

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Послеродовая депрессия. Актуальность в современном акушерстве.»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Летникова Е.В

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г.

Содержание

1.Актуальность.....	4
2. Этиология, причины появления послеродовой депрессии.	4
3.Особенности послеродовой депрессии, клиника.	8
4. Диагностика.....	10
5. Лечение	11
6.Профилактика	14
7.Заключение.....	14
8.Список литературы.....	15

Содержание

1.Актуальность.....	4
2. Этиология, причины появления послеродовой депрессии.	4
3.Особенности послеродовой депрессии, клиника.	8
4. Диагностика.....	10
5. Лечение	11
6.Профилактика	14
7.Заключение.....	14
8.Список литературы.....	14

1. Актуальность

Послеродовая депрессия (ПРД) является существенной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, обременяет затратами систему здравоохранения и является причиной семейно-брачных конфликтов. Депрессивные симптомы матери часто имеют негативное влияние на потомство, когда можно наблюдать когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства. ПРД представляет собой огромную проблему, поскольку показатель ее распространенности колеблется от 10 до 15%. Послеродовая депрессия рассматривается как фактор, воздействующий на развитие ребенка в ранний период его жизни и частично определяющий его будущее. В исследованиях, в которых оценивались отдаленные последствия депрессии у матери, выявлены многочисленные расстройства у детей. Кроме того, матерям, страдающим депрессией, кажется, что они не способны справиться со своим ребенком, что нарушает гармонию их взаимодействий.

ПРД характеризуется тремя признаками, которые отличают ее от других психических расстройств, возникающих и протекающих в послеродовой период: первое – ПРД развивается в период от 4 до 6 недель после рождения ребенка и продолжается в течение, по крайней мере, 2 недель; второе – при ПРД проявляются, по крайней мере, пять симптомов депрессии и третье - ПРД может нарушить жизнь женщины после родов, как с точки зрения выполнения ее ежедневных обязанностей, так и с точки зрения ее ухода за ребенком.

2. Этиология, причины появления послеродовой депрессии.

Этиология ПРД неизвестна. Существуют отдельные исследования, посвященные этому вопросу, как например Крауса и соавторов. Эти авторы установили, что в пренатальный и послеродовой периоды наблюдаются иммунологические изменения со значительным повышением неоптерина и реактивных Т-лимфоцитов. Сообщается, что установленные иммунологические изменения, связанные с депрессивными симптомами, наблюдаются у матерей с ПРД и эти иммунологические маркеры могут предсказать появление ПРД. В другом исследовании предполагается, что дефицит витамина D в середине беременности может оказаться фактором для развития ПРД (. Паркер и соавторы (2015) изучают изменения в уровнях основных и насыщенных жирных кислот, как возможных предикторов ПРД у женщин на позднем сроке беременности. Другие публикации

сосредотачиваются на воспалении как факторе развития ПРД у рожениц. Указывается, что лечение воспалительных заболеваний в третьем триместре беременности и в послеродовой период, а также грудное кормление ребенка, могут помочь психическому здоровью матери. Уже указывалось, что этиология ПРД остается неизвестной, но существуют многочисленные исследования и публикации о факторах риска депрессивных симптомов, возникающих во время беременности и в послеродовой период.

Причины появления послеродовой депрессии могут быть разные, но специалисты отмечают ряд факторов, которые существенно увеличивают риск ее возникновения:

- низкий социально-экономический статус женщины.
- отсутствие хорошей материальной базы и поддержки.
- прекращение трудовой деятельности до родов.
- пассивность мужа в вопросах помощи и ухода за ребёнком.
- разлука с ребёнком.
- рождение мёртвого малыша или младенца, страдающего тяжёлыми заболеваниями.
- отрицательные события в жизни, предшествующие родам.
- отсутствие профессионального образования.
- страх взять на себя ответственность за ребёнка.
- возраст женщины до восемнадцати-двадцати и после сорока лет.
- холодные отношения молодой матери с собственными родителями.
- неудовлетворённость ожиданий от родов.
- страх не соответствовать образу идеальной молодой матери.
- боязнь физических изменений.
- проблемы с грудным вскармливанием.
- нарушение сексуальных отношений с супругом.

Послеродовая депрессия обусловлена действием широкого спектра разнообразных факторов. Можно выделить четыре основные группы этих факторов:

1. Наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам;
2. физические и физиологические причины (изменения организма во время беременности и после родов и т.п.);
3. социальные факторы (особенности семьи и социального окружения)
4. психологические факторы (особенности личности женщины, восприятия себя как женщины, матери и т.п.).

Следует отметить, что, как правило, причины ПД носят комплексный характер. Рассмотрим их подробнее.

Наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам,

как правило, проявляется задолго до беременности и родов. Такие женщины часто испытывают значительные эмоциональные колебания: «приступы» раздражительности, вялости, утомляемости, повышенной плаксивости. Иногда их сопровождает склонность к тревогам и страхам, вегетативные нарушения (головокружение, головная боль, тошнота, озноб, учащенное сердцебиение и мочеиспускание, нарушение сна и аппетита). Беременность и роды служат лишь толчком для возникновения депрессивного состояния. Во время беременности происходит сильное изменение уровня гормонов в организме женщины: изменяется как количество гормонов, выделяемых так и их соотношение. Растущий уровень гормонов обеспечивает оптимальный кровоток в сосудах плаценты, а в момент родов - способность матки к сокращениям. После родов резкое снижение прогестерона и эстрогена вызывает изменение эмоционального состояния женщины, возникновение дряблости. Гормональные причины обычно связывают с послеродовой грустью, которая длится от нескольких часов до 3-х дней, но не более.

К физиологическим факторам возникновения ПД также можно отнести переутомление и недосыпание, связанные с кормлением и уходом за новорожденным.

Также послеродовые психические расстройства могут быть связаны с инфекцией, попавшей в организм во время родов через половые органы. Физическое состояние после родов также может рассматриваться как один из факторов ПД, например, наличие швов, усталость, трудности с туалетом, едой, отсутствие комфорта в палате. С физическим состоянием также связано принятие образа тела после родов. Женщины, которые боятся потерять тонкость талии, переживают за состояние фигуры, болезненно воспринимают появление живота, обвиснув, переживают, что никогда не удастся восстановить прежние формы.

К социальным факторам возникновения ПД в первую очередь относятся отношения в семье, поскольку в послеродовом периоде поддержка и внимание близких становятся крайне необходимы для женщины. Любые трудности в отношениях с мужем и родителями могут стать провоцирующим фактором послеродовой депрессии.

Изменения, происходящие в жизни семьи после появления ребенка, также играют роль в возникновении депрессии. Отношения между супругами, родительские отношения текущие и предыдущие, жизненные события, способности и отношения, поддерживающие отражаются на состоянии матери и ребенка.

Зачастую неумение построить свою собственную семейную жизнь обусловлено отсутствием положительного опыта семейной жизни, полученного в детстве и юности в родительской семье. Доверие, поддержка и

любовь родителей способствуют формированию у будущей мамы уверенности в себе, что помогает впоследствии адаптироваться к новой себе в роли матери. А если у женщины нет положительного опыта семейной жизни, который помогает строить отношения в собственной семье, она оказывается неподготовленной к восприятию себя в роли жены, а потом и матери. Ей труднее понять причины неизбежных трудностей семейной жизни. Она хуже адаптируется к любому стрессу, в том числе к беременности и родам.

Также было отмечено, что одинокие матери чаще испытывают депрессивные состояния.

Также считается, что возраст матери также влияет на эмоциональное состояние после родов. Женщины, которые становятся матерями в возрасте до 21-го года склонны к депрессивным состояниям, поскольку не готовы к выполнению материнской роли, не закончили образование, не могут самостоятельно обеспечить свое существование.

Материальное положение, жилищные условия, также могут в некоторой степени влиять на состояние матери.

Также к социальным факторам можно отнести особенности взаимоотношения женщины с врачом и персоналом клиники, где она наблюдалась во время беременности и где проходили роды. Отсутствие информации о применяемых медицинских процедурах, невежливое и невнимательное отношение персонала клиники приводят к возникновению напряжения. Женщины, для которых обстановка родильного отделения знакомая, контакты с врачами, акушерками привычные, менее подвержены влиянию ПД. Положительно влияют посещение специальных курсов по подготовке к родам, которые позволяют женщине лучше узнать о самом процессе родов, применяемых процедурах и т.п.

Также можно отметить и особенности переживания родов: то, как протекали роды (естественным путем или с медицинским вмешательством), кто находился рядом с женщиной, как осуществлялось вмешательство, в каких условиях проходили роды и так далее. Эти факторы могут послужить причинами развития ПД.

Пол и темперамент младенца также могут повлиять на возникновение неблагоприятного состояния у матери. Например, если для семьи рождение мальчика было предпочтительнее или ожидалось, а родилась девочка. Особенно негативная реакция проявляется в случае, когда диагностика пола ребенка с помощью УЗИ оказалась ложной. А также если социокультурное представление о ребенке, в большей степени связаны с "сыном", где появление дочери воспринимается как маленькая трагедия.

Психологические причины возникновения ПД наиболее разнообразны. Они связаны как с желательности или нежелательностью беременности, представлениями о семье и браке, роли женщины и матери, так и с личными особенностями женщины, ее готовностью к родам, материнству и т.п. Депрессивное состояние меняет не только саму женщину, но и ее

отношения с миром. Наиболее негативным образом это сказывается на ее отношениях с собственным ребенком, поскольку именно с ним она проводит больше всего времени и так как чаще всего свое депрессивное состояние женщина связывает с ним.

Послеродовая депрессия изменяет восприятие собственного ребенка, установки матери по отношению к нему, его поведение с ним. Такие женщины в течение трех-четырех (а иногда и более) месяцев после родов испытывают подавленность, тоску и апатию. Им бывает крайне трудно ухаживать за младенцем. Они растеряны, поскольку не могут понять, что с ними происходит, почему они воспринимают своего ребенка как нечто чуждое, «не могут его полюбить», и нередко бывают раздражены тем, что ему необходимо уделять столько времени, внимание и сил. Любые действия ребенка могут вызвать негативную реакцию, и даже враждебность. Такие матери менее эмоциональные в контакте с ребенком, они реже подходят к малышу, редко берут его на руки, улыбаются и разговаривают с ним, недостаточно живо реагируют на его дискомфорт. Одновременно с этим женщина часто испытывает неуверенность в том, что она правильно ухаживает за своим ребенком, чувствует себя неспособной в роли матери. Часто это сочетается с постоянной и безосновательной тревогой за здоровье малыша.

Подобное состояние матери нарушает эмоциональное общение с ребенком. И чем дольше оно длится, тем сильнее влияет на ребенка, семью, личность матери

Важно отметить, что крайне выраженные формы ПД могут привести к полной неспособности к уходу за новорожденным.

Мягкие и умеренные ПД оказывают меньшее влияние, но также нарушают взаимодействие между матерью и ребенком. В большей степени это касается не физиологического ухода, а эмоционального отношения.

В состоянии депрессии женщине трудно заботиться о малыше, понимать его потребности. Матери не подходят к младенцам, когда они плачут, реже берут их на руки, отказываются кормить грудью.

Существенное влияние на формирование ПД оказывает и готовность к материнству: неготовность к материнству, нежелание принять роль матери или несформированность представлений о материнстве и новой роли служат причиной формирования тревожности и депрессии в послеродовом периоде.

3. Особенности послеродовой депрессии, клиника.

Послеродовая депрессия (ПД) - достаточно широко распространенное эмоциональное расстройство. Это длительное и субъективно тяжелое состояние, сопровождающееся снижением настроения, недостатком интереса к жизни, подавленностью. У женщин с подобным расстройством выявляется высокий уровень тревоги, иногда - страхи

ПД - это сложная смесь физических, эмоциональных и поведенческих изменений, что происходят в жизни женщины сразу после родов.

Процесс постановки диагноза включает не только временные рамки появления симптомов болезни, но также и ее стадию сложности.

Послеродовая депрессия тесно связана с химическими, социальными и психологическими изменениями в жизни женщины, происходящими после рождения ребенка.

Клиника:

При ПД часто встречаются и соматовегетативные симптомы:

- отсутствие или снижение аппетита
- те или иные расстройства сна (трудность при засыпании, раннее пробуждение, поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха, или кошмарные сновидения)
- отсутствие сил и желания что-либо делать, сопровождающееся постоянным чувством усталости;
- невозможность сконцентрироваться на простых жизненных ситуациях;
- головные боли, головокружение, мигрень
- неприятные ощущения в области сердца и живота, боли в суставах;
- нарушение менструального цикла, исчезновение сексуального влечения.

Для ПД характерна неспособность адекватно оценивать свое состояние, изменить плохое настроение на хорошее, тревогу и обидчивость - на спокойствие и деловитость. Ситуация усугубляется еще и тем, что негативные переживания, испытываемые женщиной, не похожие на ожидаемую радость и облегчение, которые должны были бы наступить после родов. Возникает чувство одиночества, изолированности, кажется, что никто не обращает внимания и совершенно не придает значения тому, что происходит с ней, не понимает всей важности ее беспокойство по поводу ребенка. Женщине кажется, что ее состояние совершенно не интересует окружающих, что они не поддерживают и не понимают ее.

Выделяют следующие клинические варианты послеродовых депрессий:

- послеродовая депрессия (преходящее состояние, встречается у трети женщин вскоре после рождения ребенка, обычно не требует специального лечения).
- лёгкое или умеренно выраженное депрессивное состояние, возникающее в течение года, следующего за рождением ребенка (развивается у 10% женщин).
- послеродовые психозы с атипичной картиной (депрессивные или маниакальные симптомы присутствуют одновременно, в дальнейшем высок риск развития биполярных расстройств).

4. Диагностика

Диагностика послеродовой депрессии. Появление депрессии в связи с родами ведет к тому, что женщина и ее семья трактуют ухудшение самочувствия как должное, не осознавая психическую природу заболевания. Врачи общей практики и терапевты плохо выявляют депрессию, особенно атипичную или с соматическими проявлениями.

Акушеры гинекологи диагностируют, как правило, только ажитированную послеродовую депрессию или послеродовой психоз. В анамнезе родильницы выявляются данные, указывающие на предрасположенность к развитию послеродовой депрессии: отягощенная наследственность по депрессии и психическим заболеваниям, тяжелый «предменструальный» синдром, депрессия или психическое заболевание, преморбидный склад личности (повышенная тревожность, инфантилизм и др.), гипофункция щитовидной железы, отрицательный опыт при предыдущих беременностях, злоупотребление алкоголем, наркомания, одиночество, социальная незащищенность.

С целью объективизации клинических данных можно использовать ряд психометрических шкал, среди которых следует выбирать максимально удобные для врачей непсихиатрических специальностей. Тестирование больных с помощью «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» (EPDS). По EPDS суммарный балл более 12 интерпретируется, согласно приводимым критериям оценки, как клинически значимая депрессия, которую необходимо купировать. Однако шкала EPDS позволяет оценить только наличие нарушений в аффективной сфере, но не предоставляет возможности проанализировать соотношение тревоги/депрессии. «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» — один из наиболее простых методов диагностики, лишенный этого недостатка. Шкала включает 2 подшкалы по 7 пунктов — тревоги и депрессии. Оценка результатов проводится по сумме баллов, набранных пациенткой по каждой из подшкал, а также по общему баллу. Сумма по любой подшкале в 6–9 баллов указывает на субклиническую тревогу/депрессию, требующую профилактических мероприятий, 10 и более — на клинически значимые проявления, подлежащие активной терапии. Общий балл 19 и более соответствует тревожно-депрессивному расстройству. Необходимо дифференцировать послеродовую депрессию с так называемым «синдромом грусти рожениц», также за рубежом его называют «послеродовый блюз», симптомы которого наблюдаются примерно у 80% женщин в первые дни после родов, достигая наибольшей выраженности к 5 му дню и непатологической реакцией горя при тяжелом стрессе. Он проявляется эмоциональной лабильностью, колебаниями настроения, повышенной утомляемостью, бессонницей, не считается отклонением от нормы и подвержен самопроизвольной инволюции. Состояние родильницы улучшается по мере стабилизации гормонального фона и при наличии

моральной поддержки семьи и друзей. Тяжелая психическая травма в анамнезе может привести к развитию непатологической реакции горя. Снижение настроения, тревожность при стрессе чаще всего купируются без лечения при отдыхе, заботливом уходе и участии родных.

5. Лечение

Лечение ПРД следует начинать рано и должно быть направлено на восстановление нормальных отношений между матерью и ребенком, устраняя характерные для заболевания депрессивные симптомы. Если симптоматика послеродовой депрессии не исчезает через 2–3 недели, необходима врачебная помощь. Важную роль в немедикаментозном лечении играют эмоциональная и физическая поддержка близких людей, семейное консультирование и психотерапия. Основной фигурой в семейном консультировании на современном этапе является врач общей практики, тогда как психотерапия — прерогатива специалиста. Общепрактикующий или семейный врач должны работать в контакте с акушером гинекологом женской консультации и психиатром.

Рождение ребенка является важным этапом развития семьи, вызывающим ее адаптацию к новым условиям. Развитие у матери послеродовой депрессии создает острую кризисную ситуацию, требующую помощи семейного врача. При выявлении в анамнезе женщины факторов, предрасполагающих к развитию послеродовой депрессии, или эмоциональных перепадов, страхов, тревоги, заострения имеющихся черт характера необходима психообразовательная работа в семье уже на ранних сроках беременности, которая продолжается в послеродовом периоде при депрессии. Уточняют социальные и материально бытовые условия жизни женщины, близким разъясняют особенности и причины заболевания, дают рекомендации по созданию для женщины обстановки максимального эмоционального и физического комфорта. Психотерапия должна быть основой лечения при нетяжелой послеродовой депрессии, особенно при предубеждении пациенток против лекарств. Психотерапевт может использовать различные методы: индивидуальную, брачную и семейную психотерапию, кратковременную межличностную психотерапию, при выраженной тревоге — систематическую десенситизацию, аутогенную тренировку для обучения релаксации. После завершения основного курса применяется поддерживающая психотерапия. Если через 6–8 недель на фоне психотерапии состояние не улучшилось или через 12 недель эффект остается неполным, показаны антидепрессанты. При выраженной симптоматике депрессии медикаментозное лечение назначают сразу. Используемые в настоящее время при после родовой депрессии антидепрессанты относятся, согласно FDA, к категории С (Флуоксетин (прозак, профлузак, продеп), от 10–20 мг утром до 60 мг/сут, обычная доза: 20

мг/сут или 90 мг/нед. Отсутствие тератогенности наиболее подтверждено. 11% суточной дозы матери проникает в грудное молоко. Серьезных последствий для ребенка не выявлено: возможны нарушение стула, рвота, беспокойство. Из-за медленного выведения эффективен у недисциплинированных больных. Противопоказан при суицидальной настроенности)

По мнению FDA, антидепрессантов более безопасных категорий А и В не существует. Однако потенциальная польза при лечении депрессии у беременных и кормящих препаратами этой группы может оправдать возможный риск их назначения. При легком депрессивном расстройстве препаратом выбора является антидепрессант растительного происхождения на основе стандартизированного экстракта зверобоя продырявленного, содержащий в качестве действующего вещества гиперицин и другие психоактивные компоненты (деприм форте, негрустин, гелариум) по 425 мг (1 капсула) 2 раза/сут. Положительный эффект достигается через 10–14 суток, стабильное терапевтическое действие развивается при регулярном приеме препарата в течение нескольких недель или месяцев. Рекомендуются в период беременности сочетать препарат экстракта зверобоя с Магне В — 6 таблеток в сутки в 3 приема, так как увеличение расхода магния вызывает повышенную нервную возбудимость, нарушения сна, астению.

При послеродовой депрессии назначение антидепрессантов облегчается возможностью перевода ребенка на искусственное вскармливание. У нелактующих женщин более приемлемы антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), так как они дают меньше побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты (ТЦА). При легкой и умеренной депрессии у кормящей женщины, решая вопрос о медикаментозной терапии, необходимо хорошо взвесить все «за» и «против», приняв во внимание данные FDA. По современным сведениям, препаратом выбора у лактирующих женщин является сертралин, альтернативными вариантами могут быть флуоксетин, циталопрам, амитриптилин при их хорошей переносимости. Безуспешность медикаментозной терапии депрессии чаще всего обусловлена низкой приверженностью к лечению, на втором месте — недостаточная доза или продолжительность приема. Начинать нужно с минимальной дозы, затем ее быстро (один раз в 1–2 недели) повышают, следя за переносимостью. Лечебный эффект антидепрессантов развивается в среднем в течение 2–3 недель, максимальный результат — через 1–1,5 месяца. Так как побочные эффекты возникают чаще в начале лечения, необходим врачебный контроль не реже 1 раза в 7 дней. Если через 4 недели состояние не улучшилось или через 8 недель эффект лечения остается неполным, следует сменить антидепрессант или направить больную к психиатру.

При внезапном прекращении приема после длительного лечения возможно развитие синдрома отмены. Во избежание рецидива антидепрессанты следует принимать 6–12 месяцев. Три приступа депрессии либо 2 приступа в

сочетании с факторами риска рецидива служат показанием к постоянному приему поддерживающей дозы антидепрессанта.

Если у женщины с послеродовой депрессией выражены тревожность, психомоторное возбуждение или заторможенность, психоз, анорексия, мания, намерения причинить вред себе или ребенку, это показания к неотложной госпитализации в психиатрический стационар. В качестве экстренной помощи при неконтролируемой ажитированной депрессии или психомоторном возбуждении в сочетании с безысходным отчаянием, невыносимой тоской требуется введение 25–75 мг левомепромазина (тизерцин) в/м и 20–40 мг амитриптилина в/м или в/в медленно под контролем артериального давления. При суицидальных мыслях и намерениях осуществляются строгий надзор за пациенткой, удаление возможных средств самоубийства, открытое обсуждение ее суицидальных планов с привлечением родных, близких и авторитетных людей.

Тактика акушера гинеколога при послеродовом психозе зависит от клинической ситуации. При токсикоинфекционном варианте требуется госпитализация для оказания гинекологической и психиатрической помощи. На фоне терапии послеродового сепсиса психотические симптомы достаточно быстро купируются парентеральным введением нейролептиков и бензодиазепинов. При острых вариантах послеродового психоза необходим экстренный осмотр психиатра и госпитализация в психиатрический стационар. Появление странностей у женщины с внешне правильным поведением требует тщательного надзора за ней и консультации психиатра в роддоме, при отсутствии такой возможности — передачи родильницы под наблюдение врача общей практики с участием родственников. Если в дальнейшем диагноз послеродового психоза подтверждается, больная также должна быть госпитализирована.

Для экстренного купирования психического и двигательного возбуждения назначают ряд психотропных средств. Из группы нейролептиков наиболее часто применяются в/м галоперидол 5–10 мг, зуклопентиксола ацетат (клопиксол акуфаз) 50–100 мг, хлорпротиксен 25–100 мг, хлорпромазин (аминазин) 50–150 мг. Параллельно проводится коррекция возможных экстрапирамидных расстройств тригексифенидилом (циклодол, паркопан) в дозе 2 мг. Может быть использована специальная быстрорастворимая форма нейролептика рисперидона — рисполепт квиклет 4 мг (таблетка для рассасывания), терапевтическое действие которого наступает в течение часа, или раствор рисполепта для приема внутрь. При неконтролируемом состоянии дополнительно можно ввести в/м диазепам (реланиум, седуксен) 10–30 мг или лоразепам 5–20 мг. Антидепрессанты и другие препараты со стимулирующим эффектом при психомоторном возбуждении противопоказаны. При необходимости следует применить методы физического удержания.

6.Профилактика

Профилактика послеродовой депрессии делится на первичную и вторичную. Первичная профилактика включает определение возможных факторов риска у беременной и роженицы. Акушеру гинекологу необходимо изучить анамнез жизни женщины, выяснить наследственность и социальную ситуацию, провести психопрофилактическую подготовку к родам, рекомендовать рациональный режим питания, дня и ночи, физические упражнения.

Вторичная профилактика осуществляется врачом общей практики при наличии депрессии в анамнезе: нужно следить за самооценкой женщины, провести консультирование семьи по перераспределению домашних обязанностей, рекомендовать близким уделять женщине больше внимания и оказывать поддержку, обращаться за помощью к психиатру или семейному врачу при появлении нарастающих симптомов.

7.Заключение

Женщинам с депрессивными симптомами легкой и средней степени тяжести в послеродовом периоде следует предлагать психотерапию в качестве лечения первой линии. Терапия с наибольшей доказательной базой включает межличностную терапию и когнитивно-поведенческую терапию. Женщинам с депрессией средней и тяжелой степени рекомендуется прием антидепрессантов и терапия. Личный анамнез предыдущей реакции на антидепрессанты или семейный анамнез может использоваться для выбора антидепрессанта для женщин, которые не кормят грудью. Если личный или семейный анамнез недоступен, сертралин и циталопрам оказались наиболее эффективными и хорошо переносимыми по сравнению с другими СИОЗС. Рекомендации по фармакологическому лечению должны включать обсуждение с пациентом преимуществ грудного вскармливания, рисков применения антидепрессантов во время кормления грудью и риска невылеченного заболевания. В тяжелых случаях послеродовой депрессии с суицидальными или убийственными идеями или депрессии с психозом необходимо направление к специалисту по психическому здоровью. Послеродовая депрессия - серьезная проблема для здоровья. К сожалению, исследования в области лечения ограничены. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы

8.Список литературы

1. Аргунова И.А. Послеродовая депрессия. На стыке общей врачебной практики, акушерства и психиатрии. 2018г.

- 2.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭотар-Медиа, 2019.
3. Макарова М.А. Аффективные расстройства послеродового периода - клиническая картина, факторы риска развития, методы коррекции. 2022г.
4. Баженова, О. В., Баз, Л. Л. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка / О.В. Баженова, Л.Л. Баз // Синапс. – 2018г.
5. Мещерякова, С. Ю. Психологическая готовность к материнству/ С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2017г.