.

Количественные признаки были подвергнуты статистической обработке путем подсчета средней арифметической ( $M$ ) и ее ошибки ( $SE$ ). Статистическая значимость полученных различий между величинами определяли при помощи вычисления  $t$ -критерия Стьюдента. Для отбора наиболее информативных признаков был использован точный критерий Фишера. Достоверность разницы качественных (альтернативных) показателей оценивали по критерию Пирсона хи-квадрат ( $\chi^2$ ). В качестве минимально допустимого использовали уровень значимости  $p < 0,05$ .

## Результаты

Средний возраст женщин основной группы составил  $29,9 \pm 0,64$  года, контрольной группы —  $30,3 \pm 0,86$  года

( $p = 0,679$ ). В раннем послеродовом периоде у родильниц основной группы чаще, чем в контрольной группе, регистрировались болезненность в нижних отделах брюшной полости —  $89,0 \pm 3,13\%$  и повышение температуры тела свыше  $38^\circ\text{C}$  —  $70,0 \pm 4,58\%$  ( $p < 0,0001$ ) (табл. 1).

К числу гипотетических факторов риска развития послеродовых воспалительных осложнений были отнесены признаки, отражающие особенности гестационного периода. В ходе исследований определялся высокий уровень некоторых гинекологических заболеваний в анамнезе у родильниц в основной группе (табл. 2). При этом у них чаще диагностировались воспалительные заболевания половых органов, в частности хронический сальпингофорит ( $30,0 \pm 4,58\%$ ) и кольпит ( $21,0 \pm 4,07\%$ ).

Акушерский анамнез среди осложнений беременности в основной и контрольной группе выявил статистически значимые различия по частоте угрозы прерывания беременности ( $p = 0,048$ ).

Как фактор риска развития воспалительного процесса отмечалось значимое преобладание у родильниц патологий шейки матки  $16,0 \pm 3,67\%$  против значения  $11,3 \pm 2,59\%$  в группе контроля ( $p = 0,037$ ). По другим гинекологическим заболеваниям не выявлено статистически значимой разницы.

Низкий уровень частоты встречаемости среди гинекологической патологии у больных основной и контрольной группы приходится на заболеваемость вагинитом ( $p = 0,510$ ). Статистически значимые различия по группам были выявлены при изучении частоты нарушений менструальной функции ( $p = 0,009$ ).

Анализ индивидуальных карт показал достаточно высокий уровень экстрагенитальной патологии в основной группе. У женщин с послеродовыми осложнениями наиболее часто встречаемая в анамнезе экстрагенитальная патология — заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит), очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит, хронический синусит). Обращает на себя внимание высокая частота респираторных инфекций верхних дыхательных путей, которые диагностировались в различные сроки у 20 ( $20,0 \pm 4,00\%$ ) пациенток основной группы и у 2 ( $4,0 \pm 2,77\%$ ) родильниц контрольной группы ( $p = 0,007$ ).

Согласно поставленной цели, у родильниц обеих групп были исследованы степень тревожно-депрессивных расстройств в ранний послеродовой период.

Таблица 1

### Основные клинические симптомы послеродовых осложнений

Показатель	Основная группа, $n = 100$		Контрольная группа, $n = 50$		$p$
	абс.	%	абс.	%	
Возраст, годы ( $M \pm m$ )	$29,9 \pm 0,64$ (18–41)		$30,3 \pm 0,86$ (18–42)		0,679
Боль	89	$89,0 \pm 3,13$	3	$6,0 \pm 3,36$	$< 0,0001$
Лихорадка	70	$70,0 \pm 4,58$	1	$2,0 \pm 1,98$	$< 0,0001$
Серозно-гнойные выделения	41	$41,0 \pm 4,92$	2	$4,0 \pm 2,77$	$< 0,0001$

Примечание: \* — достоверные различия между группами ( $p < 0,001$ ) (по точному тесту Фишера).

Таблица 2

## Показатели для факторов, повышающих риск развития послеродовых осложнений

Параметры	Основная группа, n = 100		Контрольная группа, n = 50		p
	абс.	%	абс.	%	
Акушерско-гинекологический анамнез					
Возраст менархе, годы	13,5 ± 0,12 (11–16)		13,4 ± 0,16 (12–16)		0,883
Нарушения менструальной функции	81	81,0 ± 3,92	30	60,0 ± 6,93	0,009*
Патология шейки матки	16	16,0 ± 3,67	11	7,3 ± 2,13	0,037*
Вагинит	5	5,0 ± 2,18	5	3,3 ± 1,47	0,510
Хронический сальпингоофорит	30	30,0 ± 4,58	12	8,0 ± 2,22	0,001*
Кольпит	21	21,0 ± 4,07	14	9,3 ± 2,38	0,009*
Угроза прерывания беременности	19	19,0 ± 3,92	3	6,0 ± 3,36	0,048*
Гестоз	52	52,0 ± 5,00	9	18,0 ± 5,43	0,001*
Экстрагенитальные заболевания:					
верхних дыхательных путей	20	20,0 ± 4,00	2	4,0 ± 2,77	0,007
сердечно-сосудистой системы	30	30,0 ± 4,58	14	28,0 ± 6,35	0,851
эндокринной системы	16	16,0 ± 3,67	6	12,0 ± 4,60	0,628
мочевыделительной системы	24	24,0 ± 4,27	5	10,0 ± 4,24	0,048*
органов пищеварения	6	6,0 ± 2,37	5	10,0 ± 4,24	0,507
Анемия	17	17,0 ± 3,76	4	8,0 ± 3,84	0,211

Примечание: \* — достоверные различия между группами ( $p < 0,05$ ) (по точному тесту Фишера).

Для выявления факторов риска развития послеродовой депрессии был проведен сравнительный анализ двух групп рожениц как с воспалительными осложнениями раннего пуэрперального периода, так и без данных патологических изменений. Были обнаружены статистически значимые различия между группами по госпитальной шкале тревоги и депрессии. При этом необходимо отметить более высокую степень выраженности тревоги и депрессии у рожениц основной группы, где показате-

тели по изучаемой шкале соответствовали субклинически выраженному уровню тревоги. Средние показатели у женщин контрольной группы находятся в пределах нормальных значений. Высокий уровень клинической выраженности симптоматической тревоги наблюдался в основной группе ( $48,0 \pm 5,00\%$  против  $8,0 \pm 3,84\%$  в контрольной группе,  $\chi^2 = 44,19$ ;  $p < 0,0001$ ). Наличие низкой тревожности выявляется у 40% женщин с нормально протекающим пуэрперальным периодом (табл. 3).

Таблица 3

## Психоземциональное состояние рожениц по шкале тревоги и депрессии Гамильтона

Показатель	Основная группа, n = 100	Контрольная группа, n = 50	p
Уровень тревоги (общий балл)	21,6 ± 0,51 (10–32)	15,3 ± 0,79 (5–27)	< 0,0001 (t = 6,99)
Отсутствие тревоги, %	—	14,0 ± 4,91	
Низкая тревожность, %	7,0 ± 2,55	26,0 ± 6,20	
Тревога, %	37,0 ± 4,83	52,0 ± 7,07	$\chi^2 = 44,19$
Симптоматическая тревога, %	48,0 ± 5,00	8,0 ± 3,84	< 0,0001
Выраженное тревожное состояние, %	8,0 ± 2,71	—	
Уровень депрессии (общий балл)	15,9 ± 0,35 (9–22)	12,6 ± 0,55 (5–20)	< 0,0001 (t = 5,20)
Нормальное состояние, %	—	12,0 ± 4,60	
Легкая депрессия, %	24,0 ± 4,27	46,0 ± 7,05	$\chi^2 = 26,98$
Средняя степень тяжести, %	45,0 ± 4,97	36,0 ± 6,79	< 0,0001
Тяжелая депрессия, %	31,0 ± 4,62	6,0 ± 3,36	
Крайне тяжелая степень депрессии, %	—	—	

Примечание: различия в баллах оценивали по критерию Стьюдента, считая их достоверными при  $p < 0,05$ ; различия в распределении оценивали по критерию  $\chi^2$ .

При оценке показателей послеродовой депрессии были зафиксированы следующие показатели: отсутствие признаков депрессивного синдрома было установлено среди обследуемых рожениц как основной, так и контрольной групп. Результаты анализа полученных данных исследования показали, что частота встречаемости легкой депрессии среди женщин с послеродовыми осложнениями составила  $24,0 \pm 4,27\%$ , тогда как на фоне физиологического течения пуэрперии показатели по данной шкале были выше и составили  $46,0 \pm 7,05\%$  ( $\chi^2 = 5,43$ ;  $p < 0,0001$ ). При клинико-психопатологическом обследовании рожениц контрольной группы синдром выраженного тревожного расстройства выявлен не был. В группе практически здоровых женщин без патологических изменений в органах малого таза существенно низкие баллы получены для симптомов депрессии ( $p < 0,0001$ ;  $t = 5,20$ ), здесь средний балл по шкале Гамильтона составил  $12,6 \pm 0,55$ . Депрессия средней степени градации и тяжелая депрессия чаще регистрировались в основной группе рожениц.

Результаты исследования позволяют говорить о статистически значимой частоте выявления расстройств психоэмоционального спектра у пациенток с послеродовыми воспалительными заболеваниями, представленных преимущественно депрессией средней и тяжелой степени и выраженным тревожным состоянием, что свидетельствует о значительном психоэмоциональном напряжении рожениц этой группы, которое может негативно влиять на состояние и психического здоровья, и жизненной активности [27].

## Обсуждение

В современной акушерской и гинекологической практике ведущая роль в материнской заболеваемости после оперативного и традиционного родоразрешения принадлежит инфекционно-воспалительным осложнениям, частота встречаемости которых в зависимости от степени инфекционного риска может колебаться в широких пределах. Сравнительный анализ структуры экстрагенитальной патологии и акушерско-гинекологического анамнеза у обследуемых женщин позволил выявить потенциальные факторы риска развития послеродовых осложнений. Полученные нами данные совпадают с результатами исследований большинства ученых по выявлению некоторых значимых причин осложненного течения послеродового периода [28, 29].

Частые и нередко тяжело протекающие респираторные заболевания верхних дыхательных путей наряду с физиологическим иммунодефицитом, сопутствующим беременности, способствуют срыву компенсаторно-адаптационных механизмов с формированием острых и хронических воспалительных процессов в органах малого таза в послеродовой период. Таким образом, в группу риска по развитию послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений и нарушению инволюции матки следует отнести пациенток с инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей и мочевыделительной системы. Похожие данные были опубликова-

ны ранее после получения результатов изучения соматического фона у беременных и у рожениц с хроническими заболеваниями органов малого таза [30, 31].

Физиологическая перестройка в различных органах и системах организма, в частности в нервной системе, при беременности приводит к определенному беспокойству, переутомлению, истощению физического состояния, а состояние тревожности различного уровня нередко выявляется у женщин репродуктивного возраста и с нормально протекающей беременностью. Беременность — особое состояние женщины, когда она сталкивается с некоторыми психологическими проблемами — является фактором риска развития напряжения и снижения адаптационных возможностей организма, и выявление депрессии в этот период всегда было крайне важной задачей медицины. В ходе проведенных нами исследований получены данные о частоте встречаемости и выраженности тревожно-депрессивного синдрома в раннем пуэрперии у женщин с послеродовыми воспалительными осложнениями.

При оценке по шкале тревоги Гамильтона в группе сравнения средний балл соответствует умеренной степени тревожных расстройств, а в контрольной группе — уровню легкой тревоги. Таким образом, важно отметить, что по наиболее важным компонентам используемых шкал показатели в контрольной группе были статистически значимо ниже, чем в группе с послеродовыми осложнениями. Аналогичные результаты были получены в ходе исследований, проведенных зарубежными авторами [32, 33]. Между обследуемыми группами рожениц были обнаружены достоверные различия в частоте встречаемости послеродовых психоэмоциональных нарушений и наблюдалась тенденция к увеличению их тяжелых форм на фоне диагностирования пуэрперальных осложнений. Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверно более высоких показателей депрессии и тревожности, также о более частой встречаемости депрессии средней степени выраженности и высокого уровня тревожности в основной группе, что говорит о негативном влиянии исследуемой патологии органов малого таза на уровень психологического комфорта и адаптационные возможности организма. При этом важно отметить, что большая часть выявленных послеродовых депрессий были легкими, то есть клинико-психопатологическое состояние рожениц контрольной группы характеризовалась преобладанием сравнительно более слабой тревожно-депрессивной симптоматики, характеризующейся преимущественно жалобами на подавленность, чувство тревоги, нарушения сна, усталость, что согласуется с данными ранее проведенных работ [34, 35].

Наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и экстрагенитальной патологии повышает риск возникновения пуэрперальных осложнений и развития на этом фоне тяжелых аффективных расстройств [36, 37]. Таким образом, по полученным нами результатам и мнению многих ученых, послеродовой период является уязвимым временем, в течение которого

родильницы подвержены повышенному риску психических расстройств [38–40].

## Выводы

При клинико-психопатологическом исследовании большая часть тревожно-депрессивных состояний в основной группе соответствовала умеренной или средней степени тяжести. Легкая степень расстройств чаще наблюдалась у родильниц с физиологически протекающим послеродовым периодом.

При выявлении осложнений необходима своевременная диагностика и коррекция тревожно-депрессивных расстройств для адаптации женщин в ранний послеродовой период.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов и несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Батракова Т.В., Зазерская И.Е., Вавилова Т.В., Кустаров В.Н., Хаджиева Э.Д., Соколова А.А. Раннее прогнозирование послеродового эндометрита. *Доктор.Ру.* 2021;20(1):17–20. [Batrakova T.V., Zazerskaya I.Ye., Vavilova T.V., Kustarov V.N., Khadzhiyeva E.D., Sokolova A.A. Ranneye prognozirovaniye poslerodovogo endometrita. *Doktor.Ru.* 2021;20(1):17–20. (In Russian)]. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-1-17-20
2. Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A.B., Gemmill A. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016;387(10017):462–74.
3. Segal T.R., Giudice L.C. Before the beginning: environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. *Fertility and Sterility.* 2019;112(4):613–21.
4. Shang-Rong F., Ping L., Shao-Mei Y., Lei H., Xiao-Ping L. New Concept and Management for Sepsis in Pregnancy and the Puerperium. *Maternal-Fetal Medicine.* 2020;2(4):231–239. DOI: 10.1097/FM9.0000000000000058
5. Кобаидзе Е.Г., Падруль М.М. Некоторые микробиологические характеристики женщин с хроническим эндометритом и его отсутствием. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2017;11(4):14–22. [Kobaidze Ye.G., Padrul' M.M. Nekotoryye mikrobiologicheskiye kharakteristiki zhenshchin s khronicheskim endometritom i yego otsutstviyem. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya.* 2017;11(4):14–22. (In Russian)]. DOI: 10.17749/2313-7347.2017.11.4.014-022
6. Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Калинина Е.А. и др. Патогенетические особенности макротипов хронического эндометрита. *Казанский медицинский журнал.* 2017;98(1):27–34. [Radzinskiy V.E., Petrov Ju.A., Kalinina E.A. i dr. Patogeneticheskie osobennosti makrotipov hronicheskogo jendometrita. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal.* 2017;98(1):27–34. (In Russian)]. DOI:10.17750/ KMJ2017-27
7. Mtshali A., San J.E., Osman F., Garrett N., Balle C., Giandhari J. et al. Temporal Changes in Vaginal Microbiota and Genital Tract Cytokines Among South African Women Treated for Bacterial Vaginosis. *Front. Immunol.* 2021.12:730986. DOI: 10.3389/fimmu.2021.730986
8. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Кукарская И.И., Остроменский В.В. Иммуноопосредованные механизмы воспалительного ответа при сочетанных инфекциях нижнего отдела полового тракта у женщин. *Акушерство, гинекология и репродукция.* 2020; 15(3):245–257. [Dikke G.B., Sukhanov A.A., Kukarskaya I.I., Ostromenskiy V.V. Immunoposredovannyye mekhanizmy vospalitel'nogo otveta pri sochetannykh infektsiyakh nizhnego otveta polovogo trakta u zhenshchin. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya.* 2020;15(3):245–257. (In Russian)]. DOI: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.209
9. Azizieh F., Dingle K., Raghupathy R., Johnson K., VanderPlas J., Ansari A. Multivariate Analysis of Cytokine Profiles in Pregnancy Complications. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2018;79:e12818. DOI: 10.1111/aji.12818
10. Musilova I., Andrys C., Drahosova M., Soucek O., Pliskova L., Jacobsson B. et al. Cervical fluid interleukin 6 and intra-amniotic complications of preterm prelabor rupture of membranes. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2017;31:827–36.
11. Короткова Н.А., Прилепская В.Н. Анемия беременных. Современная профилактика и терапия *Эффективная фармако-терапия. Акушерство и гинекология.* 2016;1–2:34–41. [Korotkova N.A., Prilepskaya V.N. Anemiya beremennykh. Sovremennaya profilaktika i terapiya *Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya.* 2016;1–2:34–41. (In Russian)]
12. ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy, *European Heart Journal.* 2018;39(34):3165–3241, DOI: 10.1093/eurheartj/ehy340
13. Белова А.В., Асатурова О.Р., Александров Л.С., Никонов А.П., Иванова Т.А., Гушин А.Е. Значение генитальных микоплазм (*U. parvum, U. urealyticum, M. hominis, M. genitalium*) в развитии инфекционных осложнений беременности, родов. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2015;2:85–91. [Belova A.V., Astaturova O.R., Aleksandrov L.S., Nikonov A.P., Ivanova T.A., Gushchin A.Ye. Znachenije genitalnykh mikoplazm (*U. parvum, U. urealyticum, M. hominis, M. genitalium*) v razvitii infektsionnykh oslozhneniy beremennosti, rodov. *Rossiyskiy Vestnik Akushera-Ginekologa.* 2015;2:85–91. (In Russian)]
14. Mezmur H., Assefa N., Alemayehu T. An Increased Adverse Fetal Outcome Has Been Observed among Teen Pregnant Women in Rural Eastern Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study. *Global Pediatric Health.* 2021;8:1–13. DOI: 10.1177/2333794X21999154
15. Di Tucci C., Di Mascio D., Schiavi M.C., Perniola G., Muzii L., Benedetti Panici P. Pelvic Inflammatory Disease: Possible Catches and Correct Management in Young Women. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 2018;2018:5831029.
16. Abdulqader Alrehaili R., Albelawi R. The Prevalence of Postpartum Depression and the Related Risk Factors in Primary Health Care, Al-Madinah, Saudi Arabia. *Cureus.* 2022;14(2):e22681. DOI: 10.7759/cureus.22681
17. Bo H.-X., Yang Y., Zhang D.-Y., Zhang M., Wang P.-H., Liu X.-H., Ge L.-N., Lin W.-X., Xu Y., Zhang Y.-L., Li F.-J., Xu X.-J., Wu H.-H., Jackson T., Ungvari G.S., Cheung T. and Xiang Y.-T. The Prevalence of Depression and Its Association With Quality of Life Among Pregnant and Postnatal Women in China: A Multi-center Study. *Front. Psychiatry.* 2021;12:656560. DOI: 10.3389/fpsy.2021.656560
18. Di Florio A., Putnam K., Altemus M. et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol. Med.* 2017;47(5):787–99. DOI: 10.1017/S0033291716002087
19. Kittel-Schneider S., Davidova P., Kalok M. et al. A pilot study of multilevel analysis of BDNF in paternal and maternal perinatal depression. *Arch. Womens Ment. Health.* 2022;25:237–249. DOI: 10.1007/s00737-021-01197-2
20. Rasmussen M.H., Strom M., Wohlfahrt J. et al. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002392. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002392
21. Meltzer-Brody S., Howard L., Bergink V. et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis. Primers.* 2018;4:18022. DOI: 10.1038/nrdp.2018.22
22. Gauthreaux C., Negron J., Castellanos D. et al. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(6):e5851. DOI: 10.1097/md.0000000000005851
23. Grundström H., Malmquist A., Ivarsson A. et al. Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications — a cross-sectional study. *Arch. Womens Ment. Health.* 2022;25:485–491. DOI: 10.1007/s00737-022-01219-7
24. Филоненко А.В. Последствия влияния послеродовой депрессии родильницы на психосоматические показатели здоровья младенца. *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2012;4(1):37–43. [Filonenko A.V. Posledstviya vliyaniya poslerodovoy depressii roditel'nitsy na psichosomaticheskiye pokazateli

Оригинальные исследования

- zдорov'ya mladentsa. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2012;4(1):37–43. (In Russian)]
25. Raphael J.L., Patel M. Extending public insurance postpartum coverage: implications for maternal and child health. *Pediatr. Res.* 2022. DOI: 10.1038/s41390-022-01949-5
26. Guide 4: Bioethics Committees and Public Policy. Paris: UNESCO. UNESCO. (2019). [Electronic resource]. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233230>
27. Tola Y., Ayele G., Boti N., Yihune M., Gethahun F., Gebru Z. Health-Related Quality-of-Life and Associated Factors Among Post-Partum Women in Arba Minch Town. *Int. J. Womens Health*. 2021;13:601–611. DOI: 10.2147/IJWH.S295325
28. Шатунова Е.П., Линева О.И., Тарасова А.В., Неганова О.Б. Послеродовые воспалительные заболевания матки: клинические и диагностические грани проблемы. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021;21(1):79–83. [Shatunova Ye.P., Lineva O.I., Tarasova A.V., Neganova O.B. Poslerodovyye vospalitel'nyye zabolevaniya матки: klinicheskiye i diagnosticheskiye грани problemy. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2021;21(1):79–83. (In Russian)]. DOI: 10.17116/rosakush20212101179
29. Schrey-Petersen S., Tauscher A., Dathan-Stumpf A., Stepan H. Diseases and complications of the puerperium. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2021;118:436–46. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0168
30. Alterman N., Kurinczuk J.J., Quigley M.A. Caesarean section and severe upper and lower respiratory tract infections during infancy: Evidence from two UK cohorts. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246832. DOI: 10.1371/journal.pone.0246832
31. Pan Y., Ni L., Fang S., Zhang J., Fan W., & Shen F. (). Effect of comprehensive care on the negative emotions and life quality in parturients with postpartum depression and gestational hypertension. *American journal of translational research*. 2021;13(6):7228–7234
32. Макарова М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И. и др. Послеродовая депрессия — факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):75–80. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80. [Makarova M.A., Tikhonova YU.G., Avdeyeva T.I. et al. Poslerodovaya depressiya — faktory riska razvitiya, klinicheskiye i terapevticheskiye aspekty. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2021;13(4):75–80. (In Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80
33. Moya E., Phiri N., Choko A.T. et al. Effect of postpartum anaemia on maternal health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2022;22, 364. DOI: 10.1186/s12889-022-12710-2
34. Cook N. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. N. Cook, S. Ayers, A. Horsch *Journal of Affective Disorders*. 2018;1(225):18–31.
35. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J. Affect. Disord.* 2015;175:34–52. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.041
36. Московенко Н.В., Кравченко Е.Н. Психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин, страдающих сочетанными заболеваниями органов малого таза. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2011;2:58–61. [Moskovenko N.V., Kravchenko Ye.N. Psikhoemotsional'noye sostoyaniye i kachestvo zhizni zhenshchin, stradayushchikh sochetannymi zabolevaniyami organov malogo taza. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2011;2:58–61. (In Russian)]
37. Ellsworth-Bowers E., Corwin E. Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression. *Nutr. Res. Rev.* 2012;25(1):180–192. DOI:10.1017/S0954422412000091
38. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.
39. Mousavi F., Shojaei P. Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis. *Yale J. Biol. Med.* 2021;94(1):85–94.
40. Valla L., Helseth S., Småstuen M.C. et al. Factors associated with maternal overall quality of life six months postpartum: a cross sectional study from The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:4. DOI: 10.1186/s12884-021-04303-5

Поступила 06.03.2022

**Информация об авторе/Information about the author**

Фатма Расим гызы Гаджиева (Fatma Rasim Hadzhieva) — канд. мед. наук, доцент, врач-гинеколог, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Минздрава Азербайджанской Республики, докторант кафедры акушерства и гинекологии Азербайджанского медицинского университета, <https://orcid.org/0000-0003-2323-8356>