

ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской
психологии

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ



Выполнила:
студентка 608 группы
педиатрического факультета
Мунтянова Е.В.

Пермь, 2018

АКТУАЛЬНОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Предположительное количество послеродовых депрессий (ПРД) составляет **15%** в разных регионах мира.

До **50%** случаев депрессии остаются **нераспознанными и нелечеными.**

ПРД увеличивают возможность наступления рецидивов депрессивного расстройства, а также переходов в хронические депрессии и психозы.

Алкоголизация или употребление наркотиков, суициды.



СТАТИСТИКА

Швеция, 1980-1996 гг. (17 лет): 58 случая поздней материнской смертности – 6 суицидов (10%).

Канада, 1988-1992 гг. (5 года): 72 случая – 19 суицидов (26%).

Австралия, 1985-1997 гг. (13 лет): 7 случаев – 3 суицида (43%).

Финляндия, 1987-1994 гг. (8 лет): 73 суицида после родов и абортов.

США (Алабама), 1991-2003 гг. (13 лет): 322 случая – 10 суицидов (3%).

Великобритания, 1994-1996 гг. (4 года): 72 случая – 12 суицидов (17%).

2009-2013 гг. (5 лет): уже 161 женщина умерла от проблем с психическим здоровьем: 101 – от самоубийства, 58 - от злоупотребления психоактивными веществами.

Конфиденциальное расследование материнской смертности (Confidential Enquiry into Maternal Deaths), Великобритания, 2017 г.:

«Суицид - ведущая причина материнской смертности в течение года после рождения ребенка.

Одна из семи женщин, умерших в период между 6 неделями и 1-м годом после родов, умерли по причине суицида. Суицид стоит на третьем месте среди причин материнской смертности в первые 42 дня после родов.»

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА РЕБЕНКА

- Негативное влияние на развитие нервной системы.
- Долгосрочные последствия: угнетённые возможности регулировать эмоции и справляться со стрессом, повышение риска депрессивных или тревожных состояний в более позднем возрасте.
- Отрицательное воздействие на эмоциональное, когнитивное, социальное развитие.



ПОСЛЕРОДОВАЯ «МАТЕРИНСКАЯ ХАНДРА» «БЭБИ-БЛЮЗ»

- Наиболее распространенное расстройство настроения у только что родивших женщин (50-80% случаев).
- Продолжается до 10 дней.
- Характеризуется постоянным плачем без подавленности, лабильностью настроения, и когнитивными нарушениями.
- Проходит спонтанно в условиях благоприятного теплого отношения окружения к роженице.
- В 10% случаев может быть интенсивным и затяжным, переходящим в ПРД.

Эпидемиология депрессивных расстройств и послеродовых психозов в период беременности и после родов, %

Депрессивные симптомы в период беременности	Послеродовой блюз, материнская «хандра»	Депрессивные симптомы после беременности	Послеродовой психоз
25–35	50–85	10–20	0,1–0,2



ЭТИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

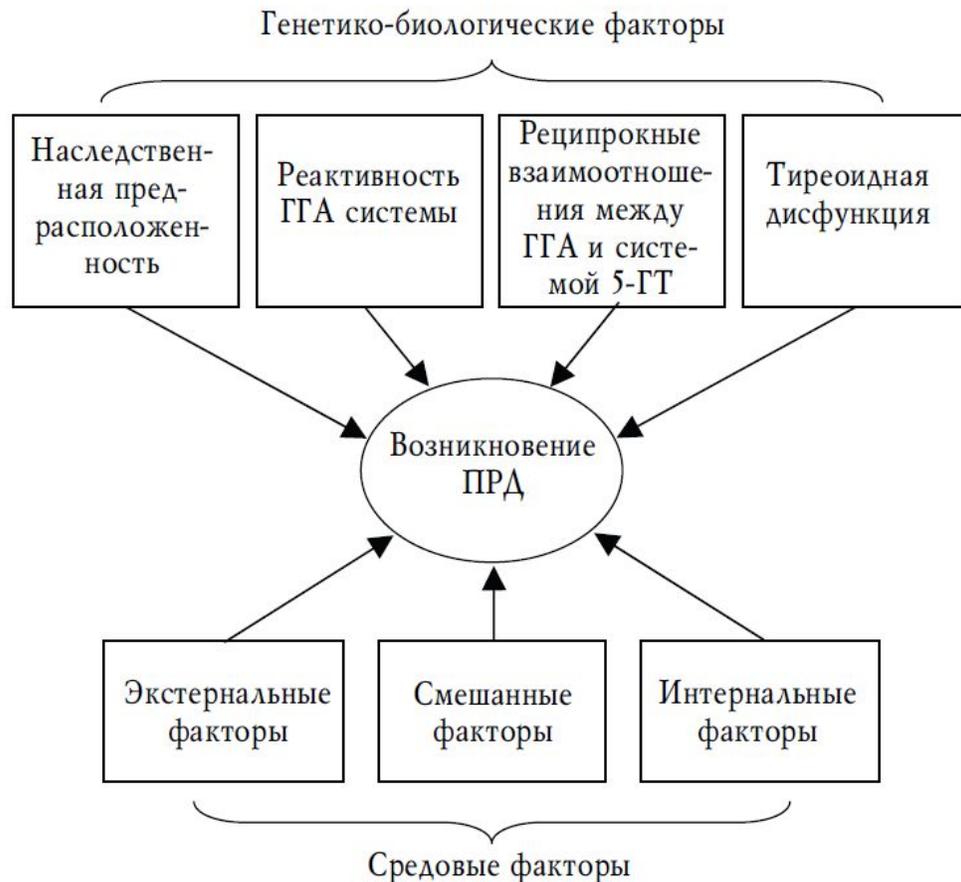


Схема воздействия причинных факторов формирования ПРД; ГГА – гипоталамо-гипофизарно-адреналовая система; система 5-ГТ – 5-гидрокситриптаминавая система (серотониновые рецепторы)

Комбинация психологических, физиологических и эндокринных, а также генетических факторов.

ФАКТОРЫ РИСКА

1) Социально-экономические факторы и негативные жизненные события:

- низкий уровень образования
- плохие брачные отношения или отсутствие брака
- плохие отношения с собственной матерью
- отсутствие социальной поддержки
- недоедание
- использование уличных наркотиков, алкоголя
- многократные роды



2) Психосоциальные стрессоры:

- беременность на фоне разрыва отношений
- незапланированная беременность
- психотравматические жизненные ситуации



ФАКТОРЫ РИСКА

3) Комплекс общемедицинских отрицательных факторов:

- амбивалентное отношение к беременности
- мысли об аборте
- предшествующая неопытность в контакте с детьми
- неблагоприятные исходы предыдущих беременностей
- юный возраст матери

4) Личностные особенности и психиатрические расстройства:

- обсессивно-компульсивные черты в характере
- панические реакции
- предыдущие попытки самоубийства или самоповреждения
- депрессивные расстройства, семейные психиатрические расстройства в анамнезе

ЭДИНБУРГСКАЯ ШКАЛА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ (ESPD)

1. Могли ли вы смеяться, видеть смешные стороны жизни?

- а) как и всегда
- б) сейчас не в такой степени, как всегда
- в) однозначно меньше, чем раньше
- г) совсем нет

2. Смотрели ли вы в будущее с удовольствием?

- а) точно также, как и всегда
- б) меньше, чем это было раньше
- в) однозначно меньше, чем было раньше
- г) нет

3. Винили ли вы себя необоснованно, когда что-то складывалось не совсем так, как нужно?

- а) в большинстве случаев
- б) иногда
- в) не очень часто
- г) никогда

4. Тревожились ли вы и переживали без видимой причины?

- а) такого не было

ЭДИНБУРГСКАЯ ШКАЛА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ (ESPD)

6. Можете ли вы сказать, что не справлялись со всеми делами?

- а) да, в большинстве случаев я совсем не справлялась
- б) в некоторых случаях мне не удавалось справиться так хорошо, как всегда
- в) в большинстве случаев я справлялась хорошо
- г) я справлялась так же хорошо, как это бывало и ранее

7. Можете ли вы сказать, что были так несчастны, что не могли нормально спать?

- а) такое случалось в большинстве случаев
- б) бывало иногда
- в) не очень часто
- г) такого не было

8. Чувствовали ли вы себя несчастной и грустной?

- а) такое чувство не покидало меня большую часть времени
- б) довольно часто

- в) такое ощущение возникало очень редко
- г) никогда

ЭДИНБУРГСКАЯ ШКАЛА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ (ESPD)

Результат:

< 5 баллов – минимальный риск постнатальной депрессии.

5 – 11 баллов - необходимо повторить скрининг через две недели.

12 баллов - большая вероятность наличия депрессии.

< 12 баллов, но получены 3 или 2 балла в пункте 10 - следует провести полное психиатрическое обследование.

КЛИНИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Возникает в конце 1-2 месяца после родов.

Начало постепенное, возможен переход из «материнской хандры».

Особое внимание необходимо уделять периоду между 3-м и 9-м месяцами:

В этот период мать испытывает усталость, связанную с недостаточным сном; желанием вновь жить своими привычными интересами.

К 9-му месяцу количество женщин с подавленным настроением больше по сравнению с 3-м (18%), и такое положение сохраняется до 15 месяцев (10%).

Клинико-психопатологическая картина складывается из 3-х основных признаков:
эмоциональные, соматические, когнитивные.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ

- 1) Длительно сниженное настроение: грусть, тоска, угнетение или печаль.
- 2) Ощущение «внутренней пустоты», «отсутствие чувств», потеря интереса к ранее интересовавшим занятиям и отсутствие удовольствия от жизни в целом (агедония).
- 3) Раздражительность и жалобы на «беспокойного ребенка», гнев, агрессия, чувство обиды и ненависти.
- 4) Частый плач, слезливость.



СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

1) Нарушение сна.



2) Изменение аппетита.



3) Снижение общей активности, вялость, утомляемость (анергия), чувство хронической усталости.



КОГНИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Чрезмерное беспокойство,
беспричинное волнение,
страхи, ипохондрия.

Снижение ясности
мышления, неспособность
сосредоточиться,
затруднения в принятии
решений и неуверенность в
собственных действиях.



ПОСЛЕРОДОВЫЙ (ПУЭРПЕРАЛЬНЫЙ) ПСИХОЗ

- Выраженная степень проявления симптомов.
- Невозможность продолжать социальную, трудовую и домашнюю деятельность.
- Растерянность, погружение только в деятельность, связанную с ребенком. Ошибочное толкование обычных реакций ребенка, которые могут интерпретироваться как отрицательные.
- Социальная изоляция, зависимое поведение.
- Суицидальные мысли, мысли нанести вред ребенку.

При нарастании тяжести меланхолическая депрессия перерастает в бредовую психотическую депрессию. Появляется дезориентация, спутанность сознания, заторможенность, галлюцинации. Бредовые идеи сопровождаются душевной болью, мучением, тоской, самообвинением.

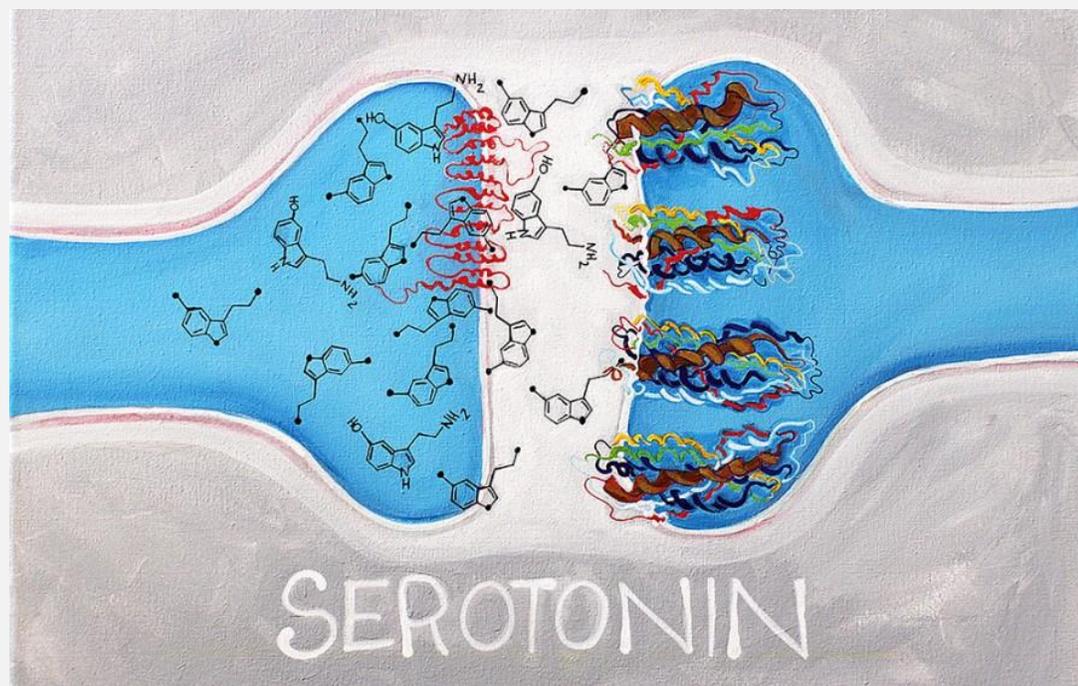
Тактика: экстренная госпитализация в психиатрический стационар.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Психотерапевтические, психофармакологические и психосоциальные методы.

Медикаментозная терапия: антидепрессанты.

Группа Селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)



СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА (СИОЗС)

Основные антидепрессанты первой линии терапии ПРД

Название	Начальная доза, мг/сут	Терапевтическая доза, мг/сут	Клинические указания
<i>1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)</i>			
Сертралин (золофт)	50	50–150	Ингибитор реаптейка допамина и серотонина. Возможны ранние и временные диарея и тошнота. Низкое взаимодействие с лекарствами
Пароксетин (паксил)	12,5–20	20–40	Выраженный антихолинергический и антигистаминный побочный эффект (п/э). Риск седации, прибавка массы тела, сухость во рту. Короткий T _{1/2} . Большая вероятность перехода в маниакальный синдром. Высокое взаимодействие с лекарствами
Флуоксетин (прозак)	20	20–40	Большой T _{1/2} . Идеален для лиц с нестабильными жалобами. Относительно недорогой. Высокое взаимодействие с лекарствами.
Флувоксамин (феварин)	50	50–150	Редко назначается из-за частых п/э: тошноты, рвоты, иногда головной боли. П/э снижаются, если прием осуществляется на ночь
Циталопрам (ципрамил)	20	20–40	Мягкие п/э, низкое взаимодействие с лекарствами
Эсциталопрам (ципралекс)	10	10–20	Хорошая переносимость

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ

- Контроль рождаемости (количество детей, промежутки между родами, возраст родителей ко времени рождения детей).
- Формирование позитивных установок на рождение ребенка.
- Поддержка семьи.
- Социальная интегрированность в общество.
- Активный образ жизни.
- Соблюдение режима труда и отдыха.
- Разнообразное питание.

В послеродовом периоде: идентификация женщин с факторами риска, адекватное психологическое сопровождение и образовательная программа.

**БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014–16 // Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme. Oxford. 2018 Nov.

Shakespeare J. The Confidential Enquiry into Maternal Deaths 2015: lessons for GPs / Shakespeare J., Knight M. // British Journal of General Practice. 2017 May; 67(658): 233–234.

Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства / Корнетов Н.А. // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14., № 6. – с. 5-24.

Популяционные группы и профилактика суицида (перевод В.Н. Краснова) // Образовательная программа по депрессивным расстройствам (ред. 2008 г.) – Москва – 2010. – Т. 2 – 303 с.

Рыжова Н.К. Медико-социальные проблемы материнской смертности в популяции мегаполиса и инновационные организационные технологии, направленные на снижение материнских потерь (на примере г. Нижнего Новгорода): автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. – 2014. – 226 с.

Тутынина О.В. Поздняя материнская смертность: проблемы, поиски, решения / Тутынина О.В., Егорова А.Т., Виноградов К.А. // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – с. 22-32.