

<https://orcid.org/0009-0006-6331-2396>

UDC 616-089-053:610.08

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

Istamov Mirmuhsinjon Bahodirovich

Bukhara State Medical Institute

Abu Ali Ibn Sino Bukhara State Medical Institute.

Assistant of the Department of Psychiatry,

Narcology and Medical Psychology Bukhara, Uzbekistan

Резюме. Статья обзорного характера на основе анализа литературных источников. В статье рассматриваются вопросы связанные с состоянием послеродовой депрессии.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, акушерство, медицина.

Рождение является одним из самых важных событий в природе.

В послеродовой период у матерей происходят физиологические и психические изменения, которые варьируются от незначительных изменений до видимого психоза. Психические расстройства у женщин в послеродовой период включают беспокойство, депрессию и психоз.

Послеродовая депрессия (ПРД) является существенной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, обременяет затраты 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.

Этот обзор литературы предназначен для ознакомления акушерок с текущими данными о распространенности, клинических проявлениях, диагностике, последствиях для потомства и лечении послеродовой депрессии. Повышение их профессиональной компетенции направлено на раннее обнаружение ПРД, которое позволит своевременный квалифицированный уход и лечение.

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 (1).

Клинические проявления ПРД включают подавленное настроение, апатию или беспокойство, достигающее в некоторых случаях мыслей о самоубийстве, уменьшение ухода и отчуждение, по отношению к ребенку, нарушение взаимодействий с семьей, нарушение сна, как его продолжительности, так и качества, снижение аппетита, потерю веса (1, 2).

В большинстве публикаций, посвященных ПРД, отмечается, что ее частота движется в диапазоне от 10% до 20%, притом, что существуют вариации этих показателей для разных стран и географических районов. Отмеченная частота ПРД может выявить различия и в зависимости от использованных для диагностики анкет и шкал. В очень всеобъемлющем обзоре литературы о частоте ПРД отмечается, что в развивающихся странах она колеблется от 1,7% до 82,1%, с самыми низкими значениями в Пакистане, а самыми высокими в Турции. Для развитых стран частота ПРД варьируется от 5,2% до 74,0%, с самыми низкими значениями в Германии, а

самым высоким процентом в США (2). При использовании для диагностики ПРД Edinburgh Postnatal Depression Scale, частота ПРД в развитых странах составляет от 5,5% до 34,4%, а для развивающихся стран частота ПРД выше.

В обширном обзоре литературы Norhayati с соавторами (2015), о частоте ПРД, дана информация о частоте этого психического расстройства в зависимости от времени рождения.

В развитых странах - до 4 недель - от 5,5% до 24,4%, от 4 до 8 недель - от 2,6% до 35,0%, до 6 месяцев - от 2,9% до 25,5% и до 12 месяцев - от 6,0% до 29,0%.

В развивающихся странах – до 4 недель - от 12,9% до 50,7%, от 4 до 8 недель - от 4,9% до 50,9%, до 6 месяцев - от 8,2% до 38,2% и до 12 месяцев - от 21,0% до 33,2% (3).

Этиология ПРД неизвестна. Существуют отдельные исследования, посвященные этому вопросу, как например Крауса и соавторов (2014). 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 (4). В другом исследовании предполагается, что дефицит витамина D в середине беременности может оказаться фактором для развития ПРД (5). Паркер и соавторы (2015) изучают изменения в уровнях основных и насыщенных жирных кислот, как возможных предикторов ПРД у женщин на позднем сроке беременности (6). 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 (7).

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.

В исследовании, проведенном Cloud и Brown (2015), определены некоторые значительные предикторы ПРД такие, как стрессовые ситуации, тревоги и беспокойство, особенно в третьем триместре беременности и от 4 до 6 месяцев в послеродовой период, предложенное или проведенное кесарево сечение, расстройства сна матери и проблемы, связанные со здоровьем ребенка (8, 9). Эти данные подтверждаются и другими исследованиями.

При рассмотрении социально-демографических факторов риска для ПРД, особое внимание уделяется возрасту матери. По этому вопросу мнения авторов расходятся. Некоторые авторы утверждают, что молодой возраст матерей предрасполагает к депрессивным симптомам. В других публикациях утверждается, что женщины постарше, рожаящие впервые, находятся в большей опасности. Для третьих авторов возраст матери не имеет отношения к появлению депрессивного синдрома. Авторы полностью единодушны по поводу отсутствия социальной поддержки во время беременности и в послеродовой период как важного фактора риска при ПРД. Здесь идет речь о поддержке беременности и роженицы со стороны ее матери, мужа, семьи, друзей и коллег. Низкие доходы семьи и низкий уровень образования матери также относятся к значимым факторам риска для ПРД (10, 11).

При рассмотрении факторов риска для ПРД, связанных с беременностью, установлено, что женщины с неожиданной или нежелательной беременностью относятся к категории высокого риска для ПРД – Chan и соавторы. (12).

Вспомогательные репродуктивные методы и рождение через кесарево сечение, помощь при вагинальных родах и послеродовые акушерские осложнения тоже могут быть факторами риска для ПРД (13-

16).

В послеродовой период, как существенные факторы риска для ПРД отмечаются: стрессовые житейские ситуации, нарушения сна матери и ребенка, болезни ребенка, беспокойство по поводу телесных изменений, связанных с беременностью, прекращение грудного вскармливания (1721). Особено подчеркивается значение тревоги во время беременности и в послеродовой период и оставленные без лечения депрессивные симптомы во время беременности, как значимые факторы риска для развития ПРД (22).

ПРД нарушает не только здоровье матери, но и оказывает негативное влияние на ее отношения с членами семьи и, в частности, негативно сказывается на отношениях матери и новорожденного ребенка (23, 24). Особено фокусируется внимание на поведенческих и эмоциональных расстройствах со стороны депрессивной матери по отношению к ребёнку. Она апатична, не заботится достаточно о ребенке, ее эмоциональность неадекватна. При исследовании, проведенном в Японии среди 289 матерей, ответивших на вопросы Edinburgh Postnatal Depression Scale и Mother – to – Infant Bonding Scale во время беременности и в послеродовой период, установлено, что депрессивное настроение матери сильно связано с нарушением отношений матери и ребенка. Эти данные дают нам основания рекомендовать раннее вмешательство для терапевтического влияния на материнские депрессивные симптомы. В этом направлении требуются новые исследования, так как у нас еще нет надежных доказательств, что терапевтические методы, которыми мы располагаем, помогут нормализовать нарушенную связь между матерью и ребенком (Milgrom and

Holt, 2014) (25).

В специализированной медицинской литературе подчеркивается важность ранних отношений между матерью и ребенком для развития головного мозга (24, 25). В ранний период структурного и функционального развития мозга ребенка забота матери имеет важное значение, а ее отсутствие имеет длительное неблагоприятное воздействие (26). В National Forum on Early Childhood Program

Evaluation, Cambridge M.A. Harvard University (2007) подчеркивается, что дети матерей с ПРД могут иметь длительный эффект на их мозговую деятельность, в том числе нарушение систем, ответственных за реакции на стресс, связанные с когнитивными, эмоциональными и социальными возможностями организма (27).

В специализированных изданиях есть несколько исследований, посвященных длительному эффекту материнской ПРД на потомство (28). Отмечается, что дети матерей с ПРД могут иметь нарушения когнитивных, поведенческих и эмоциональных качеств мозговой деятельности с трудностями в школе с выраженной сложностью при работе с числами. Установлены также и нарушения возможностей для психосоциальной адаптации (28).

У подростков в возрасте 11 - 18 лет, происходит формирование индивида как независимого лица с определенными познавательными и эмоциональными качествами, способного принимать самостоятельные решения и действовать определенным образом. При исследовании умственной деятельности и эмоциональных реакций человека используются собирательные термины Internalising problems и externalizing problems. Internalising problems включает диагнозы и симптомы, связанные с депрессией. Externalising problems включает поставленный диагноз или существовавшие симптомы, связанные с гиперактивностью, агрессией, проявлениями силы, нарушением внимания и опознавательных процессов мозга.

Halligan и соавторы (2007) впервые сообщают, что у 13 летних детей ПРД матерей связано с тревогой и депрессивными симптомами у потомства (29). Най и соавторы (2008) указывают на связь ПРД матери с изменениями в Internalising problems у потомства, особенно в случаях рецидивирующей материнской депрессии. Те же авторы нашли статистически значимую связь материнской ПРД и изменениями в Externalising problems у потомства, более выраженные у мальчиков и особенно в тех случаях, когда отсутствует отец (30). Murray и его коллеги установили связь между ПРД матери и Externalising problems у потомства в возрасте

от 13 до 18 лет (31). Существуют и такие авторы, которые сообщают о противоположных результатах. Agnafors и соавторы (2013) при длительных наблюдениях семей матерей с ПРД установили, что не существует никакой связи между Internalising problems у потомства и прошедшая ПРД матери. Те же авторы, однако, обнаружили, что существует слабая, но статистически значимая зависимость между материнской ПРД и Externalising problems у 12-летних детей (32). Механизмы, благодаря которым осуществляется связь между ПРД матери и ранними или поздними психическими проблемами потомства неизвестны. Пока большинство авторов считают, что неблагоприятные последствия ПРД для потомства можно связать с нарушением нормальных отношений матери и ребенка в ранний период развития мозга ребенка.

Диагноз ПРД ставится на основании клинических проявлений и при использовании клинических опросов, анкетировании и диагностических шкал. Наиболее широко используется Edinburgh Postnatal Depression Scale, которая подходит как для диагностики ПРД, так и скрининга взрослых для изучения психического здоровья населения и определения депрессивных эпизодов (33). В зависимости от темы исследований среди беременных и рожениц с депрессивными симптомами используются и другие анкеты и шкалы - Social Support Appraisal, Scale, Network Orientation Scale, General Health Questionnaire, Marital Inventory Life Events Rating Scale, Parental Expectation Survey и др. Анкеты Structured Clinical Interview и Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders позволяют отличить ПРД от большой депрессии (33).

Лечение ПРД следует начинать рано и должно быть направлено на восстановление нормальных отношений между матерью и ребенком, устраняя характерные для заболевания депрессивные симптомы. Лечение ПРД направлено также на защиту потомства от краткосрочных и долгосрочных вредных последствий ПРД.

Медикаментозное лечение ПРД включает применение антидепрессантов. По сравнению с плацебо, Selective Serotonin reuptake inhibitors имеют лучший эффект и приводят к более быстрой ремиссии ПРД (34). При обзоре литературы о преимуществах и вреде использования антидепрессантов при лечении ПРД, выводы основаны на шести рандомизированных и контролируемых испытаниях и 15 наблюдениях. При использовании Selective Serotonin reuptake inhibitors у беременных женщин с депрессией установлена статистически значимая более высокая частота респираторного дистресс-синдрома у новорожденных по сравнению с контрольной группой и не открыто никакой разницы в частоте судорог у новорожденных по отношению к частоте при преждевременном рождении. Авторы считают, что необходимы еще дополнительные контролируемые и рандомизированные исследования побочных эффектов от антидепрессантов. Необходимы исследования частоты врожденных аномалий и аутизма у новорожденных от матерей, получавших во время беременности антидепрессанты.

При лечении ПРД используются и нелекарственные методы воздействия на основе программ интервенций, которые используют когнитивные и поведенческие техники для устранения симптомов депрессии у женщин с ПРД и нормализации отношений мать-ребенок (35). Одна такая программа создана Milgram и соавторами (36) - HUGS - Happiness Understanding Giving and Sherig for enhancing mother-infant relationships (36). Программа длится девять недель с 12 собеседованиями и фокусируется на чувствах матери, на ее когнитивных и поведенческих способностях, на ее активности и самооценке с использованием тренинга релаксации. Программа HUGS подходит для ранней интервенции для защиты связи мать-ребенок для женщин с ПРД (25).

Еще одна программа для немедикаментозного лечения ПРД, представленная в качестве пилотного исследования - USPSTF-US- Preventive Services Task Force - продолжительностью занятий 2 часа в течение шести недель. Программа имеет три модуля: 1. провоцирование удовольствия от деятельности;

2. уменьшение плохих мыслей и
3. поддержка социальной помощи. Как преимущества этой программы указываются ее меньшая продолжительность, низкая цена, возможность привлечения большего числа женщин и возможность проведения курса в первичном медицинском центре (37).

Авторы, которые работают по вопросам лечения ПРД, отмечают, что требуются новые рандомизированные контролируемые исследования и дальнейшая оптимизация лечения ПРД.

Литература:

1. Lee P.J., Liaw J.J., Chen C.M. Concept Analysis of Postpartum Depression J. of Nursing 2015 Jun 62/3/: 66-71
2. Jahromi M., Zare A. Taghzadeganzadelh M. et al. A study of marital satisfaction among non-depressed and depressed mothers after childbirth in Jahrom, Iran. Global J of Health Sci. 2015 May 7/3/ 140-143
3. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review J. of Affective Disorders 2015 Apr.1,175:34-52
4. Krause D., Jobst A., Kirchberg F. et al. Prenatal immunologic predictors of postpartum depressive symptoms: a prospective study for potential diagnostic markers. Euro Archive of Psych. & Clin. Neuroscience 2014 Oct.264/7/:615-624
5. Gur E.B., Gokduman A., Turan G.A. et al. Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. Eur.J. of Obset. Gynecol & Reprod. Biol.2014 Aug.179:110-116
6. Parker G., Hegarty B., Granville-Smith I., et al. Is essential fatty acid status in late pregnancy predictive of post-natal depression [?]
7. Kendall-Tackett K. A new paradigm form depression in new mothers:

the central role of inflammation and how breastfeeding and annul-inflammatory treatments protect maternal mental health. J. of Affect.Disord.2015 175: 34-52

8. Clout D., Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in nrw mothers.J. of Affect.Disord.2015 188:60-68

9. Adams S.S., Eberhard – Gran M.,Sabdvik A.R et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55814 women. BGOG Int.J.Obstet.Gynecol. 2012 119;13::305,<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0541.2012.03605.x>

10. Razurel C., Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period.Women & Health 2015;55/2/:167-186

11. Abdollahi F., Sazlina S.G., Zain A.M. et al. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. Asia-Pacific psychiatry Official J. of the Pacific Rim College of Psychiatrists 2014 Dec.;6/4/:425-434

12. Chou F.H., Avant K.C., Kuo S.H. et al. Relationships between nausea and vomiting qperseived stress, social support. Pregnancy planning and psycho-social adaptation in a simple of mothers questionnaires survey. In.J.Nurs.Stud.2008;45/8/:1185-1191nttp. doi org./10.101016/