

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

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 Тарасова К.Г  
Проверил: Ассистент Коновалов В.Н

Красноярск 2021

Содержание:

- I. Введение
- II. Этиология и клиника
- III. Виды послеродовой депрессии
- IV. Методы лечения
- V. Выводы

## ВВЕДЕНИЕ

Послеродовая депрессия представляет собой огромную проблему для органов здравоохранения, поскольку показатель ее распространенности, по данным эпидемиологического анкетирования, 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. В этой статье делается акцент на важности лечебных вмешательств, нацеленных на диаду «мать, страдающая депрессией, -ребенок» в ранний период его развития, описываются различные терапевтические подходы. В целях профилактики необходимо осуществлять раннее вмешательство, прежде чем произойдет фиксация паттернов взаимодействия. Еще Гиппократ упоминал о симптомах хронических психозов, осложненных перинатальными инфекциями с последующим смертельным для этих женщин исходом после родов. Esquirol в 1838 г., а затем Magre в 1858 г. говорили о пуэрперальных психозах, что и стало содержанием работы «Безумие беременных женщин» (*Lafolie des femmes enceintes*). В 1968 г. Pitt предложил термин «депрессия послеродового периода») и уточнил,

клиническая картина этого заболевания атипична. вводят понятие перинатальной психиатрии. Они считают, что следует отличать пуэрперальные психозы (показатель которых - один на тысячу - не меняется с 1848 г., высказывается гипотеза об их органическом происхождении) от послеродовой депрессии, а также выделять маниакальный и депрессивный синдромы.



## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Начиная с основных симптомов послеродового уныния, описанных Kennerley, O'Нага приводит различные симптомы легкой депрессии, а именно: крайний пессимизм, чувство неудовлетворенности, раздражительность, реакции протеста или зависимость, жалобы на судьбу, чрезмерная поглощенность телесными ощущениями, слезливость и грусть, бесконечные размышления об одном и том же.

Каковы последствия депрессии для матери?

Наблюдение показывает, что матери, страдающие послеродовой депрессией, подвержены повышенному риску развития депрессивного расстройства. Соматические симптомы послеродовой депрессии ослабевают, зато постепенно развиваются признаки нарушения когнитивных функций. Такая симптоматика стабильна в течение длительного периода, тем не менее, в это время происходят многочисленные изменения. Методы множественного регрессионного анализа позволили определить факторы (демографические, уязвимость, стресс), которые способствуют развитию послеродовой депрессии. К ним относятся депрессия в анамнезе, количество баллов по «Шкале для оценки депрессии Бека» во второй половине беременности, психотравмирующие события и осложнения во время родов.

Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем, поэтому она может быть маркером общей подверженности депрессии.

Вместе с тем он не выявил у матерей взаимосвязи между гормональными факторами и послеродовой депрессией; кроме того, как это ни странно, у женщин, отец или мать которых умерли, через 9 недель после родов психопатологическая симптоматика<sup>1</sup> была выражена гораздо слабее. По мнению O'Нага, полученные им данные указывают на то, что психопатологическая симптоматика в анамнезе повышает риск развития послеродовой депрессии. Одна из гипотез, подтверждающих эти исследования, основывается на том, что материнство - стрессовое событие, повышающее риск развития депрессии.

Таким образом, если послеродовой период сам по себе не является тем событием, которое провоцирует развитие депрессии после родов, то совокупность различных психотравмирующих факторов (как связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии.

Прогностические факторы периода беременности, позволяющие предсказать развитие послеродовой депрессии

По мнению О'Нага и его коллег, к прогностическим факторам развития послеродовой депрессии относятся низкий социально-экономический статус, перенесенная в прошлом депрессия или депрессия у кого-либо из членов семьи, алкоголизм, слабая поддержка со стороны семьи и тяжелое течение беременности. Эти факторы являются причиной снижения самооценки. В другой модели прогнозирования развития симптомов послеродовой депрессии выделены четыре фактора, которые влияют непосредственно, а именно: степень тяжести депрессии во время беременности; низкий социально-экономический статус; отрицательные жизненные события; предшествующие эпизоды аффективных расстройств и Vorgeat показали, что на четвертом месяце беременности те женщины, которые будут находиться в подавленном состоянии через 711 месяцев, медленнее идентифицируют пять стимулов, имеющих отношение к беременности, сексуальности или родительскому образу. По данным Saucier и его коллег, наиболее значимыми прогностическими факторами невротической послеродовой депрессии являются сложности восприятия воображаемого ребенка (надежный, неуверенный и трудный) на пятом месяце беременности. Итак, эти авторы предлагают многомерную прогностическую модель, включающую демографические характеристики, психиатрические аспекты, психопатологическую симптоматику, биографические данные и экологические факторы.

Являются ли роды фактором, провоцирующим развитие депрессии у матери?

По мнению Сох и его коллег, рождение ребенка приближает момент возникновения депрессии, а не повышает риск ее развития. Действительно,



после родов риск развития непсихотической депрессии не повышается, тогда как психотические эпизоды (депрессивное расстройство, маниакальное состояние, меланхолия, шизофрения) существенно учащаются через один-два месяца, а в пuerпериальный период возрастает количество случаев депрессии, требующих госпитализации. На основании положительной корреляции показателей депрессии и тревоги через девять недель после родов степень выраженности симптомов депрессии у матери можно считать показателем психологической адаптации матери к своему ребенку.

Существует взаимосвязь между количеством отрицательных событий считая с начала беременности и до девяти недель после родов и возникновением послеродовой депрессии. Вместе с тем не обнаруживается корреляции между количеством отрицательных событий во время рождения ребенка и развитием послеродовой депрессии. Складывается впечатление, что психосоциальные стрессовые факторы повышают риск возникновения послеродовой депрессии не после родов, а во время беременности. С другой стороны, поддержка со стороны семьи может снизить риск развития послеродовой депрессии, при этом основным элементом социальной поддержки матери остается поддержка супругом.

Факторы, предрасполагающие к возникновению депрессии у матери, таковы: возраст старше 40 лет, принадлежность к этническим группам африканского происхождения, отсутствие профессионального образования, недостаточная активность супруга, полное прекращение работы перед родами, раннее прекращение работы в первом или втором триместре беременности, временное прекращение работы после выхода из непродолжительного отпуска по уходу за ребенком. Была установлена достоверная связь между разлукой матери с ребенком сразу же после родов по медицинским показаниям (вследствие несколько сниженного показателя APGAR) и развитием депрессии через три месяца после родов. Кроме того, матери, страдающие депрессией, считают своих детей слишком требовательными.

У женщин с низким социально-экономическим статусом материнство, по-видимому, является тем событием, которое часто сопровождается депрессией. Приблизительно у трети матерей с низким уровнем доходов, не

испытывающих очевидных трудностей с детьми, и у двух третей имеющих проблемы с детьми, наблюдаются выраженные симптомы депрессии.

Во время обследования матери чаще всего обнаруживаются следующие симптомы депрессии: тревога; субъективное чувство печали и грусти; отсутствие сил; плаксивость; бессонница; нарушения аппетита. Среди симптомов тревоги, чаще всего сопровождающих депрессию, можно назвать сердцебиение, головную боль, чувство паники, навязчивые действия. Наиболее распространенные симптомы послеродовой депрессии через три месяца после родов таковы: подавленное настроение, чувство одиночества, идеи самоуничтожения, расстройства сна. Периодически повторяется тема угрызений совести, которая выражается в восприятии себя как плохой матери и в чувстве стыда.

## **РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ**

### *Невротическая депрессия*

Эта форма депрессии возникает в основном у женщин с невротическими расстройствами. В таких случаях депрессивные симптомы проявляются в виде обострения расстройств, наблюдавшихся во время беременности: постоянная дисфория, соматические жалобы, чувство уныния, повторяющиеся приступы плача, поглощенность навязчивыми опасениями, в конце дня достигающими крайней степени.

К характерным признакам депрессии относятся усталость, чувство собственной несостоятельности, резко сниженная самооценка, нарушение сна, состояния эмоциональной зависимости в сочетании с тираническими притязаниями. Случаи травматического невроза после тяжелых родов Bydlowski и Papiernik описали женщин, которые в прошлом пережили тяжелые роды с угрозой смерти и рождения мертвого или неполноценного ребенка. По мере приближения следующих родов у них может наблюдаться тревожная депрессия с повторяющимися кошмарами и навязчивым страхом уснуть, причина этого - актуализация пережитого в ходе предшествующих родов.



### Меланхолия с бредовыми включениями

Клиническая картина этого расстройства представлена заторможенностью, чувством виновности, ощущением собственной несостоятельности и идеями самоуничтожения, при этом нарушается ориентировка, пациентка не узнает близких ей людей. Мрачные, наводящие ужас галлюцинации отражаются в бредовых идеях, обращенных к ребенку. В 25-30% случаев меланхолия является первым эпизодом изменения настроения при маниакально-депрессивном психозе. Нужно сопоставлять эти эпизоды маниакального состояния с ажитацией и галлюцинациями, которые нередко постепенно переходят в депрессивную фазу.

### *Депрессия с невротическим компонентом*

Основные симптомы этого расстройства: соматические жалобы, иногда ипохондрического характера, выраженная астения, чувство бессилия, упорная бессонница, потеря массы тела, иногда навязчивый страх совершить какое-либо действие во вред ребенку. Согласно Durand, 25% случаев биполярных или униполярных аффективных расстройств возникают после родов, нередко после первых.

Факторами, способствующими развитию этого типа депрессии, являются: предрасположенность к маниакально-депрессивному синдрому либо отсутствие при родах матери, утрата во время беременности одного из близких родственников или отсутствие мужа.

### *Затяжное течение послеродовой депрессии*

Этот тип течения депрессии у матерей наблюдается чаще всего. Нередко депрессия с таким течением не диагностируется, хотя ею страдает от 10 до 20% рожениц. Нередко депрессия скрывается под маской трудностей воспитания ребенка и развивается исподволь, начиная с послеродового уныния, которое продолжается и по возвращении домой. Симптомы проявляются в виде жалоб на усталость и чувство изнеможения, которые относят на счет родов. Мать раздражительна, плаксива, с трудом переносит слезы ребенка, упрекает себя в том, что плохо заботится о нем, ничто не доставляет ей удовольствия. Она корит себя за раздражительность, за отсутствие интересов, часто не осмеливаясь об этом говорить.



### *Методы лечения*

Соорет и Murray показали, что после проведенного лечения (психологическое консультирование и когнитивно-поведенческая терапия) у 77% матерей, страдающих депрессией, через пять месяцев после родов психопатологическая симптоматика заметно редуцировалась, а 40% женщин выздоровели спонтанно. Изучил три группы матерей, страдающих депрессией и имеющих детей в возрасте от 8 до 18 недель. Одна группа (контрольная) матерей, страдающих депрессией, лечение не получала. В каждой группе соответственно применялись следующие методы терапии: • недирективное психологическое консультирование; • когнитивно-поведенческая терапия, направленная на отношения с ребенком; • краткосрочная динамическая психотерапия.

О'Нага рекомендует отдавать предпочтение интерперсональной, а не когнитивной терапии, поскольку он придает исключительно важное значение контексту межличностных отношений. Вероятно, последние - основная надежда при депрессии у матери, имеющей ребенка. Курс интерперсональной терапии состоит из 1220 сеансов, в основном они ориентированы на исполнение родительской роли и на решение супружеских конфликтов. По данным О'Нага, этот метод психотерапии приводит к редуцированию симптомов депрессии у матерей. Обзор исследований, нацеленный на анализ эффективности различных профилактических мер, принимаемых среди маленьких детей, показывает, что раннее вмешательство в функционирование семьи результативно, а если в ходе вмешательства в течение трех месяцев происходит по меньшей мере 11 встреч, то можно получить более длительный и стойкий эффект.

### *Лекарственная терапия послеродовой депрессии*

На конгрессе, организованном Maudsley Society, проходившем в Кембридже в 1994 году, впервые шла речь о химиотерапевтических методах лечения послеродовой депрессии. Wisner и Wheeler наглядно показали значение профилактического лечения антидепрессантами с целью избежать рецидивов послеродовой депрессии. Gregoire продемонстрировал влияние приема эстрадиола в течение 12 дней каждый месяц (на 4, 5 и 6й месяцы) на

редуцирование симптомов послеродовой депрессии. и его коллеги подтвердили целесообразность лечения апоморфином, который назначается в дозе 0,005 мг/кг через четыре дня после родов. В результате такого лечения увеличивается концентрация рецепторов дофамина и наступает улучшение у матерей, страдающих депрессией в рамках биполярного расстройства, и у матерей с непсихотической депрессией, у которых в анамнезе было униполярное аффективное расстройство. Эстрогены также повышают чувствительность дофаминергических постсинаптических образований и предупреждают рецидивы депрессии.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭотар-Медиа, 2007. - С. 325-327.
- 2.Морозов Г.В., Шумский Н.Г. "Введение в клиническую психиатрию", 1998  
<<http://psychiatry.spsma.spb.ru/student/uchebnik/files/morozov.zip>>.
- 3.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. "Психиатрия"  
<[http://psychiatry.spsma.spb.ru/student/uchebnik/files/Psixiatria\\_2002.djvu](http://psychiatry.spsma.spb.ru/student/uchebnik/files/Psixiatria_2002.djvu)>  
Сметанников П.Г. "Психиатрия: Краткое руководство для врачей"  
<[http://psychiatry.spsma.spb.ru/student/uchebnik/files/Psixiatria\\_smetannikov\\_1995.djvu](http://psychiatry.spsma.spb.ru/student/uchebnik/files/Psixiatria_smetannikov_1995.djvu)>.