

РАСПОЗНАВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА МЕДСЕСТЕР)

А.В. Голенков, проф., **В.П. Мещанинова**, **А.В. Филоненко**, канд. мед. наук
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
Новочебоксарский перинатальный центр, Новочебоксарск
E-mail: golenkovav@inbox.ru

Приведены данные о распознавании послеродовой депрессии медсестрами разных специальностей в стандартной ситуации.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, выявление, медсестры, тактика ведения больных.



Медсестры (200 человек: 63 – акушерско-гинекологического профиля, 50 – психиатрического, 87 – прочих специальностей) распознали послеродовую депрессию (ПД) по описанной клинической ситуации в 77,0% случаев. Труднорешаемыми для них оказались вопросы, связанные с оказанием консультативной помощи и лечением таких женщин. Предлагается разработать программу обучения медсестер служб семейной медицины, охраны материнства и детства по проблеме ПД.

ПД – довольно распространенное психическое расстройство (ПР) с развитием биохимических, гор-

мональных и иммунных нарушений. ПД может сопровождаться выраженными клиническими проявлениями и серьезными последствиями для самой женщины, ребенка и семьи в целом. Как показал обзор литературы, родильницы в 85% случаев страдают депрессией разной степени выраженности [3].

Доказано, что медсестры служб охраны материнства и детства чаще других медицинских работников и врачей сталкиваются с женщинами, страдающими ПД [8]. Так, 67,1% из 520 опрошенных медсестер назвали акушерско-гинекологическую клинику самым подходящим местом для выявления ПД [9], а Эдинбургскую шкалу ПД – удобным инструментом для скрининга [5, 6]. При этом половина медсестер в США регулярно оказывают консультативную помощь в разной форме таким больным, а примерно 75% – участвуют в тренинговых программах по повышению уровня своих навыков в этой области [9]. В Австралии свыше 50% случаев депрессии пропускается при скрининге в офисах семейных врачей и центрах охраны материнства и детства. 95% медсестер видели пациенток с ПД и около половины встречали 10–19 таких женщин в последние 6 мес [4].

Целью исследования было изучить уровень распознавания ПД в стандартной ситуации (вигнет) медсестрами разных специальностей и определить спектр рекомендуемой ими помощи женщине («Марии») с ПД.

Материал и методы

Опрошено 200 медсестер (1-я группа – акушерско-гинекологического профиля – 63 человека, 2-я – психиатрического – 50, 3-я – медсестры прочих специальностей – 87) лечебно-профилактических учреждений городов Чебоксары и Новочебоксарск со стажем работы от 1 года до 47 лет (в среднем – 20,0±19,0 года).

Использовали клиническую ситуацию (вигнет) А. Buist et al. [4] и 15 вопросов к ней (см. приложение). Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью χ^2 -распределения (таблица

3×2). Когда 1 или несколько показателей были < 4, применяли поправку Йейтса.

Результаты и обсуждение

Правильно распознали ПД 77,0% опрошенных медсестер без разницы в группах (табл. 1); у молодых специалистов со стажем работы до 3 лет включительно число ошибочных ответов было существенно выше (36,2 против 20,1% у медсестер с большим стажем работы; $\chi^2=4,26$; $p=0,03$). Консультацию психиатра и лечебные рекомендации чаще верно указывали медсестры психиатрического профиля.

Среди неправильных ответов (10,0%) преобладали такие психологические и медицинские заключения, как «стресс», «беспокойство», «страх», «гормональный сбой», «долгожданная беременность» и др. Из ошибочно указанных ПР (13,0%) чаще всего назывались: послеродовой психоз (10,5%), пограничное ПР (1,5%), нарушение психики (1,0%).

Описанная клиническая ситуация характеризовалась выраженным и стойким депрессивным состоянием с характерными симптомами (сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, заниженная самооценка, неуверенность в себе, мрачное и пессимистическое видение будущего, стойкие нарушения сна, страх навредить ребенку), которое продолжается более 17 нед. Психоз нужно исключить, так как у больной отсутствуют галлюцинации, бред и помрачение сознания. Для пограничного ПР необходимы наличие прямой связи с психотравмирующей ситуацией, патохарактерологические особенности.

В зарубежной литературе выделяют 4 степени (стадии) тяжести послеродовых депрессивных расстройств: 1) *посттравматический дистресс-синдром* (распространенность – 1,8%), наблюдаемый в течение 24–48 ч после трудных родов с преобладанием беспокойства, ночными кошмарами и повторными образами события; 2) *послеродовое уныние* (30–75%) с 3-го дня после родов, сопровождающееся чувством печали, плаксивостью, тревогой, раздражительностью, перепадами настроения; 3) *собственно ПД* (25,8%), которая начинается на 4–6-й неделе после родов с редко диагностируемыми на ранних сроках эмоциональным онемением, постоянной усталостью, проблемами со сном, перееданием или потерей аппетита, чрезмерной озабоченностью и беспокойством о ребенке или отсутствием интереса к нему, мыслями о самоубийстве, страхом навредить ребенку; 4) *послеродовой психоз* (частота – 0,3%) с галлюцинациями и бредовыми идеями, возникающий главным образом, у женщин с предшествующим психиатрическим анамнезом между 1-й и 3-й неделями после родов [2].

Частота (в %) правильной квалификации состояния и адекватной помощи больной с ПД

Таблица 1

Ответ	Всего	Группа			χ^2	p
		1-я	2-я	3-я		
Депрессивное состояние (ПД)	77,0	81,0	84,0	70,1	4,26	Нд
Консультация психиатра	17,5	6,3	44,0	10,3	32,8	<0,001
Электросудорожная терапия (ЭСТ)	6,5	3,2	14,0	4,6	6,29	0,04
Антидепрессанты	77,0	81,0	88,0	67,8	8,11	0,01

Примечание. Здесь и в табл. 2: Нд – недостоверно.

Частота рекомендаций (в %) медсестер 3 групп при ПД

Таблица 2

Рекомендация	Всего	Группа			χ^2	p
		1-я	2-я	3-я		
Физическая активность, йога	51,5	61,9	20,0	62,1	26,48	<0,001
Семейные консультации	84,5	82,5	80,0	88,5	2,02	Нд
Специальная диета	53,0	55,6	36,0	60,9	8,15	0,01
Общение с семьей, друзьями, мужем	92,0	95,2	82,0	95,4	9,05	0,01
Группа самопомощи, чтение спецлитературы	76,0	71,4	74,0	80,5	1,78	Нд
Нанять сиделку, няню	39,5	47,6	40,0	33,3	3,12	Нд
Консультация у «бабки», целителя, экстрасенса	2,5	3,2	2,0	2,3	0,18	Нд
Направить к семейному врачу	39,5	36,5	16,0	54,0	19,53	<0,001
Направить к акушеру-гинекологу	35,0	38,1	12,0	46,0	16,49	<0,001
Направить к психиатру	80,0	69,8	96,0	78,2	12,24	0,002
Витамины, минералы, пищевые добавки	59,5	60,3	38,0	71,3	14,60	<0,001
Седативные препараты	75,0	77,8	76,0	72,4	0,50	Нд
Анальгетики, антибиотики	9,5	3,2	20,0	8,0	9,55	0,008
Нейролептики, «антипсихотики»	4,5	6,3	10,0	–	8,12	0,01

Видели женщин с ПД только 38,5% опрошенных медсестер. Большинство респондентов считали, что ПД – явление редкое, встречающееся у 1% родильниц или малораспространенное (87% ответов); частота 5% указывалась в 7 ответах, 20% – в 1; «таких случаев очень много» – 1 ответ; «1–2 случая в год» – 1; 61,5% опрошенных не встречали таких больных. Интересно, что 2 из участниц опроса сами перенесли ПД, еще в 2 случаях ПД наблюдалась у их близких подруг. Только в 1 из этих случаев пришлось обращаться к психиатру и получать амбулаторное лечение антидепрессантами; в 3 других случаях ПД со временем прошла сама.

Поскольку по описанной в вignetте клинике можно поставить диагноз ПД, консультации психолога, психотерапевта, врачей непсихиатрических специальностей будут неэффективными (направление к ним целесообразно только в случаях легкой депрессии). Поэтому при выраженной и стойкой ПД у «Марии» эти специалисты должны направить ее к психиатру.

При умеренной и тяжелой депрессии показаны антидепрессанты. Седативные препараты и нейролептики («антипсихотики») помогут наладить сон, успокоить больную, но на сниженное настроение и другие описанные симптомы депрессии не окажут нужного терапевтического влияния. Применение электросудорожной терапии (ЭСТ) при ПД весьма эффективно, такой опыт описан в зарубежной литературе [7]. Эта процедура может рассматриваться даже как терапия выбора в силу того, что все антидепрессанты накапливаются в женском молоке, поэтому не должны назначаться при грудном вскармливании.

Как видно из табл. 2, медсестры психиатрического профиля реже выбирали не вполне эффективные при ПД рекомендации. Однако они чаще других считали возможным назначить при этом состоянии анальгетики и антибиотики.

В 1 зарубежном исследовании с идентичной клинической ситуацией 815 акушерок в 63,3% случаев правильно распознали ПД у «Марии» и в 82,4% случаев подтвердили, что она нуждается в лечении. Антидепрессанты в послеродовом периоде рекомендовали 93,2% опрошенных, во время беременности – 61,5%. В 69,1% ответов в качестве инструмента для выявления ПД называлась Эдинбургская шкала ПД [5]. В другой работе уровень знаний о ПД оказался одинаковым у врачей общей практики, акушерок и медсестер службы охраны материнства и детства. Они считали, что депрессии у женщин чаще возникают в послеродовом периоде, чем в дородовом. Для лечения акушерки, как правило, выбирали неспецифические медикаменты, а врачи – антидепрессанты [4]. Это совпадает с нашими выводами о схожем уровне знаний о ПД у медсестер и различиях в ответах, касающихся лечения и тактики ведения больной.

Получило подтверждение недостаточное знакомство медсестер с ЭСТ, основным показанием к которой являются выраженные и затяжные депрессивные состояния. J.O'Reardon и соавт. описали 39-летнюю женщину с депрессией, которой во втором и третьем триместрах беременности было проведено 18 сеансов ЭСТ. На 37-й неделе ей было сделано кесарево сечение, после чего назначено еще 13 сеансов ЭСТ с последующим переводом ее на прием антидепрессантов в течение 6 мес. Новорожденный мальчик не имел отклонений при

родах, а 18-месячное наблюдение за ним позволило оценить его развитие как вполне нормальное. Данные случаи уже не являются редкостью в зарубежной литературе, а ЭСТ обоснованно считается эффективным и безопасным методом лечения депрессивных состояний во время беременности и в послеродовом периоде [8].

В нашем предыдущем исследовании 70% медсестер узнали об ЭСТ, только начав работать в психиатрической больнице, 30% – из средств массовой информации и кино. Чуть более половины полагали, что эта процедура действительно помогает в лечении ПР, но только 35% согласились бы на проведение ЭСТ своему родственнику, страдающему тяжелой депрессией [2].

Все антидепрессанты выделяются с грудным молоком (в случае отсутствия сведений о проникновении антидепрессантов в грудное молоко рекомендуется не назначать их в период лактации), поэтому при их приеме следует либо прекратить грудное вскармливание, либо постепенно отменить препараты. Ряд антидепрессантов можно назначать кормящим материям с осторожностью (прозак), в случаях крайней необходимости (паксил), когда потенциальная польза для матери превосходит возможный риск для новорожденного (негрустин) [1].

Исследование выявило довольно неплохое распознавание медсестрами ПД. Однако вопросы, связанные с оказанием консультативной помощи и лечением женщин с ПД, оказались труднорешаемыми. Большинство медсестер недостаточно ориентировались в этих проблемах, поэтому давали не вполне квалифицированные рекомендации. В связи с этим необходимо разработать программу обучения медсестер по вопросам ПД. Особенно это актуально для специалистов служб семейной медицины, охраны материнства и детства.

Приложение

Предлагаемая для опроса клиническая ситуация (по [3])

30-летняя Мария с первой беременностью 29 нед выглядит печальной, грустной, перестала спать, потеряла интерес к работе и любимым занятиям. Очень волнуется – справится ли с новорожденным и сможет ли быть хорошей матерью. Муж считает, что она «не в себе».

После родов в течение 6 нед плачет каждый день и практически не спит ночью, излишне беспокоится о ребенке, своем материнстве, говорит о своей смерти

- Что случилось с Марией?
- Как ей помочь?

Ей можно рекомендовать (5 – она станет здоровой; 4 – очень поможет; 3 – поможет; 2 – мало поможет; 1 – не поможет).

- Физическую активность, йогу – 5; 4; 3; 2; 1 (обвести 1 ответ).
- Консультации (семейные, по телефону) – 5; 4; 3; 2; 1.
- Полностью отказаться от алкоголя, использовать специальную диету – 5; 4; 3; 2; 1.
- Больше общаться с семьей, друзьями, мужем – 5; 4; 3; 2; 1.
- Посещать группу самопомощи, читать специальную литературу – 5; 4; 3; 2; 1.
- Обратиться к врачам: семейному акушеру-гинекологу/психиатру – 5; 4; 3; 2; 1.
- Нанять сиделку, няню – 5; 4; 3; 2; 1.
- Проконсультироваться у «бабки», целителя, экстрасенса – 5; 4; 3; 2; 1.
- ЭСТ – 5; 4; 3; 2; 1.

По моему мнению, ей поможет следующее лечение (5 – она станет здоровой; 4 – очень поможет; 3 – поможет; 2 – мало поможет; 1 – не поможет).

- Витамины, минералы, пищевые добавки – 5; 4; 3; 2; 1.
- Седативные препараты – 5; 4; 3; 2; 1.
- Антидепрессанты – 5; 4; 3; 2; 1.
- Анальгетики, антибиотики, «антипсихотики» – 5, 4, 3, 2, 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. Рациональная психофармакотерапия в свете охраны материнства и детства (обзор) // Здоровоохранение Чувашии. – 2005; 2: 88–96.
2. Голенков А.В. Что должны знать об электросудорожной терапии медицинские сестры психиатрических учреждений? // Сестринское дело. – 2009; 7: 38–41.

3. Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью (обзор) // Психическое здоровье. – 2011; 6: 71–6.

4. Buist A., Bilszta J., Barnett B. et al. Recognition and management of perinatal depression in general practice – a survey of GPs and postnatal women // Aust. Family Physician. – 2005; 34 (9): 787–90.

5. Buist A., Bilszta J., Milgrom J. et al. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey // Women Birth. – 2006; 19 (1): 11–6.

6. Jones C., Creedy D., Gamble J. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression // Women Birth. – 2012; 25 (1): 23–8.

7. O'Reardon J., Cristancho M., von Andrae C. et al. Acute and maintenance electroconvulsive therapy for treatment of severe major depression during the second and third trimesters of pregnancy with infant follow-up to 18 months: case report and review of the literature // J. ECT. – 2011; 27 (1): 23–6.

8. Rush P. The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression // Matern. Child Health J. – 2012; 16 (2): 322–7.

9. Segre L., O'Hara M., Arndt S., Beck C. Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling? // MCN Am. J. Matern. Child Nurs. – 2010; 35 (4): 220–5.

RECOGNITION AND MANAGEMENT TACTICS IN PATIENTS WITH POSTPARTUM DEPRESSION

Prof. A.V. Golenkov, V.P. Meshchaninova, A.V. Filonenko, Cand. Med. Sci.

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary
Novocheboksarsk Perinatal Center, Novocheboksarsk

The paper describes an investigation showing the level of recognition of postpartum depression by nurses of various specialties in the standard situation.

Key words: postpartum depression, detection, nurses, patient management tactics.