

¹ Северо-Западный
государственный
медицинский
университет
им. И.И. Мечникова

² Санкт-
Петербургский
научно-
исследовательский
психоневрологический
институт
им. В.М. Бехтерева

Влияние эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде

Н.А. Татарова¹, М.В. Шаманина², Х.С. Сохадзе¹

Адрес для переписки: Нина Александровна Татарова, nina-tatarova@yandex.ru

Авторами было проведено исследование по оценке влияния эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений в послеродовом периоде у женщин. Полученные результаты подтверждают, что тревожно-депрессивные состояния чаще встречаются в послеродовом периоде у женщин с эндокринной патологией (гипо- и гипертиреозом, гиперпролактинемией) по сравнению с женщинами без эндокринных нарушений. Подчеркивается целесообразность мониторинга гормональных показателей во время беременности, определения известных факторов риска развития аффективных нарушений с целью выявления женщин, склонных к развитию послеродовой депрессии, и проведения своевременной профилактики депрессивных расстройств в этой группе пациенток.

Ключевые слова: послеродовой период, тревожно-депрессивные нарушения, гипотиреоз, гипертиреоз, гиперпролактинемия

Введение

В послеродовом периоде у женщин повышен риск развития депрессии. В научных публикациях часто приводятся противоречивые данные о сроках на-

чала депрессии, наиболее часто определяются временные рамки от 4–9 недель до 6 месяцев после родов. Согласно критериям Руководства по диагностике и статистике психических расстройств

(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-IV), послеродовой считается непсихотическая депрессия, отвечающая критериям большого депрессивного эпизода, развивающегося в течение первых 4 недель после родов. Большинство эпидемиологических исследований не придерживаются столь жестких временных критериев. По данным, приводимым в литературе, частота депрессии в первые 6 месяцев после родов составляет 22%, в то время как исследования, проведенные в более узких временных рамках (между 4 и 9 неделями), выявляют депрессивные нарушения только в 13–16% случаев [1]. Фактическая распространенность аффективных нарушений в послеродовом периоде выше, поскольку в большинстве случаев депрессия остается недиагностированной, отчасти из-за нежелания женщин признавать у себя наличие депрессивного расстройства



в столь важный период жизни. Кроме того, клиническая оценка депрессии во время беременности и в послеродовом периоде осложнена тем, что многие из типичных симптомов депрессии (например, изменения сна, аппетита и др.) также имеют общие черты с естественными изменениями физиологических процессов во время беременности и после родов [2].

Резкие изменения гормонального фона в до- и послеродовом периодах являются одним из этиологических механизмов развития послеродовой депрессии. В настоящее время ведутся исследования, направленные на обнаружение корреляций между отклонениями в гормональных параметрах и риском развития депрессии после родов. Большое значение придается изменениям в осях «гипоталамус – гипофиз – надпочечники» и тиреоидной [3, 4].

Исследования изменений гормонального спектра в до- и послеродовом периодах часто содержат противоречивые данные. В части проведенных исследований не было выявлено достоверных корреляций между отклонениями гормональных параметров и развитием депрессивных состояний. В других научных публикациях приводятся убедительные данные о том, что половые гормоны могут играть важную модулирующую роль в проявлениях и течении депрессии, а также в реакции на лечение [5].

Депрессивная симптоматика у подверженных заболеванию женщин определенно возрастает при снижении у них физиологического уровня эстрадиола, например, перед менструацией и после нее, в послеродовой период и в период перименопаузы. Во время беременности и послеродовом периоде происходят существенные изменения тиреоидной оси. Гипофункция щитовидной железы в до- и послеродовом периодах является одним из факторов риска послеродовой депрессии [6].

Учитывая актуальность вопроса о наличии или отсутствии

корреляций между отклонениями в гормональных параметрах и риском развития депрессии после родов, нами было проведено исследование по оценке влияния эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений в послеродовом периоде у женщин.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе женских консультаций НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта и Рощинской районной больницы. Было обследовано 76 женщин (средний возраст $26,4 \pm 4,5$ года) в период со 2-го по 6-й месяцы после родов, 36 из них имели эндокринную патологию. Для объективизации клинических данных использовались следующие психометрические шкалы:

- Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS);
- шкала самооценки депрессии Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS);
- шкала самооценки тревоги Цунга (Zung Self-Rating Anxiety Scale, SAS);
- шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD);
- шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).

Согласно приводимым в европейской литературе критериям оценки, суммарный балл по шкале EPDS более 12 у обследуемых женщин расценивался как клинически значимые депрессивные нарушения [6–8].

Для интерпретации данных по шкале SDS учитывался суммарный показатель по всем пунктам, при этом 25–49 баллов принималось за норму, 50–59 баллов – легкую степень выраженности депрессии; 60–69 баллов – среднюю степень выраженности депрессии; 70 и более баллов – тяжелую степень депрессии [3, 9, 10]. Уровни тревожности по клинической шкале SAS подразделяются сле-

Таблица 1. Структура эндокринной патологии у женщин, включенных в исследование

Патология	Количество женщин, n (%)
Гипофункция щитовидной железы	15 (41,7%)
Гиперфункция щитовидной железы	10 (27,8%)
Гиперпролактинемия	11 (30,5%)

дующим образом: 20–40 баллов – низкий, 41–60 баллов – средний, 61–80 баллов – высокий уровень тревожности [11].

При оценке по шкале HRSD выделялось 3 области значений: 0–7 баллов – норма, 8–16 – легкие симптомы, ≥ 16 баллов – наличие депрессивного эпизода. По шкале HARS также выделялось три области значений суммарного балла: 0–7 – отсутствие тревожного состояния, 8–19 – симптомы тревоги, ≥ 20 баллов – тревожное состояние.

Структура оцениваемой группы с учетом сопутствующей эндокринной патологии приведена в таблице 1. В исследование были включены женщины ($n = 36$) с выявленными до беременности симптомами гипо- или гипертиреоза, наблюдающиеся и получающие лечение у эндокринолога. Гиперпролактинемия также была выявлена до беременности, большая часть пациенток данной группы получали лечение в связи с бесплодием.

Результаты

На основании используемых психометрических шкал проведен анализ регистрации депрессии и тревоги со 2-го по 6-й месяцы послеродового периода в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии (табл. 2).

При проведении обследования у женщин с эндокринными нарушениями был зарегистрирован высокий уровень депрессивной симптоматики. У 19 (52,7%) женщин данные, полученные на основании шкалы EPDS, были существенно выше нормативных показателей (> 12 баллов) и варьировали от 12 до 32 баллов

Таблица 2. Частота возникновения тревоги и депрессии в послеродовом периоде в зависимости от наличия или отсутствия эндокринной патологии ($p < 0,05$)

Шкала	Наличие эндокринных нарушений		Без эндокринных нарушений	
	n (%)	Среднее значение	n (%)	Среднее значение
EPDS	19 (52,7%)	20,5 ± 4,8	13 (32,6%)	20,3 ± 4,5
HRSD	18 (50%)	10,8 ± 6,4	7 (16,5%)	7,2 ± 4,9
HARS	24 (66,6%)	11,7 ± 6,7	17 (41,7%)	7,1 ± 5,9
SDS	7 (19,4%)	39,7 ± 9,7	5 (12,5%)	39,0 ± 8,3
SAS	18 (50%)	41,6 ± 10,6	18 (44,8%)	39,7 ± 9,6

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – Эдинбургская шкала послеродовой депрессии; HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) – шкала депрессии Гамильтона; HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) – шкала тревоги Гамильтона; SDS (Zung Self-Rating Depression Scale) – шкала самооценки депрессии Цунга; SAS (Zung Self-Rating Anxiety Scale) – шкала самооценки тревоги Цунга.

(средний балл составил 20,5 ± 4,8). Шкала EPDS дает возможность оценить только наличие нарушений в аффективной сфере, но не предоставляет возможности проанализировать соотношение тревоги и депрессии, именно поэтому для анализа применялись также шкалы тревоги и депрессии Гамильтона и шкалы самооценки тревоги и депрессии Цунга.

По шкале HRSD депрессивная симптоматика регистрировалась у 18 (50%) женщин (средний балл составил 10,8 ± 6,4, при распределении значений от 0 до 24 баллов). У 24 женщин (66,6%) по шкале HARS были выявлены симптомы тревоги легкой и умеренной степени тяжести (средний балл составил 11,7 ± 6,7, области значений варьировали от 0 до 25). На основании шкалы SAS легкая и умеренная степень тревоги отмечалась у 18 (50%) обследо-

ванных женщин. Средний балл составил 41,1 ± 10,6, при распределении значений от 26 до 56 баллов. Депрессивная симптоматика по шкале SDS регистрировалась реже, чем тревога: депрессивная симптоматика легкой степени отмечалась у 7 женщин (19,4%). У 29 обследованных женщин (80,6%) депрессивные нарушения выявлены не были. Средний балл по шкале SDS составил 39,7 ± 9,7 (распределение значений от 23 до 61). При этом депрессивные нарушения у пациенток не были изолированы: во всех рассматриваемых случаях депрессия сочеталась с проявлениями тревоги. При проведении обследования в группе пациенток без эндокринной патологии по данным используемых психометрических шкал тревожная и депрессивная симптоматика регистрировалась существенно реже по сравнению с группой пациенток с эндокринными нарушениями. У 13 (32,6%) женщин симптомы депрессии были выявлены по шкале EPDS (средний балл составил 20,3 ± 4,5, при распределении значений от 10 до 36), у 7 женщин (16,5%) – по шкале HRSD (средний балл по HRSD составил 7,2 ± 4,9, распределение значений от 0 до 23), у 5 (12,5%) женщин – по шкале SDS (средний балл составил 39,0 ± 8,3). Симптомы тревоги по HARS регистрировались существенно чаще, чем депрессивная сим-

птоматика, у данной группы больных. Тревога отмечалась у 17 (41,7%) обследованных женщин, у 23 (58,3%) тревоги выявлено не было. Средний балл по HARS составил 7,1 ± 5,9, при распределении значений от 0 до 24 баллов. Тревога легкой и умеренной степени по SAS регистрировалась у 18 (44,8%) женщин, средний балл составил 39,7 ± 9,6, при области распределения баллов от 22 до 64.

Проведен анализ регистрации депрессии и тревоги в послеродовом периоде в зависимости от присутствия сопутствующей патологии (табл. 3). Достоверных отличий по частоте и выраженности депрессивной симптоматики у пациенток с различной эндокринной патологией в послеродовом периоде выявить не удалось. Депрессивные нарушения регистрировались несколько чаще у пациенток с гипопункцией щитовидной железы по сравнению с пациентками из двух других исследуемых групп. По данным EPDS в группе пациенток с гипотиреозом депрессия отмечалась у 73,4% женщин, в группе с гипертиреозом – у 40%, в группе с гиперпролактинемией – у 36,4%. По данным HRSD депрессивная симптоматика отмечалась во всех трех исследуемых группах примерно с равной частотой (у 53,4% пациенток с гипотиреозом, у 50% женщин с гипертиреозом, у 45,5% с гиперпролактинемией). По шкале SDS депрессивная симптоматика несколько чаще встречалась у пациенток с гипопункцией щитовидной железы (33,4%) по сравнению с пациентками двух других изучаемых групп (20% в группе гипертиреоза и 18,2% в группе гиперпролактинемии). Симптомы тревоги регистрировались примерно с равной частотой в послеродовом периоде у пациенток с нарушениями функции щитовидной железы. По данным HARS у пациенток с гипо- и гипертиреозом тревога была выявлена в 73,3% и 70% случаев. В группе пациенток с гиперпролактинемией тревожная симпто-

Тревожно-депрессивные состояния чаще встречаются в послеродовом периоде у женщин с эндокринной патологией. Факторами риска развития послеродовой депрессии являются гипотиреоз либо снижение уровня гормонов щитовидной железы в период беременности до нижней границы нормы.



матика отмечалась реже – в 54,5% случаев. По шкале SAS симптомы тревоги также регистрировались с равной частотой у пациенток с гипо- и гиперфункцией щитовидной железы (66,7% и 50%) и несколько реже – у пациенток с гиперпролактинемией (27,3%). Следует отметить, что выраженность тревожной и депрессивной симптоматики также была больше представлена у пациенток с гипотиреозом. У данной группы пациенток отмечались тревога и депрессия легкой и умеренной степени тяжести примерно с равной частотой. В группах с гиперфункцией щитовидной железы и гиперпролактинемией отмечались субклинические и легкие симптомы тревоги и депрессии.

Обсуждение

Полученные данные убедительно показывают, что тревожно-депрессивные состояния чаще встречаются в послеродовом периоде у женщин с эндокринной патологией по сравнению с женщинами без эндокринных нарушений. Наиболее часто депрессивная симптоматика регистрировалась у пациенток с гипотиреозом. Кроме того, у данной группы пациенток выявленная тревожно-депрессивная симптоматика была более выраженной. У женщин с гипофункцией щитовидной железы нарушения легкой и средней степени тяжести отмечались примерно с равной частотой, в то время как в двух других изучаемых группах регистрировалась симптоматика легкой и субклинического уровня. У пациенток с гипертиреозом также были выявлены выраженные симптомы тревоги, при более редких депрессивных состояниях. В группе пациенток с гиперпролактинемией тревожно-депрессивная симптоматика регистрировалась реже и была менее выражена по сравнению с женщинами, имеющими дисфункцию щитовидной железы. Это соответствует приводимым в научных публикациях данным о роли нарушения функции щи-

Таблица 3. Частота и выраженность тревоги и депрессии в послеродовом периоде у женщин с различными эндокринными нарушениями ($p < 0,05$)

Шкалы	Гипотиреоз		Гипертиреоз		Гиперпролактинемия	
	n (%)	Средний балл	n (%)	Средний балл	n (%)	Средний балл
EPDS	11 (73,4%)	21,6 ± 5,2	4 (40%)	20,8 ± 5,4	4 (36,4%)	14,0 ± 3,5
HRSD	8 (53,4%)	12,6 ± 7,75	5 (50%)	10,3 ± 5,8	5 (45,5%)	8,8 ± 4,5
HARS	11 (73,4%)	13,4 ± 7,25	7 (70%)	11,1 ± 5,9	6 (54,5%)	9,9 ± 6,6
SDS	5 (33,4%)	44,7 ± 10,7	2 (20%)	38,4 ± 8,2	2 (18,2%)	33,9 ± 5,6
SAS	10 (66,7%)	44,0 ± 12,0	5 (50%)	39,1 ± 9,8	3 (27,3%)	35,7 ± 7,8

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – Эдинбургская шкала послеродовой депрессии; HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) – шкала депрессии Гамильтона; HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) – шкала тревоги Гамильтона; SDS (Zung Self-Rating Depression Scale) – шкала самооценки депрессии Цунга; SAS (Zung Self-Rating Anxiety Scale) – шкала самооценки тревоги Цунга.

товидной железы в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств.

Проведенные исследования показали, что у женщин с послеродовой депрессией часто отмечается снижение общего уровня тироксина как в послеродовом периоде, так и во время беременности. Выявленный гипотиреоз либо снижение уровня гормонов щитовидной железы в период беременности до нижней границы нормы являются факторами риска развития послеродовой депрессии [6]. Были установлены также положительные корреляции между повышением титра антител к тиреоглобину и тиреидной пероксидазе во время беременности и после родов с развитием депрессии [9].

Во всех рассматриваемых случаях регистрировалось сочетание депрессии с проявлениями тревоги. Изолированных депрессивных нарушений у пациенток выявлено не было. Расхождение между полученными данными по частоте возникновения и выраженности тревожно-депрессивных состояний по разным психометрическим шкалам в пределах одной исследуемой группы подтверждает наличие диагностических сложностей и несовершенство используемых инструментов. Из множества применяемых в настоящее время психометрических шкал только три шкалы были специально разработаны для выявления депрессивной симпто-

матики в послеродовом периоде и считаются наиболее чувствительными и специфичными. Это используемая в данном исследовании шкала EPDS, а также шкала послеродовой депрессии Бромлей (Bromley Postnatal Depression Scale, BPDS), скрининговая шкала послеродовой депрессии (Postpartum Depression Screening Scale, PDSS) [12].

В ряде научных работ до настоящего времени приводятся данные, свидетельствующие об отсутствии выраженных корреляций между гормональными нарушениями и развитием послеродовой депрессии. В частности, рассматривается влияние эстрогенов, прогестерона, пролактина. Это может быть частично обусловлено тем, что многие исследования не всегда учитывают все параметры, влияющие на гормональный уровень. Например, кормление грудью может вызывать изменения уровня корти-

Мониторинг гормональных показателей во время беременности и выявление других известных факторов риска дадут возможность с большей вероятностью выявлять женщин, склонных к развитию послеродовой депрессии, и проводить среди них своевременную профилактику депрессивных расстройств.

зола и окситоцина [13]. Именно поэтому важно учитывать время, прошедшее с последнего кормления, при определении уровня гормонов в плазме крови. Тем не менее тот факт, что риск возникновения расстройств настроения у женщин является самым высоким в послеродовом периоде и во время перименопаузы, указывает на роль половых гормонов в этиологии депрессивных расстройств у женщин [14]. Отсутствие достоверных данных по ряду пока-

зателей в проведенном нами исследовании, возможно, связано с малочисленностью рассматриваемой выборки, что делает необходимым проведение дальнейших испытаний.

Выводы

Полученные результаты подтверждают влияние эндокринных нарушений на развитие тревожно-депрессивных расстройств у женщин в послеродовом периоде. Мониторинг

гормональных показателей во время беременности и выявление других известных факторов риска (перенесенные аффективные расстройства в прошлом, депрессии в предыдущем послеродовом периоде, неблагоприятные социально-экономические факторы) дадут возможность с большей вероятностью выявлять женщин, склонных к развитию послеродовой депрессии, и проводить среди них своевременную профилактику депрессивных расстройств. ❧

Литература

- O'Hara M.W. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium // Arch. Gen. Psychiatry. 1986. Vol. 43. № 6. P. 569–573.
- Marcus S.M. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences: Motherisk Update 2008 // Can. J. Clin. Pharmacol. 2009. Vol. 16. № 1. P. e15–22.
- Bloch M., Daly R.C., Rubinow D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression // Compr. Psychiatry. 2003. Vol. 44. № 3. P. 234–246.
- Schule C., Baghai T.C., Eser D. et al. The combined dexamethasone/CRH test (DEX/CRH test) and prediction of acute treatment response in major depression // PLoS One. 2009. Vol. 4. № 1. P. e4324.
- Murphy P.A., Kern S.E., Stanczyk F.Z. et al. Interaction of St. John's Wort with oral contraceptives: effects on the pharmacokinetics of norethindrone and ethinyl estradiol, ovarian activity and breakthrough bleeding // Contraception. 2005. Vol. 71. № 6. P. 402–408.
- Glinioer D. The regulation of thyroid function in pregnancy pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology // Endocr. Rev. 1997. Vol. 18. № 3. P. 404–433.
- Pop V.J., Komproe I.H., van Son M.J. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands // J. Affect. Disord. 1992. Vol. 26. № 2. P. 105–110.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale // Br. J. Psychiatry. 1987. Vol. 150. P. 782–786.
- Kuijpers J.L., Vader H.L., Drexhage H.A. et al. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum // Eur. J. Endocrinol. 2001. Vol. 145. № 5. P. 579–584.
- Zung W.W. Current concepts: how normal is anxiety? N.Y.: Upjohn Company, 1980. 341 p.
- Zung W.W. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiatry. 1965. Vol. 12. P. 63–70.
- Boyd R.C., Le H.N., Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression // Arch. Womens Ment. Health. 2005. Vol. 8. № 3. P. 141–153.
- Tu M.T., Lupien S.J., Walker C.D. Diurnal salivary cortisol levels in postpartum mothers as a function of infant feeding choice and parity // Psychoneuroendocrinology. 2006. Vol. 31. № 7. P. 812–824.
- Woods N.F., Smith-DiJulio K., Percival D.B. et al. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study // Menopause. 2008. Vol. 15. № 2. P. 223–232.

Influence of endocrine pathology on the development of anxiety and depressive disorders in the postpartum period

N.A. Tatarova¹, M.V. Shamanina², Kh.S. Sokhadze¹

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

² V.M. Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute

Contact person: Nina Aleksandrovna Tatarova, nina-tatarova@yandex.ru

The authors studied the influence of endocrine pathology on the development of anxiety and depressive disorders in the postpartum period. The results have demonstrated increased incidence of postpartum anxiety and depression in women with endocrine disorders (hypo- and hyperthyroidism, hyperprolactinemia). The authors recommend hormonal monitoring during pregnancy and detection of established risk factors to identify women at risk for postpartum depression and to implement targeted prophylaxis of depressive disorders.

Key words: postpartum period, anxiety and depressive disorders, hypothyroidism, hyperthyroidism, hyperprolactinemia