

УДК: 618.2/4-053.6:616.89-008.454

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ
ДЕПРЕССИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
И РОДОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

С. Жубыркэ

Центр Матери и Ребенка, Научная
лаборатория акушерства
(г. Кишинёв, Республика Молдова)

Резюме

Актуальность. Депрессия является одним из наиболее распространенных осложнений беременности. Выраженные депрессивные расстройства испытывают около 12,7% беременных женщин, и в 46% случаев данные состояния наблюдаются у беременных подростков.

Материал и методы. Проспективное, описательное, селективное исследование включило 168 (64,4%) беременных женщины в возрасте 13-25 лет, прошедших психологическое анкетирование в третьем триместре беременности и родивших в роддоме ЦМ и Р, в период с 01.01.2013 по 31.12. 2014 годы.

Результаты. Была установлена высокая частота депрессивных состояний у беременных подростков ($OR=2,42$ ($1,43 < OR < 4,09$), $p < 0,001$), в сравнении с женщинами старшего репродуктивного возраста, что обусловленоотягощенным семейным анамнезом, отсутствием поддержки со стороны семьи или социума, стрессовыми состояниями (травмы, насилие, потеря, развод) ($p < 0,01$). Также достоверно чаще у беременных подростков на фоне депрессивных расстройств встречаются осложнения беременности и родов, такие как: рвота беременных ($OR = 3,9$ ($1,24 < OR < 12,03$), $p < 0,01$), гестоз $OR = 3,4$ ($0,9 < OR < 12,8$), ($p < 0,05$), ЗВУР плода ($OR=2,43$ ($0,96 < OR < 6,12$), $p < 0,05$).

Выводы: Результаты проведенного исследования подтверждают литературные данные о большой частоте депрессивных состояний у беременных подростков, чем у женщин старшего репродуктивного возраста, обусловленные отягощенным семейным анамнезом, отсутствием поддержки со стороны семьи или социума, стрессовое состояние (травмы, насилие, потеря, развод). Также достоверно чаще у беременных подростков на фоне депрессивных расстройств встречаются осложнения беременности и родов, рвота беременных, гестоз, ЗВУР плода. Таким образом, существует необходимость внедрения скрининговых программ депрессии во время беременности и оказания помощи беременным женщинам, особенно с отягощенным с анамнезом в отношении депрессии.

Ключевые слова: депрессия, подростковая беременность, акушерские осложнения.

Введение

Депрессия является одним из наиболее распространенных осложнений беременности. Выраженные депрессивные расстройства испытывают около 12,7% беременных женщин [16], которые согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 году могут стать второй ведущей причиной заболеваемости в мире [46]. Высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств во время беременности – это одна из серьезных проблем общественного здравоохранения [14, 33,45].

Важность рассматриваемой проблемы для Республики Молдова определяется сложной демографической ситуацией и увеличением риска осложнений, возникающих во время беременности и родов. Согласно данным Национальной программы по охране психического здоровья населения (2012-2016 гг.), в Молдове в 2005-2011 гг. уровень психических расстройств достиг следующих величин: в 2005 году - 355,5 на 100 тысяч населения, в 2011 году - 411,4 на 100 тысяч населения, что свидетельствует об увеличении частоты новых случаев, о влиянии стрессовых факторов на развитие заболевания и отсутствии моделей профилактики психических заболеваний на национальном уровне. В 2011 году было взято на учет 98 564 человек с психическими и поведенческими расстройствами, из которых 18 640 (18,9%) составляли дети до 18 лет (каждый 5-й из

обследованных - ребенок). Следует отметить, что исследования по изучению психического здоровья беременных женщин, и в особенности беременных подростков, не проводились.

Согласно последним данным литературных источников, частота депрессивных состояний во время беременности достигает 10-20% [21] и в 46% случаев данные состояния наблюдаются у беременных подростков [23]. Беременность и послеродовой период являются периодами выраженных изменений в организме женщины в физиологическом и психологическом отношении. В последнее время увеличилось количество исследований, которые сосредоточены на проблемах психического здоровья, связанных с беременностью, что в свою очередь ведет к негативным изменениям в организме матери и новорожденного. Особое внимание уделяется психическим изменениям в организме женщины, которые возникают в течение репродуктивного периода, то есть менструальный цикл, беременность, послеродовой период [15, 16].

Согласно данным Nonacs R. и др., некоторые женщины могут испытывать свой первый депрессивный эпизод во время беременности, в то время как другие с отягощенным анамнезом в отношении депрессии подвержены повышенному риску ее повторения, продолжения или обострения [6, 37].

Среди наиболее распространенных психических проявлений в 20% случаев встречается пре-

натальная депрессия, тревога, в 1,3 - 2% - панические расстройства, в 0,2 - 3,5% - стрессовые расстройства, уязвимость [4, 5].

Наблюдения ряда ученых и проведенные ими аналитические эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что депрессивные симптомы, проявляющиеся в перинатальный период, могут способствовать ухудшению акушерских результатов и состояния новорожденных, низкому весу при рождении у младенцев [19, 20], преждевременным родам [10], отсрочке грудного вскармливания [13, 18] и длительной дородовой госпитализации [38]. Согласно данным Вае Н.С. депрессивные симптомы, появившиеся во время беременности, являются возможным фактором риска, связанным с оперативным родоразрешением [3, 9] и развитием гестоза [28, 40]. Некоторые исследователи склоняются к мнению, что молодой возраст матери [7], низкий уровень образования [41], бедность, стрессовые события, безработица [41], насилие в семье [30] связаны с развитием депрессивных симптомов во время беременности [27]. По данным других авторов, подростковая беременность часто ассоциируется с депрессией [36], тяжелым эмоциональным стрессом [22], отклонениями в поведении и низкой самооценкой [18], употреблением наркотических веществ и алкоголя [39, 41].

Целью исследования было дать сравнительную характеристику клинических параметров особенностей течения беременности и родов у подростков и беременных женщин репродуктивного возраста на фоне депрессивных состояний.

Материал и методы

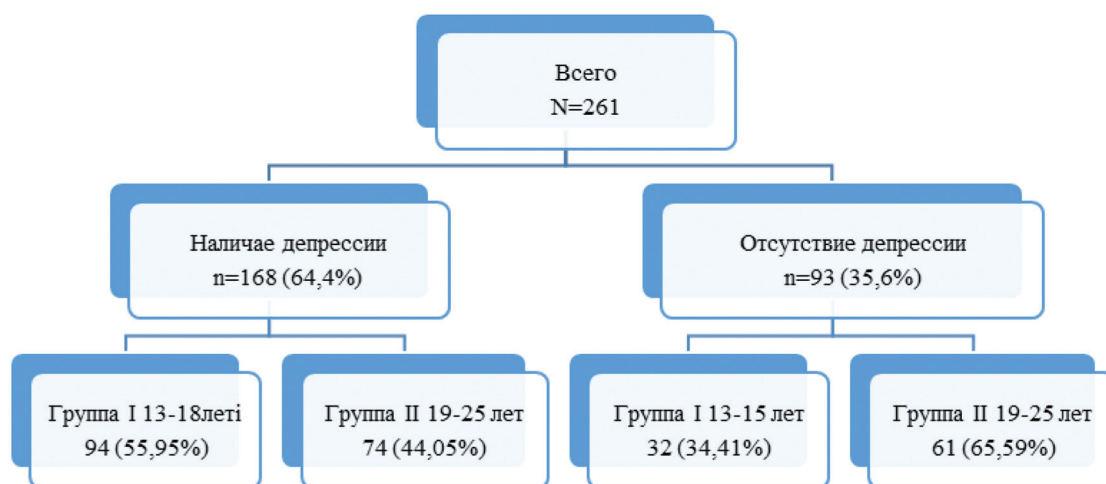
В проспективное, описательное, селективное исследование, были включены беременные женщины в возрасте 13-25 лет, прошедшие психологическое анкетирование в третьем триместре беременности и родившие в роддоме Центра Матери и Ребенка, в период с 01.01.2013 г. по 31.12. 2014 г.

Участниц проинформировали о целях исследования, его полной конфиденциальности и возможности отказаться от участия. Интервью было анонимным и согласие получено устно. Оценивался возраст, уровень образования, социальное положение, материнская заболеваемость, акушерские и перинатальные осложнения, наличие депрессивных состояний. Анализ депрессии был выполнен с помощью индивидуального опросника депрессии Бека.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи стандартных методов подсчета средних величин, вычисления среднеквадратических отклонений, подсчета достоверности различий показателей. Достоверность различий между отдельными показателями в основной и сравнительной группах определялись с помощью t-критерия Стьюдента. Все вычисления проводились с помощью пакета статистических программ SPSS: (версия 10.0 для Windows,) и Эпи-инфо 7. Учитывались результаты, статистически значимые при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Всего в исследовании приняли участие 168 (64,4%) беременных в возрасте от 13 до 25 лет. Впоследствии они были распределены по группам в зависимости от наличия депрессивных состояний (диаграмма 1).



Средний возраст респондентов основной группы составил $16,5 \pm 1,2$ лет, группы женщин старшего детородного возраста - $21,8 \pm 1,9$, что имело достоверное отличие ($p < 0,001$).

Проведенные исследования показали, что у пациенток беременность достоверно чаще проходила на фоне депрессивных расстройств - из всех рассмотренных случаев было выявлено 168 (64,4±

2,9%) случаев ($OR=3,39$ ($2,3 < OR < 4,7$), $p < 0,001$, $t = 6,8$). Разделив группы в зависимости от возраста, отмечено преобладание частоты депрессивных состояний у беременных подростков 94 (74,6 ± 3,9%) случая, и 74 (54,8 ± 4,3%) случая в контрольной группе ($OR=2,42$ ($1,43 < OR < 4,09$), $p < 0,001$, $t=3,8$). Это соответствует данным большинства авторов, указывающих на то, что часто-

та депрессии у беременных подростков по разным данным гораздо выше, от 16 до 50%, в сравнении со взрослыми женщинами [21, 22, 23, 47]. Holub С. К. также предполагает, что беременные подростки страдают от депрессии, тревожности, фрустра-

ции, агрессии достоверно чаще, чем беременные более старшего возраста [22].

Средние показатели степени тяжести депрессии в третьем триместре беременности, представлены в диаграмме 2.



Приведенные в диаграмме данные показывают, что беременность у женщин репродуктивного возраста протекала благоприятно, в отсутствии депрессии (OR = 0,11 (0,1<OR<0,2), p <0,01, t = 2,7) или на фоне легкой степени по сравнению с группой подростков. Депрессия средней степени (OR = 5,25 (2,46<OR<11.2), p <0,001, t = 4,7) была достоверно выше при подростковой беременности [1]. Раннюю беременность, которая заканчивается родами, необходимо воспринимать как протест против неблагоприятных социальных условий,

в которых живет подросток, что ведет к росту депрессивных состояний [8, 49].

Проанализировав социальный статус основной группы, было отмечено, что обе группы живут со своим партнером, но 38,3 ± 5,01% случаев в группе подростков рождение ребенка произошло в результате внебрачных половых связей и в отсутствии психосоциальной поддержки со стороны партнера 51,1 ± 5,2%, родителей 64,9 ± 4,9% (p <0,001). Социальный статус беременных в группах сравнения представлен в табл.1.

Таблица 1

Социальный статус беременных в группах сравнения

Социальный статус	13-18 лет N = 94		19-25 лет N = 74 P1.2		Относительный риск	Достоверность
	n ₁	% ± m	n ₂	% ± m		
Не замужем, одинокие	36	38,3 ± 50,1	4	5,4 ± 2,6	10,8 (3,6-32,3)	<0,001
Брак не зарегистрирован	31	32,9 ± 4,9	14	18,9 ± 4,6	2,1 (1,02-4,3)	<0,05
Брак зарегистрирован	27	28,7 ± 4,7	56	75,7 ± 4,9	0,1 (0,1-0,3)	<0,001
Родители за рубежом	48	51,1 ± 5,2	24	32,4 ± 5,4	2,2 (1,1-4,1)	<0,05
Партнер за рубежом	61	64,9 ± 4,9	71	95,9 ± 2,3	0,1 (0,02-0,3)	< 0,001

Обращает на себя внимание тот факт, что наступившая беременность для большинства подростков 64,9 ± 4,9%, достоверно чаще (p <0,001) была нежеланной, случайной, в сравнении со старшей группой, где беременность в 99,9 ± 0,4% случаев была желанной, запланированной [35]. Литературные источники отмечают ряд факторов, ведущих к возникновению депрессии: отягощенный семейный анамнез, отсутствие поддержки со стороны семьи или социума, одинокая, стрессовое состояние (травмы, насилие, потеря, развод) [42, 43]. Женщины-подростки при возникновении нежелательной беременности попадают в сложную социальную и психологическую ситуацию [17], подвергнувшись физическому или сексуальному насилию [17, 31].

Некоторые авторы связывают увеличение по-

дростковой беременности в последние годы с либерализацией половых отношений в обществе [29, 32, 34]. По данным нашего исследования, средний возраст начала половой жизни в группе подростков был достоверно ниже 15,5 ± 1,29 лет в сравнении с 19,3±1,6 годами женщин старшего детородного возраста (p<0,001). Существенным фактором возникновения депрессии в подростковом возрасте является начало половой жизни против воли подростка. В нашем исследовании принудительное начало половой жизни составило 40 (42,6 ± 5,1%) случаев в основной группе, по сравнению с 5 (6,8 ± 2,9%) случаями в контрольной (OR = 10,2 (3,78<OR<27,6), p <0,001, t = 6,1).

Следует отметить, что в 11 (11,7 ± 3,3%) случаях в основной группе, по отношению к 2 (2,7 ± 1,9%) в контрольной, беременность наступила в резуль-

тате изнасилования (OR = 4,8 (1,0 <OR<22,2), $p < 0,05$, $t = 2,3$) [25].

Статистический анализ демографических данных свидетельствует о важности сравниваемых показателей в исследуемых группах, которые выявили достоверное влияние анализируемых факторов на возникновение депрессии во время беременности в подростковом возрасте.

Стрессы и эмоциональное напряжение приводят к иммунологическим сдвигам в организме беременных, снижая его устойчивость к воздействиям внешней среды. Установлена зависимость между частотой осложнений беременности и юным возрастом: чем меньше возраст, тем чаще возникают гестозы, преждевременные роды [24, 40, 48].

В нашем исследовании среди осложнений беременности у несовершеннолетних достоверно чаще встречалась рвота беременных легкой степени - 54 (57,5 ± 5,09%) против 35 (47,3 ± 5,8%) случаев в контрольной группе, и средней степени - 17 (18,1 ± 3,9%) против 4 (5,4 ± 2,6%) случаев в контрольной группе (OR = 3,9 (1,24 <OR <12,03), $p < 0,01$, $t=2,7$), что согласуется с данными ряда исследователей [48]. Следует также отметить, что у наших пациенток беременность осложнилась развитием гестоза в 12 (12,7 ± 3,4%) случаях в группе подростков и в 3 (4,1 ± 2,3%) случаях в контрольной группе OR = 3,4 (0,9 <OR <12,8), ($p < 0,05$) $t=2,1$), что также соответствует данным литературы [48]. Роды закончились преждевременно в основной группе в 11 (11,7 ± 11,9%) случаях и в 6 (8,1 ± 3,3%) случаях в контрольной группе ($p > 0,05$) [21].

Роды сопровождаются не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и боли, с возникновением которых включаются все защитные и компенсаторные механизмы организма. По данным литературных источников, роды у большинства подростков чаще, чем у женщин старшего возраста, заканчиваются спонтанным родоразрешением. На фоне депрессивных состояний роды закончились через естественные родовые пути в 77 (81,9 ± 3,9%) случаях у подростков против в 52 (70,3 ± 5,3%) в контрольной группе, у остальных они были оперативными.

Ряд авторов отмечают в своих исследованиях связь между депрессивными состояниями в III триместре беременности и увеличением риска эпидуральной анестезии (33%) и частотой оперативного родоразрешения (39%) [9]. В настоящем исследовании в 26 (15,5 ± 2,7%) случаях была произведена родоразрешающая операция путем наложения вакуумэкстрактора (OR = 3,22 (1,2 <OR <8,7), $p < 0,01$). Из них в 11 (11,7 ± 3,3%) случаях данная операция была произведена в основной группе и в 15 (20,3 ± 4,7%) случаях - в контрольной группе.

Для большинства беременных женщин рождение неизбежно связано с сильной болью и стрессом [44], около 60% первородящих считают, что

их боль во время родов была «невыносимой» [44]. Необходимо подчеркнуть, что нервные импульсы могут иметь серьезные стрессовые последствия, привести к осложнениям как со стороны матери, так и плода. Эпидуральная анестезия была выполнена в 41 (43,6 ± 5,1%) случае в основной группе, соответственно в 45 (60,8 ± 5,6%) случаях в контрольной группе.

Следует отметить, что роды на фоне депрессивных состояний были закончены путем экстренного кесарева сечения в общей сложности в 39 (23,2 ± 3,3%) случаях ($p > 0,05$). Среди матерей в возрасте 13-18 кесарево сечение на фоне депрессивных состояний произведено в 16 (17,02 ± 3,9%) против 21 случая (28,38 ± 5,2%) в контрольной группе. Низкая частота оперативного родоразрешения в подростковом возрасте соответствует данным других авторов [26, 38].

В нашем исследовании при осложнении в родах относительно травматизма у рожениц не установлено статистически значимых различий в I и II группах (разрывы влагалища - 32 (34,04 ± 4,8%) и соответственно 26 (35,1 ± 5,6%) случаев, промежности - соответственно 20 (21,3 ± 4,2%) и 14 (18,9 ± 4,6%) случаев.

Общее количество детей, родившихся от матерей с депрессивными состояниями, составило 168 случаев. Средний вес новорожденных при рождении составил 3061,5 ± 648 г в основной группе и, соответственно, 3344,6 ± 556 г в контрольной группе ($p < 0,001$). Низкий вес для гестационного возраста на фоне депрессии у матери был отмечен в 17 (18,09 ± 3,9%) случаях у новорожденных I группы против 8 (10,8 ± 3,6%) случаев во II группе ($p > 0,05$).

Часть авторов отмечают взаимосвязь развития задержки внутриутробного развития плода у женщин с плохим материальным положением, наличием депрессивных симптомов [19], и влияние психосоциальных факторов (депрессия, беспокойство, стресс и низкая самооценка) на рождение детей с низкой массой для гестационного возраста [11], в то время как другие исследователи не нашли ни какой взаимозависимости [2].

При анализе плодовых факторов обращает на себя внимание достоверно более высокая частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития - 19 (20,1 ± 4,1%) случаев в группе юных женщин, при том что у женщин старшего возраста этот показатель составил 7 (9,5 ± 3,4%) случаев (OR=2,43 (0,96 <OR <6,12), $p < 0,05$) [19].

Достоверных различий в частоте рождения детей в состоянии асфиксии между несовершеннолетними роженицами - 14 (14,9 ± 3,7%) против 8 (10,8 ± 3,6%) случаев у рожениц старшего возраста; в развитии респираторного дистресс-синдрома новорожденных - 9 (9,6 ± 3,03%) против 3 (4,1 ± 2,3%) случаев, недоношенности 11 (11,7 ± 3,3%) против 6 (8,1 ± 3,2%) случаев, желтухи новорожденных 7 (7,5 ± 2,7%) против 1 (1,4 ± 1,3%) случая, гемолитической болезни новорожденных

- 16 (17,02 ± 3,8%) против 17 (22,9 ± 4,9%) случаев нами обнаружено не было.

Заключение

Результаты проведенного исследования подтверждают литературные данные о большой частоте депрессивных состояний у беременных подростков, чем у женщин более старшего репродуктивного возраста, обусловленные отягощенным семейным анамнезом, отсутствием поддержки со стороны семьи или социума, стрессовым состоянием (травмы, насилие, потеря, развод). Также достоверно чаще у беременных подростков на фоне депрессивных расстройств встречаются осложнения беременности и родов,

рвота беременных, гестоз, ЗВУР плода.

В тоже время достоверных различий в частоте возникновения преждевременных родов, оперативного родоразрешения, частоты рождения маловесных детей, асфиксии новорожденного и материнского травматизма обнаружено не было. Таким образом, существует необходимость внедрения скрининговых программ депрессии во время беременности и оказания помощи беременным женщинам, особенно с отягощенным с анамнезом в отношении депрессии. Наши результаты важны для практикующих врачей, потому что они определяют факторы риска, которые могут быть оценены в ходе рутинной акушерской помощи.

Литература

1. Adewuya A.O., Ola B.A., Aloba O.O. Prevalence of major depressive disorders and a validation of the Beck Depression Inventory among Nigerian adolescents. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* 16 (5):287-92. 2007.
2. Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., Åström M., Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J. Epidemiol.* 159 (9): 872–881. 2004.
3. Bae H.S., Kim S.Y., Ahn H.S., Cho Y.K. Comparison of nutrient intake, life style variables, and pregnancy outcomes by the depression degree of pregnant women. *Nutr. Res. Pract.* 4: 323–331. 2010.
4. Bowen A., Muhajarine N. Antenatal depression. *Can. Nurse.* 102 (9) : 26-30. Review. Nov., 2006
5. Bowen A., Stewart N., Baetz M., Muhajarine N. Antenatal depression in socially high-risk women in Canada. *J. Epidemiol. Community Health.* 63 (5) : 414-6. May 2009.
6. Burt V.K., Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry.* 63(7):9–15. 2002.
7. Chen H., Chan Y.H., Tan K.H., Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 39 (12) : 975–979. 2004.
8. Christie A., Lancaster M. D., Katherine J., Gold MD., MSW M.S., Heather A. Flynn Ph.D, Harim Yoo, Sheila M., Marcus MD, and Matthew M., Davis MD, MAPP. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* Jan., 202 (1) : 5–14. 2010.
9. Chung T.K., Lau T.K., Yip A.S., Chiu H.F., Lee D.T. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom. Med.* 63: 830–834. 2001
10. Da C. D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J. Affect. Disord.* 59: 31–40. 2000.
11. Dayan J., Creveuil C., Marks M.N., Conroy S., Herlicoviez M., Dreyfus M., Tordjman S. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med.* 68(6):938–946. 2006.
12. Elfenbein D.S., Felice M.E. Adolescent pregnancy. *Pediatr. Clin. North. Am.* 50:781. 2003.
13. Fairlie T.G., Gillman M.W., Rich-Edwards J. High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *J. Womens Health.* 18: 945–953. 2009.
14. Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health.* 10(1):25–32. 2007.
15. Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., and Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol.* 106: 1071–1083. 2005.
16. Gaynes B.N, Gavin N.I., Meltzer-Brody S. et al. Perinatal depression: prevalence, screening, accuracy, and screening outcomes. *Evid. Rep. Technol. Assess.(Summ.).* 119:1-8. 2005.
17. Geronimus A.T., Damned if you do: culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Soc. Sci. Med.* 57: 881. 2003.
18. Grioriadis S., Vonder Porten E.H., Mamisashvili L., Tomlinson G., Dennis C-L., Koren G., et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Psychiat.* 74: p.321–341.2013.
19. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R., Melville J.L., Iyengar S., Katon W.J. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch. Gen. Psychiat.* 67: 1012–1024. 2010.
20. Henrichs J., Schenk J.J., Roza S.J., Van den Berg M.P., Schmidt H.G., Steegers E.A.P., et al. Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: The Generation R. Study. *Psychol Med.* 40: 633–643. 2010.
21. Hodgkinson S. C., Colantuoni E., Roberts D., Berg-Cross L., and Belcher H. M. E. Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 23, no. 1, pp. 16–22. 2010.
22. Holub C. K., Kershaw T. S., Ethier K. A., Lewis J. B., Milan S., and Ickovics J. R. Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: identifying a high-risk subgroup. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 11, no. 2, pp. 153–159, 2007.
23. Holzman C., Eyster J., Tiedje L. B., Roman L. A., Seagull E., and Rahbar M. H. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 10, no. 2, pp. 127–138. 2006.

24. <http://mfvt.ru/osobennosti-techeniya-beremennosti-i-rodov-u-yunyx-zhenshhin/>.
25. Jewkes R., Vundule C., Mafarah F., Jordaan E. Women's health research unit. Medical Research Council, Pretoria, South Africa. *Soc. Sci. Med.* 52 (5): 733–44. 2001.
26. Jivraj S., Z. Nazzal, Davies P., and Selby K. Obstetric outcome of teenage pregnancies from 2002 to 2008: the Sheffield experience. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 30, no. 3, pp. 253–256, 2010.
27. Kendler K.S., Hettema J.M., Butera F., Gardner C.O., Prescott C.A. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry.* 60 (8) : 789–796. 2003.
28. Kharaghani R., Geranmaye M., Janani L., Hantooshzade S., Arbabi M., Rahmani Bilandi R., et al. Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran. *Arch. Gynecol. Obstet.* 286: 249–253. 2012.
29. Kirbiy D. Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy(Summary). Washington D.C. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2001.
30. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 202 (1):5–14. 2010.
31. Le H., Munoz R.F., Soto J.A., et al. Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Hisp. J. Behav Sci.* 26:463. 2004.
32. Lehana T.V. & Van Rhyn L. A phenomenological investigations of experiences of pregnancy by unmarried adolescents in Maseru. *Health SA Gesondheid*, 8 (1), 26-38. 2003.
33. Lovisi G.M., López JR.RA., Silva Freire Coutinho E., Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine.* 35 (10) : 1485–1492. 2005.
34. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. *Reprod Health Matters* 9 (17) :44-52. 2001.
35. Ministerio de Salud Pública, Ecuador, Plan Nacional de Prevención del embarazo en la adolescencia. Quito: MSP; 2008. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol.* 125:1268–71. 2015.
36. Moffitt T.E. E-Risk Study Team. Teen-aged mothers in contemporary Britain. *J Child Psychol Psychiatry.* 43(6):727–742. 2002.
37. Nonacs R., Cohen L.S. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry.* 63(7) : 24–30. 2002.
38. Palladino C.L., Flynn H.A., Richardson C., Marcus S.M., Johnson TR.B, Davis M.M. Lengthened Predelivery Stay and Antepartum Complications in Women with Depressive Symptoms During Pregnancy. *J. Womens Health.* 20 : 953–962. 2011.
39. Pérez-López F. R., Pérez-Roncero G., and López-Baena M.T. Current problems and controversies related to pregnant adolescents. *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 17, no. 2, pp. 185–192, 2010.
40. Qiu C., Sanchez S.E., Lam N., Garcia P., Williams M.A. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Womens Health.* 2007.
41. Rubertsson C., Wickberg B., Gustavsson P., Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health.* 8 (2) : 97–104. 2005.
42. Salazar-Pousada D., Arroyo D., Hidalgo L., Pérez-López F.R., and Chedraui P. Depressive Symptoms and Resilience among Pregnant Adolescents: A Case-Control Study. *Obstetrics and Gynecology International.* Article ID 952493, 7 pages. 2010.
43. Stacy C., Hodgkinson M.A., Elizabeth Colantuoni, Ph.D., Debra Roberts Ph.D., Linda Berg-Cross Ph.D, and Harolyn M.E., Belcher M.D., MHS.. Depressive Symptom.s and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers. *J. Pediatr. Adolesc Gynecol.* Feb. 23 (1) : 16–22. 2010.
44. Ting Ding M.D., Dong-Xin Wang, MD, PhD, Yuan Qu., MD, Qian Chen, MD., and Sai-Nan Zhu, PhD. Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study.
45. WHO. Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2009.
46. World Health Organization. Mental health: Responding to the call for Action, 2002. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5518.pdf.
47. Young J. F., Miller M. R., and Khan N. Screening and managing depression in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 1, no. 1, pp. 87–95, 2010.
48. Каюпова Г.Ф., Кулавский В.А. Течение и исход ювенильной беременности с гестозом. Материалы 4-й Всерос. Конф. По детской и подростковой гинекологии. 2000.
49. Семенова Н. Б. Манчук В. Ф.. Медико-социальный статус подростков Республики Тыва. № 3.-С.17-20. 2007.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ
ДЕПРЕСІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ
І ПОЛОГІВ
У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

С. Жубирке

Центр Матері і Дитини, Наукова лабораторія
акушерства
(г.Кишинев, Республіка Молдова)

Резюме.

Актуальність. Депресія є одним з найбільш поширених ускладнень вагітності. Виражені депресивні розлади відчувають близько 12,7% вагітних жінок, і в 46% випадків даний стан спостерігається у вагітних підлітків.

Матеріал і методи. Проспективне, описове, селективне дослідження включило 168 (64,4%) вагітних. Вагітні жінки у віці 13-25 років, які пройшли психологічне анкетування в третьому триместрі вагітності і народили в пологовому будинку Центру Матері і Дитини в період з 01.01.2013 р. по 31.12. 2014 р.

Результати. Була встановлена висока частота депресивних станів у вагітних підлітків (OR = 2,42 (1,43 <OR <4,09), $p < 0,001$), у порівнянні з жінками старшого репродуктивного віку, що обумовлено обтяженим сімейним анамнезом, відсутністю підтримки з боку сім'ї чи соціуму, стресовими станами (травми, насильство, втрата, розлучення) ($p < 0,01$). Також достовірно частіше у вагітних підлітків на тлі депресивних розладів зустрічаються ускладнення вагітності та пологів, такі як: блювота вагітних (OR = 3,9 (1,24 <OR <12,03), $p < 0,01$), гестоз OR = 3,4 (0,9 <OR <12,8), ($p < 0,05$), ЗВУР плода (OR = 2,43 (0,96 <OR <6,12), $p < 0,05$).

Висновки. Результати проведеного дослідження підтверджують літературні дані про більшу частоту депресивних станів у вагітних підлітків, ніж у жінок старшого репродуктивного віку, обумовлену обтяженим сімейним анамнезом, відсутністю підтримки з боку сім'ї чи соціуму, стресовим станом (травми, насильство, втрата, розлучення). Також достовірно частіше у вагітних підлітків на тлі депресивних розладів зустрічаються ускладнення вагітності та пологів, блювота вагітних, гестоз, ЗВУР плоду. Таким чином, існує необхідність впровадження скринінгових програм депресії під час вагітності і надання допомоги вагітним жінкам, особливо з обтяженим з анамнезом щодо депресії.

Ключові слова: депресія, підліткова вагітність, акушерські ускладнення.

A COMPARATIVE ANALYSIS
OF THE IMPACT OF DEPRESSION
ON PREGNANCY AND DELIVERY IN
ADOLESCENCE

S.Zhubyrke

Mother and Child Center, Research Laboratory
of Obstetrics
(Kishinev, Moldova)

Summary.

Objective. Depression is one of the most common complications of pregnancy. Depressive disorders experienced about 12.7% of pregnant women and 46% of these cases is observed in pregnant adolescents.

Material and methods. This was a prospective, descriptive, selective cohort study included 168 (64.4%) pregnant women aged 13-25 years that have passed a psychological survey in the third trimester of pregnancy and gave birth in the hospital IMCC, in the period from 01.01.2013 to 31.12. 2014.

Results. It was found high rates of depression in pregnant adolescents (OR = 2,42 (1,43 <OR <4,09), $p < 0.001$), compared with older women of reproductive age, and that is conditioned by family history, lack of support from family or socioeconomic status, stressful conditions (trauma, violence, loss, divorce) ($p < 0.01$). Also, significantly more often at pregnant teenagers on a background of depressive disorders occur complications of pregnancy and childbirth such as vomiting of pregnancy (OR = 3,9 (1,24 <OR <12.03), $p < 0.01$), preeclampsia OR = 3,4 (0,9 <OR <12,8), ($p < 0.05$), IUGR fetus (OR = 2,43 (0,96 <OR <6,12), $p < 0,05$).

Conclusions. The result of this study generally confirm the literature data on the greater frequency of complications of pregnancy and childbirth in adolescents then in women of average reproductive age, due to family history, lack of support from family or society, stressful condition (trauma, violence, loss, divorce). Adolescent with depression during pregnancy are at increased risk of preeclampsia, IUGR fetus. An important implication of these findings is that antenatal depression should be identified through screening programs for depression during pregnancy and to provide practical assistance to pregnant adolescent, especially with a history of depression disorders.

Key words: Depression, adolescent pregnancy, IUGR, pregnancy outcome.