

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА  
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ  
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация  
не является

# УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Никифорова Т.В., Счастный Е.Д., Агаркова Л.А.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии», Томск

ФГБУ «НИИ психического здоровья», Томск

**Цель исследования** – изучить факторы риска формирования депрессивного расстройства у беременных с потерей плода в анамнезе.

## Материалы и методы

Сравнение условий жизни 89 беременных, страдающих депрессией и 37 психически здоровых. Все беременные имели до четырех потерь плода в анамнезе, срок беременности – 16-20 нед., возраст – 18-38 лет.

## Результаты и их обсуждение

Факторами риска формирования депрессивного расстройства у беременных с потерей плода в анамнезе является высшее образование, выявленное нами у 69,9% пациентов основной и 35,1% контрольной группы (OR=1,79; 95% ДИ – 1,12-2,85;  $p=0,007$ ). Образование в объеме средней школы, а также наличие среднего специального образования у беременной женщины ослабляет риск депрессии (OR=0,57; 95% ДИ – 0,40-0,82;  $p=0,007$ ). Полная занятость на работе повышает риск депрессивного расстройства. В основной группе полный рабочий день были заняты 72,2% женщин, а в контрольной – 32,4% (OR=2,39; 95% ДИ – 1,48-3,86;  $p=0,001$ ). Занятия только домашними делами сокращает риск формирования депрессивного расстройства (OR=0,33; 95% ДИ – 0,21-0,52;  $p=0,001$ ). Фактор низкой удовлетворенности браком является значимым, в основной группе он встретился в 26,9%, а в контрольной группе этот фактор присутствовал только в 6,5% (OR=4,98; 95% ДИ – 1,24-20,04;  $p=0,04$ ). Наличие достаточной удовлетворенности браком ослабляет риск депрессии (OR=0,77; 95% ДИ – 0,67-0,89;  $p=0,04$ ). Слабая поддержка со стороны близких в основной группе наблюдалась в 32,6%, в контрольной группе этот фактор присутствовал в 5,4% (OR=6,03; 95% ДИ – 1,52-23,98  $p=0,001$ ). Наличие хорошей поддержки со стороны друзей и родственников ослабляет риск депрессии (OR=0,71; 95% ДИ – 0,61-0,84;  $p=0,001$ ). Суицидальные попытки в основной группе выявились в 28,1%, в группе контроля – в 5,4% (OR=5,19; 95% ДИ – 1,31-20,83;  $p=0,04$ ). Высокий паритет беременности

является фактором риска развития депрессии. В основной группе беременностей было статистически больше (4,6±2,6) по сравнению с женщинами группы контроля (3,5±1,9;  $p=0,035$ ). Выкидыши также явились значимыми при формировании депрессии. Так, в основной группе выкидыши в анамнезе выявлялись в 88,8%, а в контрольной группе – в 70,3% (OR=1,26; 95% ДИ – 1,01-1,58;  $p=0,03$ ). Время наступления беременности после выкидыша является значимым фактором. В основной группе беременность наступила в пределах до 1,5 лет от предыдущей потери в 63,9%, а в группе контроля – в 13,5% (OR=4,73; 95% ДИ – 2,05-10,88;  $p=0,0001$ ). При увеличении этого временного промежутка до пределов 1,5-2,5 лет временной фактор не являлся значимым для развития депрессивного расстройства ( $p=0,9$ ; OR=1). Наступление беременности спустя 2,5 года и более значительно ослабляло риск развития депрессии и являлось наиболее оптимальным сроком для профилактики депрессивного эпизода (OR=0,19; 95% ДИ – 0,10-0,35;  $p=0,0001$ ). При исследовании состояния репродуктивного здоровья в качестве фактора, способного повлиять на формирование депрессивного эпизода, было определено наличие у пациентки первичной дисменореи. У пациентов основной группы данная нозология встретилась в 62,9%, а в группе контроля – в 34,2% (OR=1,94; 95% ДИ – 1,19-3,17;  $p=0,004$ ).

## Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволяет считать депрессивное расстройство у женщин с потерей плода в анамнезе медико-социальной проблемой. Реабилитационные мероприятия являются необходимыми после потери беременности. В случае если женщина не попала в поле зрения специалистов после потери плода, ведение беременности у данных пациенток должно начинаться с выявления факторов риска акушерских, психопатологических, социальных. Это позволит эффективнее проводить лечебные мероприятия, направленные на повышение адаптации с учетом влияния значимых факторов риска.