

# ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

РАБОТА ЛАХТЕНБЕРГ А.И.  
401 ГРУППА



# ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ -

- – нарушение психоэмоциональной сферы, которое возникает в послеродовом периоде и характеризуется выраженным ухудшением настроения.



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Послеродовая депрессия возникает у 10–15% родильниц. Нейроэндокринные сдвиги, связанные с репродуктивным циклом женщин, рассматривают как фактор риска возникновения депрессии. Риск развития депрессии у женщин репродуктивного возраста составляет 10–20%, у беременных 9%. К дополнительным факторам риска развития депрессивных расстройств относят низкий уровень образования, нестабильное семейное положение, послеродовой период.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

- **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).

# НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ ЖЕНЩИНЫ

:

- С проявлениями транзиторной послеродовой депрессии (например, быстрые перепады настроения, раздражительность, тревожность, снижение внимания, бессонница, приступы плача)
- Депрессией в анамнезе
- С установленным диагнозом депрессии в анамнезе
- Семейным анамнезом депрессии
- Значимые жизненные стресс-факторы (например, семейный конфликт, стрессовые события в прошлом году, безработица партнера, отсутствие партнера, партнер с депрессией)







- Отсутствие поддержки со стороны партнера или членов семьи (например, финансовой поддержки или помощи по уходу за ребенком)
- Изменения настроения в анамнезе, совпадающие во времени с менструальным циклом или использованием пероральных контрацептивов
- Предыдущие или текущие неудачные исходы беременности (например, предыдущий выкидыш, ребенок с врожденными пороками развития)
- Предыдущее или продолжающееся противоречивое отношение к текущей беременности (например, если она не была запланированной, или рассматривалось ее прерывание)

- Точная этиология неизвестна, однако предшествующие депрессии и гормональные изменения во время послеродового периода, недостаточный сон являются основными рисками, генетическая предрасположенность также может внести свой вклад.
- **Транзиторная депрессия** (послеродовая депрессия) очень часто случается в течение первой недели после родов. Транзиторная послеродовая депрессия отличается от собственно послеродовой депрессии, поскольку транзиторная послеродовая депрессия обычно длится 2–3 дня (максимум 2 нед.) и имеет легкие проявления; в противоположность ей, послеродовая депрессия длится более 2 нед. и препятствует повседневной деятельности пациентки.

# ПАТОГЕНЕЗ

- Характерные патоморфологические и патофизиологические изменения отсутствуют.
- Специфика послеродового периода состоит в том, что часто женщины на последних неделях беременности находятся в условиях относительной депривации; если беременность осложнена, этот период продлевается и иногда приводит к семейным проблемам, которые действуют на беременную психогенно, а наличие дополнительных факторов риска усугубляет ситуацию.
- Если во время беременности возрастающий уровень гормонов обеспечивает оптимальный кровоток в сосудах плаценты, а в момент родов — способность матки к сокращениям, то после родов он значительно снижается, что вызывает определённый эмоциональный спад.



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ)

- Чрезмерная подавленность настроения
- Чувство вины
- Неконтролируемая плаксивость
- Бессонница или повышенная сонливость
- Потеря или усиление аппетита
- Раздражительность и приступы гнева
- Головная боль и ломота в теле
- Сильная усталость
- Неадекватная озабоченность или отсутствие интереса к ребенку
- Боязнь пациентки, что она не сможет заботиться о ребенке, или будет несостоятельной как мать
- Страх навредить ребенку
- Суицидальные мысли
- Тревожность или панические атаки

- Как правило, симптомы развиваются постепенно, в течение 3 месяцев, но начало может быть внезапным. Послеродовая депрессия мешает женщинам заботиться о себе и ребенке.
- Психоз развивается редко, но послеродовая депрессия повышает риск самоубийства и дето-убийства, что является наиболее тяжелыми осложнениями.
- У женщин не может сформироваться привязанность к ребенку, что может стать причиной эмоциональных, социальных и когнитивных проблем у ребенка.
- Отцы также имеют повышенный риск депрессии и стресса.
- Без лечения послеродовая депрессия может разрешиться самостоятельно, но может и перейти в хроническую. Риск рецидива составляет 1 на 3–4 случая.



# ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

## **Анамнез**

- Объективных патологических признаков нет. Наличие депрессии у пациентки или у близких родственников в анамнезе (особенно в послеродовом периоде). У пациенток, перенёсших первый депрессивный эпизод, в 50% случаев развивается повторное депрессивное расстройство.

## **Физикальное исследование**

- Оценка выраженности депрессии по шкале Гамельтона.

## **Лабораторные исследования**

- Клинический анализ крови, бактериальный посев крови по показаниям.

## **Скрининг**

- Обследование матерей на наличие признаков депрессии следует проводить на 6-й неделе послеродового периода.



- **Дифференциальная диагностика**

- Послеродовой психоз — частый признак сепсиса, что требует срочной дифференциальной диагностики и последующей госпитализации в стационар, где может быть оказана и гинекологическая, и психиатрическая помощь.
- Не исключено, что послеродовой психоз связан с биполярным аффективным расстройством (т.е. маниакально-депрессивным психозом); он часто возникает у женщин, страдающих шизофренией или психическим расстройством, которое не было диагностировано до родов. Первые симптомы (мания преследования, жесточайшая депрессия или шизофренические проявления) послеродового психоза появляются через 2 нед после родов. У больных послеродовым психозом также случается бред и галлюцинации по поводу ребёнка. Часто при этом мама испытывает страх за ребёнка и считает, что он постоянно подвергается смертельной опасности.
- **Показания к консультации других специалистов**
- Показана консультация психоневролога, а в тяжёлых случаях — психиатра.





# ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

## **Показания к госпитализации**

Тяжёлые, осложненные формы депрессий с психотическими включениями, выраженными соматическими компонентами, суицидальными тенденциями.

## **Немедикаментозное лечение**

Немедикаментозные варианты лечения предполагают проведение:

- поддерживающей/когнитивной психотерапии;
- семейной терапии;
- консультирования;
- групповой психотерапии.

Для немедикаментозного лечения депрессивных нарушений широко используют психотерапию. Она показана при высокой мотивированности пациентки, наличии противопоказаний для проведения терапии антидепрессантами, настроенности больной на длительное лечение.



# ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

## **Немедикаментозное лечение**

Немедикаментозные варианты лечения предполагают проведение:

- поддерживающей/когнитивной психотерапии;
- семейной терапии;
- консультирования;
- групповой психотерапии.

Для немедикаментозного лечения депрессивных нарушений широко используют психотерапию. Она показана при высокой мотивированности пациентки, наличии противопоказаний для проведения терапии антидепрессантами, настроенности больной на длительное лечение.

# ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

## Медикаментозное лечение

Приём пероральных антидепрессантов (минимальный риск для ребёнка при грудном вскармливании) и эстрогенов (ежедневно).

Психотропные средства беременным назначают при крайней необходимости по строгим показаниям после консультации психоневролога, а при необходимости — психиатра:

- при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и родильниц;
- при суицидальных тенденциях и мыслях.



# ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

**Профилактика данного заболевания предполагает предиктивную диагностику с учётом следующих факторов риска:**

- наличие депрессии у пациентки или у близких родственников в анамнезе (особенно в послеродовом периоде);
- неблагоприятная психологическая обстановка в семье;
- наличие психотравмирующих событий до или во время беременности, а также осложнённое течение беременности;
- неадекватное восприятие себя как матери;
- беременность вне брака, социальное неблагополучие;
- недостаток сна, переутомление.

# ПРОГНОЗ

При наличии адекватного лечения исход заболевания благоприятный !



# ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Транзиторная послеродовая депрессия является очень распространенным явлением в течение первой недели после родов, и обычно длится от 2 до 3 дней (до 2 недель), сопровождаясь слабой симптоматикой.
- Послеродовая депрессия развивается у 10-15% женщин и длится > 2 недель, и ведет к потере трудоспособности (в отличие от транзиторной послеродовой депрессии).
- Симптомы могут быть схожи с большим депрессивным эпизодом, а также могут включать тревогу и опасения женщины по поводу состоятельности себя как матери.
- Послеродовая депрессия, как правило, также влияет на других членов семьи, что часто приводит к семейному стрессу, депрессии у отца ребенка и последующим проблемам у ребенка.
- Следует обучить всех женщин распознавать симптомы послеродовой депрессии, и опросить их о симптомах депрессии до и после родов.
- Для получения лучших возможных исходов, выявление и лечение послеродовой депрессии следует осуществлять как можно раньше.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ