

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ. ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

© О.В. Рязанова¹, Ю.С. Александрович¹, В.А. Резник¹, И.А. Горькова¹, М.А. Коргожа¹,
А. Иоскович²

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²Медицинский центр «Шаарей Цедек», Еврейский университет, Иерусалим, Израиль

Для цитирования: Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Резник В.А. и др. Обезболивание родов и послеродовая депрессия. Есть ли связь? // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 5. – С. 11–20. doi: 10.17816/JOWD66511-20

Поступила в редакцию: 11.07.2017

Принята к печати: 21.09.2017

■ Статья посвящена оценке влияния обезболивания родов с применением эпидуральной анальгезии при родоразрешении через естественные родовые пути на частоту развития послеродовой депрессии. **Материалы и методы.** В исследование включено 159 женщин, средний возраст пациенток составил 29 лет, срок гестации — 39,7 недели. В первой группе с целью обезболивания родов через естественные родовые пути применяли эпидуральную пациент-контролируемую анальгезию на фоне непрерывной инфузии, в качестве местного анестетика использовали 0,08 % раствор ропивакаина гидрохлорида. У пациенток второй группы при родоразрешении обезболивание не применялось. Оценку развития депрессии проводили поэтапно: до родов, через 6 часов, трое суток и 6 недель после родов. **Результаты исследования.** Применение эпидуральной анальгезии приводит к значительному облегчению болевого синдрома во время родоразрешения через естественные родовые пути, но не уменьшает вероятность частоты развития послеродовой депрессии.

■ **Ключевые слова:** послеродовая депрессия; беби-блюз; эпидуральная анальгезия; родоразрешение через естественные родовые пути.

LABOR PAIN RELIEF AND POSTPARTUM DEPRESSION. IS THERE A CORRELATION?

© O.V. Ryazanova¹, Yu.S. Aleksandrovich¹, V.A. Reznik¹, I.A. Gorkovaya¹, M.A. Korgozha¹,
A. Ioskovich²

¹St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia;

²Shaare Zedek Medical Center, Hebrew University, Jerusalem, Israel

For citation: Ryazanova OV, Aleksandrovich YuS, Reznik VA, et al. Labor pain relief and postpartum depression. Is there a correlation? *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2017;66(5):11-20. doi: 10.17816/JOWD66511-20

Received: 11.07.2017

Accepted: 21.09.2017

■ The article is dedicated to the evaluation of the effect of labor pain relief by using epidural analgesia during vaginal delivery on the frequency of postpartum depression. **Materials and methods.** 159 women were included in the study. The average age of the patients was 29 years, the average gestation period was 39.7 weeks. In the first group, in order to relieve the pain while vaginal birth, an epidural analgesia was administered. A continuous patient-controlled infusion was used along with 0.08% solution of ropivacaine hydrochloride in the capacity of a local anesthetic. Patients of the second group gave birth without any anesthesia. Evaluation of the depression progress was carried out several times: before birth, 6 hours after delivery, 3 days and 6 weeks after delivery. **Results of the study.** Usage of epidural analgesia during vaginal delivery leads to a significant pain syndrome relief, but does not reduce the probably of postpartum depression.

■ **Keywords:** postpartum depression; baby-blues; epidural analgesia; vaginal delivery.

Введение

Послеродовая депрессия (ПРД) является одной из форм депрессии, которая развивается у женщин после родов. Клинические про-

явления могут включать в себя изменения в эмоциональной сфере (длительное снижение настроения, слезливость и т. д.), когнитивные нарушения (затруднения в принятии решений,

неуверенность в своих поступках и т. д.), соматические дисфункции (снижение общей активности, анергия, изменение привычного ритма сна и бодрствования, пищевого поведения и т. д.). Критическим проявлением ПРД могут быть суицидальные мысли [1–4].

По данным различных авторов, частота встречаемости ПРД составляет от 0 до 60 % [5–8]. Проведенный M.W. O'Hara et al. (1996) мета-анализ показал развитие ПРД у 10–15 % матерей в течение первого года после родов [9].

До 85 % женщин в первые сутки после родов демонстрируют симптомы послеродового блюза (беби-блюза), который самостоятельно купируется без какой-либо медикаментозной или психологической коррекции в течение 7–10 дней после родов. Послеродовой блюз проявляется психоэмоциональной лабильностью, снижением настроения и беспричинной плаксивостью, раздражительностью. Беби-блюз не считается патологическим течением послеродового периода, развивается в результате гормональных изменений в организме родильницы, однако он может быть фактором риска развития послеродовой депрессии или тревожных расстройств [9, 10].

Этиология развития ПРД многофакторна. Основной причиной формирования депрессии считаются гормональные изменения в течение беременности, во время родоразрешения и в послеродовом периоде [11, 12]. Также в патогенезе развития депрессии задействованы психологические, физические, социальные и акушерские причины [2, 10, 13]. Кроме этого, одной из причин развития ПРД может быть перенесенная интенсивная боль и стресс во время родоразрешения. J.C. Eisenach et al. (2008) показали, что тяжесть перенесенной боли во время родоразрешения коррелировала с возникновением послеродовой депрессии [14].

Боль, вызывая комплекс дезадаптивных реакций в организме, ведет к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной вторичных иммунодепрессивных состояний и нарушает деятельность висцеральных систем. Боль снижает активность человека, вызывая психоэмоциональные расстройства и нетрудоспособность людей [14–16].

Эпидуральная анальгезия (ЭА) считается «золотым стандартом» облегчения боли во время родов, так как, по мнению ряда авторов, наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым к анальгезии, используемой в родах,

и позволяет матерям в полной мере участвовать в процессе родов без седации [5, 17–20].

По данным литературы, ведение родов через естественные родовые пути на фоне эпидуральной анальгезии ведет к снижению риска развития послеродовой депрессии [19–22].

Цель данного исследования заключалась в изучении влияния эпидуральной анальгезии в родах на риск развития послеродовой депрессии при родоразрешении через естественные родовые пути.

Материалы и методы

В основу исследования положены результаты клинико-психологического обследования 159 женщин, обратившихся в плановом порядке в Перинатальный центр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в период с декабря 2015 по октябрь 2016 г. при сроке беременности 34–35 недель. Пациенткам предлагали принять участие в исследовании (разрешение этического комитета получено). После подписания информированного согласия на участие в исследовании беременные заполняли клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича для выявления и оценки невротических состояний [23].

Акушерские, анестезиологические и неонатальные данные были собраны проспективно и в последующем обработаны в зависимости от применяемого обезболивания. Пациенткам 1-й группы при родоразрешении через естественные родовые пути с целью обезболивания применяли длительную эпидуральную анальгезию. Пункцию и катетеризацию эпидурального пространства выполняли при наличии регулярной родовой деятельности, выраженном болевом синдроме (оценка боли по шкале ВАШ более 5), при раскрытии шейки матки 3–5 см. На фоне непрерывной инфузии 0,08 % раствора ропивакаина гидрохлорида со скоростью 10 мл/ч проводили пациент-контролируемую анальгезию (болюс — 10,0–0,08 % ропивакаина гидрохлорида, локаут — 30 мин, лимит — 120 мл/6 ч). Во 2-й группе женщинам при родах через естественные родовые пути обезболивание не применялось в связи с тем, что одни женщины были настроены на роды без обезболивания, другие поступили в родильное отделение в потужном периоде и были родоразрешены в ближайшее время.

Критерии включения в исследование: женщины с одноплодной беременностью, родораз-

Таблица 1

Общая характеристика обследованных пациенток

Table 1

General description of patients

Показатели	1-я группа (n = 83)	2-я группа (n = 76)	P
Возраст, годы	28,7 (25–31)	29,43 (27–32)	0,081209
Рост, см	166,35 (163–170)	166,53 (164–170)	0,812380
Вес, кг	72,42 (65,15–77,1)	74,06 (68,03–78,88)	0,422001
Срок гестации, недели	39,65 (39–40,5)	39,78 (39,5–40,5)	0,130570
Оценка новорожденных по шкале Апгар через 1 мин	7,84 (8–8)	7,89 (8–8)	0,802587
Оценка новорожденных по шкале Апгар через 5 мин	8,93 (9–9)	8,97 (9–9)	0,683091

решенные через естественные родовые пути, с доношенным сроком беременности. Критерии исключения из исследования включали тяжелую экстрагенитальную патологию, нервно-психические нарушения, гнойно-септические заболевания, аллергию на местные анестетики, а также наличие коагулопатии или системное лечение антикоагулянтами.

Общая характеристика обследованных пациенток представлена в таблице 1.

Как показано в табл. 1, значимых различий по возрасту и антропометрическим показателям рожениц в исследуемых группах выявлено не было. Возраст пациенток первой группы составил 28,7 (25–31) года, во второй группе — 29,43 (27–32) года. Масса тела у рожениц в первой группе была 72,42 (65,15–77,1) кг, во второй группе — 74,06 (68,03–78,88). Гестационный срок — 39,65 (39–40,5) и 39,78 (39,5–40,5) недели соответственно. При этом статистически значимые различия между группами отсутствовали. Состояние новорожденных при рождении также значимо не отличалось между группами, через 1 мин после рождения средняя оценка по шкале Апгар была 7,8 (8–8) балла, через 5 мин — 8,9 (9–9) балла. В послеродовом периоде через 6 ч, через трое суток и 6 недель после родов пациентки заполняли Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии [24, 25]. Основываясь на результатах различных исследований [26], послеродовую депрессию верифицировали при оценке, равной 9 баллам и выше, свидетельствующей о 86 % вероятности наличия послеродовой депрессии. Через

трое суток после родов пациентки повторно заполняли клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича для выявления и оценки невротических состояний.

Обработку и оценку анкет проводил психолог, который не присутствовал при родах и не имел представления о методе обезболивания при родоразрешении.

Статистическую обработку материала производили с использованием программных средств пакетов STATISTICA v. 7.0 с помощью непараметрических критериев (критерий Вилкоксона), в связи с тем что часть массива данных не соответствовала закону о нормальном распределении. Исходные результаты исследования представлены в виде медианы, 25-го и 75-го перцентилей. За критический уровень значимости принято значение $p < 0,05$.

Результаты исследования

При исследовании исходного психологического состояния женщин в третьем триместре беременности у 22,34 % беременных была выявлена выраженная депрессивная симптоматика (рис. 1).

Как видно из рис. 1, в первые сутки после родов, независимо от метода родоразрешения и применения обезболивания, у 31,09 % женщин при оценке по Эдинбургской шкале диагностировали беби-блюз. На третьи сутки после родов беби-блюз выявили у 20,73 % рожениц. А через 6 недель после родов послеродовую депрессию диагностировали у 6,5 % всех родивших женщин.

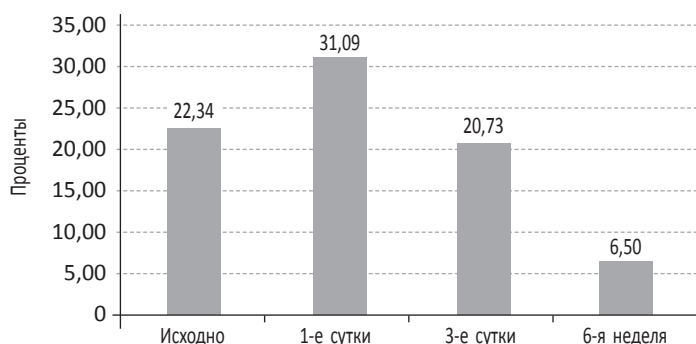


Рис. 1. Развитие депрессии у женщин, родоразрешенных в перинатальном центре
Fig. 1. Depression development in women who were giving birth in the perinatal center

Таблица 2

Оценка боли по визуально-аналоговой шкале

Table 2

Assessment of pain with the Visual Analog scale

Показатели	1-я группа (n = 83)	2-я группа (n = 76)	P
ВАШ при раскрытии шейки матки 2–3 см	8,2 (8–10)	5,2 (4–6)	0,000000
ВАШ при раскрытии шейки матки 5 см	2,6 (2–3)	7,04 (6–8)	0,000000
ВАШ потуги	5,22 (5–6)	8,18 (8–9)	0,000000

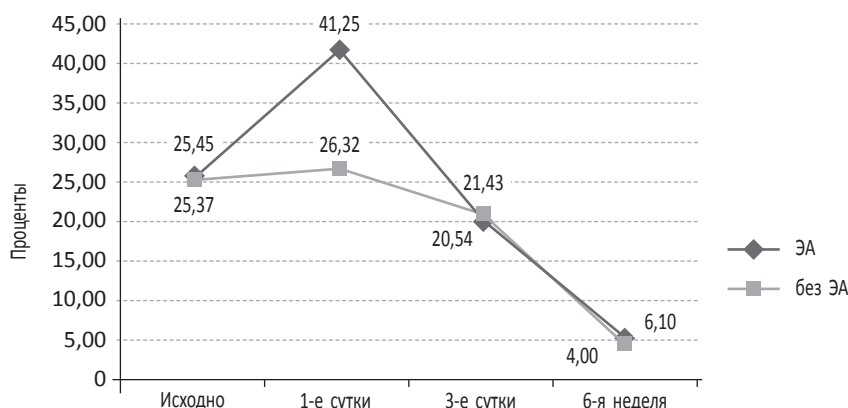


Рис. 2. Развитие послеродовой депрессии в зависимости от применения обезболивания при родоразрешении через естественные родовые пути
Fig. 2. Postpartum depression development depending on the usage of anesthesia during vaginal delivery

Оценку боли во время родоразрешения проводили по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Результаты представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, выраженность болевого синдрома во время родоразрешения при раскрытии шейки матки 5 см и в потужном периоде была значимо выше у пациенток, которым не проводили обезболивание родов. Так, оценка по шкале ВАШ составила 7,04 и 8,18 соответственно по сравнению с 2,6 и 5,2 у рожениц, обезболенных путем ЭА, что было статистически значимо ($p < 0,05$). На начальном этапе родов (при раскрытии шейки матки 2–3 см)

наиболее высокие оценки по шкале ВАШ были получены у пациенток первой группы и составили 8,2 балла по сравнению с 5,2 у женщин второй группы, что послужило основанием для обезболивания родового акта.

Применение длительной эпидуральной анальгезии с целью обезболивания во время родоразрешения через естественные родовые пути не привело к снижению частоты развития послеродовой депрессии через шесть недель после родов по сравнению с пациентами, которым не проводили обезболивание в родах (рис. 2).

Таблица 3

Особенности психоэмоционального состояния пациенток

Table 3

Characteristics of psychoemotional state of the patients

Шкалы	Период исследования	1-я группа (n = 83)	2-я группа (n = 76)	P
Тревоги	Третий триместр беременности	4,05 (1,61–7,06)	4,88 (3,23–7,39)	0,291293
Невротической депрессии		2,82 (0,61–5,36)	2,41 (0,64–5,39)	0,880168
Астении		3,58 (1,46–5,91)	4,01 (1,54–7,32)	0,651077
Истерического типа реагирования		3,67 (2,03–5,46)	3,69 (1,13–6,37)	0,880168
Обсессивно-фобических нарушений		2,98 (1,27–5,05)	3,54 (1,7–5,61)	0,291293
Вегетативных нарушений		6,30 (3,48–10,38)	7,37 (4,34–10,68)	0,880168
Тревоги	Через трое суток после родов	6,80 (3,31–7,82)	5,58 (2,67–8,05)	0,651077
Невротической депрессии		4,35 (2,77–6,89)	4,37 (2,71–6,95)	0,880168
Астении		4,91 (2,31–7,72)	5,78 (4,0–8,17)	0,880168
Истерического типа реагирования		4,64 (3,22–6,62)	4,74 (3,18–7,02)	0,880168
Обсессивно-фобических нарушений		3,82 (2,32–5,83)	3,86 (2,47–6,17)	0,651077
Вегетативных нарушений		7,92 (3,72–12,71)	8,84 (5,06–13,16)	0,880168

Как видно из рис. 2, исходный психологический статус был равнозначным, депрессивное состояние зарегистрировали у 25 % беременных в обеих группах. Через 6 недель после родов значимой разницы в частоте развития ПРД не было независимо от применения анальгезии в родах. В 1-й группе ПРД выявлена у 6,1 % женщин, во второй — у 4 % ($p > 0,05$). Беби-блюз в первые сутки был значимо выше у рожениц, обезболенных с применением длительной эпидуральной анальгезии при родоразрешении, и диагностирован в 41,25 % по сравнению с 26,32 % у женщин, которые не получили обезболивание в родах ($p < 0,05$). Разница в частоте развития беби-блюза на третьи сутки после родов отсутствовала, составив 21,43 и 20,54 % соответственно ($p > 0,05$).

Данные клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича представлены в табл. 3.

Как представлено в табл. 3, в обеих группах наиболее низкие показатели были выявлены по шкале невротической депрессии и состави-

ли 2,82 и 2,41 балла соответственно. Кроме того, сниженный средний показатель по шкале обсессивно-фобических нарушений был выявлен в первой группе пациенток в третьем триместре беременности — 2,98 балла по сравнению с 3,54 балла у пациенток второй группы. Также сниженный усредненный показатель наличия вегетативных нарушений у женщин в третьем триместре беременности был выявлен у пациенток первой группы и составил 6,30 балла по сравнению с 7,37 во второй группе, что явилось статистически незначимо.

Через трое суток после родоразрешения было выявлено снижение усредненного показателя по шкале обсессивно-фобических нарушений в обеих группах исследования — 3,82 и 3,86 соответственно. Средние показатели по шкале невротической депрессии в обеих группах после родов в целом уравниваются (4,36 и 4,37 соответственно) и достигают пределов нормативного диапазона [27]. Также было выявлено снижение среднего показателя по шкале «Астения» в первой группе пациенток по сравнению со второй группой (4,91 и 5,78 со-

Таблица 4

Частота развития послеродовой депрессии в зависимости от исходного желания пациенток

Table 4

Frequency of the postpartum depression development, depending on the initial desire of patients

ПРД по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии	Роды с ЭА не хотела (n = 39)	Роды с ЭА хотела (n = 44)	Роды без ЭА не хотела (n = 47)	Роды без ЭА хотела (n = 29)
в первые сутки п/е родов	8,23* (4–12)	8,30*,** (7–10)	6,26 (3–10)	4,11 (3–6)
Через 3 суток п/е родов	5,30 (1–8)	5,88*,** (2–9)	5,50 (2–9)	1,50 (0–3)
Через 6 недель п/е родов	2,97 (0–5)	4,21 (1–7)	3,26 (1–6)	2,0 (0–2)

Примечание: ЭА — эпидуральная анальгезия; *различия статистически достоверны между группами, где применялась ЭА, но женщины исходно не хотели, с группой без ЭА, но женщины исходно планировали; **различия статистически достоверны между группами, где делали ЭА с исходным желанием по сравнению с теми, кому сделали ЭА, но пациенты исходно не планировали обезбоживание в родах.

ответственно). Сохраняется тенденция снижения усредненного показателя по шкале наличия вегетативных нарушений в первой группе пациенток в сравнении со второй группой через трое суток после родов (7,92 и 8,84 соответственно).

Кроме этого сравнивали частоту развития ПРД у женщин в зависимости от исходного желания обезболить роды (табл. 4).

Как представлено в табл. 4, наиболее высокая оценка по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии в первые сутки после родов определялась у женщин, которые обезболивались с применением ЭА независимо от исходного желания, и составила 8,23 балла в группе, где исходно не планировали обезбоживание, и 8,30 балла, где изначально пациентки были настроены на обезбоживание родов, по сравнению с 6,26 балла у рожениц, которым не проводили анальгезию родов и изначально они ее не планировали, и 4,11, где не было ЭА в родах, но при этом пациентки были исходно настроены на обезбоживание родов. Полученная разница была статистически значима ($p < 0,05$).

На третьи сутки после родов наиболее низкая оценка по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии определялась у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути без анальгезии родов, но которые исходно были настроены на обезбоживание, и составила 1,50 балла.

Через 6 недель после родов оценка по Эдинбургской шкале была 2,97 балла у пациенток, получивших ЭА, но изначально они не планировали обезбоживания; 4,21 балла — у тех,

кто был обезболен, но исходно обезбоживание не планировал; 3,26 балла — у рожениц, не настроенных и не получивших обезбоживание родов; и 2 балла — у пациенток, которым не проводилось обезбоживание родов, но исходно они планировали анальгезию; при этом полученные результаты были статистически незначимы ($p > 0,05$).

Обсуждение полученных результатов

Наше исследование показало, что достоверно оценить частоту развития послеродовой депрессии не представляется возможным. По данным нашего исследования, частота развития ПРД через 6 недель после родов составила 6,5 % независимо от метода родоразрешения и применения обезбоживания родов. Данные литературы по данному вопросу разноречивы. Опубликованный в 2006 г. метаанализ U. Halbreich и S. Karkun с включением 143 исследований, посвященных частоте встречаемости ПРД по всему миру, продемонстрировал, что распространенность депрессии составляет от 0 до 60 % в зависимости выбранного времени оценки в послеродовом периоде и используемых шкал [6]. В Германии 3,6 % рожениц заболевают депрессией в послеродовом периоде [7], в Японии депрессия после родов зарегистрирована у 17 % рожениц [8], в США — у 10–20 % женщин [28], в Сингапуре — у 8 % [29], в Китае — у 24,3 % [5].

По данным различных авторов, частота встречаемости послеродового беби-блюза различна и колеблется от 16,8 % [9] до 80–85 % [30]. В нашем исследовании в первые сутки после

родов беби-блюз развился у 31,09 % родильниц, а на третьи сутки — у 20,73 % женщин.

Применение обезболивания родов посредством эпидуральной анальгезии сопровождается значимо менее выраженным болевым синдромом, что характеризуется более низкими оценками по шкале ВАШ. Однако, на основании проведенного нами исследования, применение ЭА с целью обезболивания родов не повлияло на риск развития послеродовой депрессии на шестой неделе после родов, частота которой составила 6,1 % у женщин с применением ЭА, по сравнению с 4 % у женщин без обезболивания ($p > 0,05$). Развитие беби-блюза в раннем послеродовом периоде было значимо выше у родильниц, обезболенных при родоразрешении, (41,25 %) в отличие от женщин, не получивших обезболивание (26,32 %). На третьи сутки различий в частоте развития беби-блюза не прослеживали. Наши результаты не подтверждают полученные ранее данные P. Hiltunen et al. (2004), T. Ding et al. (2014), S. Thangavelautham et al. (2016). В 2014 г. T. Ding et al. сообщили о частоте развития ПРД через 6 недель после родов у 14 % женщин, обезболенных с применением ЭА, по сравнению с 24,3 % без обезболивания [5]. S. Thangavelautham et al. (2016) установили развитие ПРД у 10 % родильниц, обезболенных ЭА, против 19,3 % без анальгезии в родах [19].

На основании анализа данных, полученных с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, в конце беременности в обеих группах наиболее низкие показатели были выявлены по шкале невротической депрессии (2,82 и 2,41 соответственно). Данные результаты указывают на наличие тенденции к развитию невротической депрессивной симптоматики в третьем триместре беременности. На фоне соматически благополучной беременности у женщин обеих групп депрессивная симптоматика может проявляться в виде длительного снижения эмоционального фона, раздражительности, повышенной утомляемости, нарушений режима сна и бодрствования. Сниженный усредненный показатель невротической депрессии в первой группе в сочетании со средним показателем наличия обсессивно-фобических нарушений (2,98) указывает на тенденцию появления у женщин этой группы иррациональной тревоги и навязчивых страхов за состояние собственного здоровья и благополучие ре-

бенка. Сопоставление данных в обеих группах с исходным желанием пациенток обезболить роды подтверждает выявленную тенденцию. Сниженный усредненный показатель наличия вегетативных нарушений у женщин в третьем триместре беременности в группе пациенток, в отношении которых в родах была применена длительная эпидуральная анальгезия (6,3 балла), дает основание предположить, что пациентки данной группы к концу беременности находились в более неблагоприятном психосоматическом состоянии и субъективно физически чувствовали себя хуже. Необходимо отметить, что данная тенденция сохранялась через трое суток после родоразрешения, что может указывать на значительное влияние психологического состояния в послеродовом периоде на субъективную оценку собственного соматического состояния.

Выравнивание средних показателей по шкале невротической депрессии в обеих группах после родов может свидетельствовать в целом о схожем переживании стрессовой ситуации родов пациенток вне зависимости от обезболивания. Снижение среднего показателя по шкале «Астения» в первой группе пациенток (4,91 балла) и одновременно увеличение показателя по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии (5,88 балла) через трое суток после родов может говорить о выраженной отсроченной реакции на стресс, вызванный ситуацией родов, а также о высоком уровне нервно-психического напряжения, связанного со страхом боли и ухудшения физического самочувствия на фоне гормональных изменений в организме родильницы.

Несмотря на увеличение в среднем показателя по шкале обсессивно-фобических нарушений в обеих группах исследования (3,82 и 3,86 соответственно) через трое суток после родов, выявленные уровни являлись наиболее низкими в сравнении с другими шкалами. Это также указывает на актуализацию иррациональных страхов за собственное здоровье и благополучие ребенка в этот период у пациенток обеих групп вне зависимости от наличия обезболивания в родах. Таким образом, анализ выявленных данных показывает обособленность психологического состояния и субъективного переживания ситуации рождения ребенка от физиологического контекста родов, которое тем не менее важно учитывать при выборе типа родоразрешения и тактики обезболивания в родах.

Выводы

1. Применение эпидуральной анальгезии приводит к значительному снижению интенсивности боли во время родоразрешения через естественные родовые пути, но не уменьшает частоту развития послеродовой депрессии.
2. Необходимо продолжить исследование причин развития послеродовой депрессии и выявление взаимосвязей между психофизиологическими особенностями течения беременности, процесса родоразрешения и медико-психологическими факторами с целью своевременного оказания необходимой помощи данной категории пациенток.

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с рукописью. Проведенная работа выполнена в рамках НИР, утвержденной в диссертационном совете при Санкт-Петербургском государственном педиатрическом университете на тему: «Влияние анестезиологической стратегии при родоразрешении на развитие послеродовой депрессии».

Литература

1. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия — центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. — 2015. — Т. 14. — № 6. — С. 5–24. [Kornetov NA. Postpartum depression is the main topic for protecting mental health in early motherhood. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2015;14(6):5-24. (In Russ.)]
2. Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Горьковская И.А., и др. Влияние обезболивания при родоразрешении на частоту развития послеродовой депрессии у родильниц // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2017. — Т. 14. — № 1. — С. 29–35. [Riazanova OV, Aleksandrovich YuS, Gorkovaia IA, et al. The impact of anesthesia during delivery on the frequency of postpartum depression of puerperas. *Annals of Anesthesiology and Reanimatology*. 2017;14(1):29-35. (In Russ.)]
3. Gress-Smith JL, Luecken LJ, Lemery-Chalfant K, Howe R. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(4):887-93. doi: 10.1007/s10995-011-0812-y.
4. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). Herndon, VA: Stylus Publishing Llc; 2007.
5. Ding T, Wang D-X, Qu Y, et al. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *J Anesth Analg*. 2014;(2):119. doi: 10.1213/ANE.000000000000107.
6. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):97-111. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.051.
7. Pawils S, Metzner F, Wendt C, et al. Patients with postpartum depression in gynaecological practices in Germany — results of a representative survey of local gynaecologists about diagnosis and management. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2016Aug;76(8):888-894. doi: 10.1055/s-0042-103326.
8. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, et al. Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. *PLoS One*. 2015Dec1;10(12):e0142410. doi: 10.1371/journal.pone.0142410.
9. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Ann Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
10. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*. 2016;87(6):442-447. doi: 10.5603/GP.2016.0023.
11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. — М.: МИА, 2001. [Smulevich AB. Depressions in general medicine: a guide for doctors. Moscow: MIA; 2001. (In Russ.)]
12. Филиппова Г.Г. Психология материнства. — М., 2002. — 240 с. [Filippova GG. Psihologija materinstva. Moskow; 2002. 240 p. (In Russ.)]
13. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, et al. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;137(3):277-281. doi: 10.1002/ijgo.12138.
14. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008;140: S87-94. doi: 10.1016/j.pain.2008.07.011.
15. Banasiewicz J, Wójtowicz S. The quality of life after cesarean section. Review article. *Neuropsychologia*. 2010;(3):273-283.
16. Morrell CJ, Slade P, Warner R, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*. 2009(338)276-279. doi: 10.1136/bmj.a3045.
17. Александрович Ю.С., Муриева Э.А., Пшениснгов К.В., Рязанова О.В. Особенности гормонального статуса матери и новорожденного ребенка при использовании длительной эпидуральной анальгезии

- в родах // Педиатр. – 2011. – Т. 2. – № 4. – С. 51–55. [Aleksandrovich JuS, Murieva JeA, Pshenishov KV, Rjazanova OV. Osobennosti gormonal'nogo statusa materi i novorozhdenного rebenka pri ispol'zovanii dlitel'noj jepidural'noj anal'gezii v rodah. *Pediatr.* 2011;2(4):51-55. (In Russ.)]
18. Шифман Е.М., Ермилов Ю.Н. Влияние эпидуральной анальгезии на течение родов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6. – № 1. – С. 44–46. [Shifman EM, Ermilov JuN. Vlijanie jepidural'noj anal'gezii na techenie rodov. *Rossijskij Vestnik Akushera-ginekologa.* 2006;6(1):44-46. (In Russ.)]
 19. Thangavelautham S, Thi PTP, Chen H, et al. Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2016;(12):1333-9. doi: 10.2147/NDT.S105918.
 20. Wisner KL, Stika CS, Clark CT. Double duty: does epidural labor analgesia reduce both pain and postpartum depression? *Anesth Analg.* 2014;119(2):219-21. doi: 10.1213/ANE.0000000000000322.
 21. Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2014;10:311-6. doi: 10.2147/NDT.S57556.
 22. Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, et al. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica.* 2004;(3):83.
 23. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М., 1998. – С. 545–552. [Jahin KK, Mendelevich DM. Klinicheskij oprosnik dlja vyjavlenija i ocenki nevroticheskikh sostojanij. In: *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: prakticheskoe rukovodstvo.* Moscow; 1998. P. 545-552. (In Russ.)]
 24. Bergant A, Nguyen T, Heim K, et al. Deutschsprachige Fassung und Validierung der Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr.* 1998;(123):35-40. doi: 10.1055/s-2007-1023895.
 25. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10066-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
 26. Мазо Г.Э., Вассерман Л.И., Шаманина М.В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 2. – С. 41–50. [Mazo GJe, Vasserman LI, Shamanina MV. Vybor shkal dlja ocenki poslerodovoj depressii. *Obozrenie Psihatrii i Medicinskoj Psihologii.* 2012;(2):41-50. (In Russ.)]
 27. Садыкова Г.К., Сединина Н.С., Лазарькова Н.Л., Семягина Л.М. Психологический портрет женщины во время беременности и после родов // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии, неонатологии и неонатальной хирургии: сборник трудов научно-практической конференции. – Пермь, 2015. – С. 84–89. [Sadykova GK, Sedinina NS, Lazar'kova NL, Semjagina LM. Psihologicheskij portret zhenshhiny vo vremja beremennosti i posle rodov. In: *Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii, neonatologii i neonatal'noj hirurgii: sbornik trudov nauchno-prakticheskoi konferencii.* (Conference proceedings) Perm'; 2015. P. 84-9. (In Russ.)]
 28. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(3):251-255. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x.
 29. Chen H. Addressing maternal mental health needs in Singapore. *Psychiatr Serv.* 2011;62(1):102. doi: 10.1176/ps.62.1.pss6201_0102.
 30. Bielawska-Batorowicz E. Zaburzenia emocjonalne po porodzie. In: Bielawska-Batorowicz E. (ed.). *Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice.* 2006:221-253.

■ Адреса авторов для переписки (Information about the authors)

Оксана Владимировна Рязанова — канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии, заведующая отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии для беременных, рожениц и родильниц. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург.

E-mail: oksanaryazanova@mail.ru.

Oksana V. Riazanova — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics Department. Chair of the Department of Obstetric and Anesthesia. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** oksanaryazanova@mail.ru.

■ Адреса авторов для переписки (*Information about the authors*)

Юрий Станиславович Александрович — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. **E-mail:** jalex1963@mail.ru.

Виталий Анатольевич Резник — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. **E-mail:** vitaliy-reznik@mail.ru.

Ирина Алексеевна Горьковская — д-р психол. наук, профессор, заведующая кафедрой психосоматики и психотерапии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. **E-mail:** iralgork@mail.ru.

Мария Александровна Коргожа — психолог, ассистент кафедры клинической психологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. **E-mail:** korgozha_m.a@mail.ru.

Александр Иоскович — заведующий отделением акушерской и амбулаторной анестезиологии медицинского центра «Шаарей Цедек». Профессор Еврейского университета, Израиль, Иерусалим. **E-mail:** aioscovich@gmail.com.

Yury S. Aleksandrovich — Doctor of Medical Sciences, Professor of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics Department within Professional Development Unit. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** jalex1963@mail.ru.

Vitaly A. Reznik — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Obstetrics and Gynecology. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** vitaliy-reznik@mail.ru.

Irina A. Gorkovaya — Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of Psychosomatic Medicine and Behavioral Therapy Department. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** iralgork@mail.ru.

Maria A. Korgozha — Psychologist, Assistant of Clinical Psychology Department. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Saint Petersburg, Russia. **E-mail:** korgozha_m.a@mail.ru.

Aleksander Ioskovich — Chair of the Department of Obstetric and Ambulatory Anesthesia. Shaare Zedek Medical Center. Clinical Professor in Anesthesiology, Hebrew University Jerusalem, Israel. **E-mail:** aioscovich@gmail.com.