

© А.В. Филоненко, 2013

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ РОДИЛЬНИЦЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДЕНЦА*

А.В. Филоненко, канд. мед. наук

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: office@chuvsu.ru

Представлены сведения о выявлении и лечении послеродовых аффективных расстройств у женщин и их влиянии на показатели психосоматического здоровья ребенка.

Ключевые слова: дети, послеродовая депрессия матерей, последствия, комплексная реабилитация.



Послеродовая депрессия представляет собой серьезную патологию послеродового периода, характеризующуюся развитием гормональных, биохимических, иммунных, генетических изменений с выраженными клиническими проявлениями и тяжелыми последствиями для всей семьи, матери, ее ребенка и партнера. Влияние массивной психической нагрузки, связанной с родами, чувством беспомощности в отношении ухода за новорожденным, приводит к ряду последовательных физиологических изменений у родильницы, в том числе к повышению уровня в крови гормонов коры надпочечников (гиперкортизолемию), способствующих адаптации к стрессу. Однако при длительном повышении уровня глюкокортикоидов и действии стресса образующиеся провоспалительные цитокины вызывают повреждение нейронов лимбической системы. Впоследствии поврежденные нейроны восстанавли-

ваются с помощью специфического вещества – нейротрофического фактора. Повторная стимуляция беспомощности и тревог приводит к постепенному развитию аутоиммунного конфликта, когда образуются антитела к нейротрофическому фактору и восстановления нейронов не происходит. Автономный процесс депрессии серотонинергических регуляторных мозговых систем начинает прогрессировать (Ковпак Д.В. и Третьяк Л.Л.).

Высокий уровень послеродовой психической дезадаптации матери предрасполагает к значительной выраженности соматических расстройств у новорожденного. Искажение единой системы мать – дитя в форме материнской послеродовой депрессии служит причиной развития у новорожденных выраженных психосоматических состояний. При этом в клинической картине присутствуют как эмоциональные нарушения, так и висцеро-вегетативные дисфункции, нарушения безусловно-рефлекторной деятельности и моторики, значительные и стойкие функциональные расстройства деятельности систем мозгового кровообращения, иммунитета, вегетативной реактивности, электрогенеза, физического развития, степень выраженности которых находится в прямой зависимости от тяжести депрессивной патологии матери в поздний неонатальный период.

В раннем послеродовом периоде депрессией страдают 10–15% родильниц. На 4-м месяце после родов количество лиц, страдающих от депрессий, увеличивается. В этот период уже 32,7% женщин предъявляют клинически значимые жалобы на депрессивное состояние. Негативные последствия продолжающейся материнской депрессии заключаются в повышенном риске нарушения психического, физического и двигательного развития, вегетативной регуляции, в характерологических трудностях, низкой самооценке и поведенческих проблемах у младенцев вплоть до 16 мес (Dargu J.M. и соавт., 2011). Материнская депрессия, даже не достигая кли-

*Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012; 4 (1): 37–40

нического уровня на 4-м месяце жизни младенца, оказывает влияние на поведенческое развитие ребенка в более старшем возрасте – до 14 мес. Высказано предположение о генетической природе нарушений взаимоотношений матери и ребенка (Moehler E. и соавт., 2007).

У большинства женщин послеродовая депрессия специалистами первичного звена не распознается и не лечится, влияние депрессии матери на ребенка не учитывают, что способствует потенцированию у него психической и соматической патологии. После начала лечения тяжесть материнской послеродовой депрессии статистически значимо снижается в течение года. Снижение количества детских психических проявлений к годовалому возрасту в значительной степени связано с уменьшением тяжести материнской депрессии в ходе лечения (Pilowsky D.J. и соавт., 2008).

Женское молоко обладает уникальным составом, приносящим пользу вскармливаемому грудью младенцу. Так, оно содержит факторы иммунной защиты (иммуноглобулины, лизоцим, лактоферрин), пищеварительные ферменты (липаза, протеаза, амилаза) и факторы роста. Расширение знаний о составе грудного молока помогает пониманию его физиологического значения для младенца. Послеродовая депрессия сопровождается изменением компонентного состава грудного молока, способным отрицательно влиять на состояние здоровья новорожденного. Особую актуальность в связи с этим приобретает изучение влияния состава грудного молока и его роли в патофизиологических последствиях у младенцев при материнской послеродовой депрессии, являющейся одним из основных осложнений родов. Для предотвращения негативного влияния послеродовой депрессии на организм ребенка актуально и изучение ее последствий. Отечественной литературы по этому вопросу мало, но можно найти публикации зарубежных авторов, в основном – на сайте PubMed.gov (www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez).

Остановимся на основных проблемах послеродовой депрессии родильницы и ее последствиях для детей младенческого возраста, чтобы привлечь внимание к ним специалистов первичного звена, работающих с такими семьями.

Причины потенциации

Потомство родителей, страдающих депрессией, составляет группу высокого риска развития психиатрических и медицинских проблем, начинающихся с периода новорожденности и продолжающихся до зрелого возраста. Послеродовая депрессия – серьезная патология, приносящая страдания не только матери, но и новорожденному и негативно влияющая на его эмоциональное, социальное, когнитивное развитие. Изучение причин негативного влияния мате-

ринских послеродовых психических расстройств на развитие ребенка сосредотачивается, во-первых, на материнском поведении, и, во-вторых, на измененном составе грудного молока вследствие гормонального дисбаланса у женщины (O'Hara M., 2009).

Высказано предположение об особенностях процессов мышления и внимания, связанных с послеродовой депрессией и лежащих в основе материнского поведения («озабоченность» – ключевой механизм передачи психических нарушений потомству). Под «озабоченностью» понимают состояние суженного и пристального внимания, при котором преобладают повторяющиеся отрицательные навязчивые мысли, трудноконтролируемые и не сбрасываемые со счета, несмотря на понимание их объективной необоснованности. Озабоченность препятствует конкретным аспектам психического функционирования, вниманию и чувствительности к окружающим, негативно сказываясь на самой матери и на развитии ребенка.

Известно, что дети очень чувствительны к эмоциональному состоянию матери. Эта сенситивность является основополагающей для понимания влияния на развитие детей материнских психических расстройств и особенно послеродовой депрессии как наиболее частой патологии. Психоэмоциональная сфера матери тесно взаимосвязана с выраженностью морфофункциональных отклонений от нормы у новорожденных, в том числе – у грудных. Изменяются морфологические структуры мозга младенца. Формирование миндалевидных тел мозга ребенка очень чувствительно к уровню материнской заботы еще с периода новорожденности. Обнаружено увеличение объема обоих миндалевидных тел мозга у детей в возрасте 10 лет, подвергшихся воздействию материнской послеродовой депрессии (Lupien S. и соавт., 2011).

Последствия поведенческих расстройств у матери и нарушения отношений между ребенком и матерью

Межличностные отношения. Сниженная чувствительность матери к нуждам ребенка, эмоциональная холодность, материнская тревожность, характерные для послеродовой депрессии, негативно влияют на детско-материнские взаимоотношения в течение 1-го года жизни ребенка. 3-месячные младенцы в состоянии реагировать на депрессию своих матерей, реплицируя их состояние. У многих женщин симптомы депрессии сохраняются в течение 2 лет после родов, в связи с чем послеродовая депрессия является значимым фактором риска для развития «интернализации» и «экстернализации» поведения ребенка в возрасте 2 и 3 с половиной лет, а общие проблемы поведения могут сохраняться до 5-летнего возраста (Giles L.C. и соавт., 2011). Экстер-

нализационные проблемы поведения включают в себя агрессию, оппозиционное неповиновение и гиперактивность, а проблемы интернализации заключаются в тревоге и депрессии. У 1/4 детей возникают трудности общения и коморбидность, а 39% младенцев матерей с послеродовой депрессией подвержены риску развития психического заболевания (Bauser J.K. и соавт., 2007).

Уход за детьми и социальная поддержка семьи изменяют сложившуюся взаимосвязь между материнской депрессивной симптоматикой и ранними поведенческими проблемами детей. Связь между интернализацией поведения детей с депрессивной симптоматикой у матери разрывается в случае помощи и заботы, полученных ребенком извне – со стороны медицинского персонала, воспитателей, нянечек. Девиантное экстернализационное поведение ребенка, потенцированное материнской послеродовой депрессией, может сохраняться до 6 лет, определяя состояние вегетативного гомеостаза.

Инверсия взаимного влияния в семье становится заметной с возрастом. Когда ребенок достигает подросткового возраста, материнские депрессивные симптомы уже могут быть ответом на поведение подростка. Межличностные конфликты, особенно в отношениях близких родственников, являются фактором риска развития или продолжения существующей депрессии (Allen J.P. и соавт., 2010). Материнская депрессия приводит к дефектному воспитанию детей, которые в 2–5 раз чаще склонны к измененному общественному поведению и развитию собственной депрессии. Женщины с пограничным психическим расстройством склонны к конфликтным межличностным отношениям, распространяющимся на нарушение моделей взаимодействия с детьми. У женщин с послеродовой депрессией нарушается аффективная связь с ребенком. Дети отличаются дезориентированным поведением, у них преобладают эмоции страха (Hobson R.P. и соавт., 2009). Мальчики более уязвимы в отношении последствий нарушенных детско-материнских отношений при послеродовой депрессии матери.

Существует связь между когнитивным развитием младенцев с низкой массой тела при рождении и психологическим состоянием их родителей на 2-м году жизни детей. Задержка когнитивного развития младенцев достоверно связана с родительскими симптомами депрессии ($p=0,007$) и стресса ($p=0,03$) (Huhtala M. и соавт., 2011). Нервно-психическое развитие большинства (68%) младенцев 1-го года жизни, рожденных матерями с послеродовой депрессией, отстает от эпикризного на 1–2 срока. Последствия ранней послеродовой депрессии матери негативно сказываются на когнитивных способностях, речевом развитии детей в возрасте 18 мес. У таких детей зна-

чительно снижено количество понимаемых слов, для них характерна бедная слоговая речь. У них отсутствует комплекс «оживления» в ответ на эмоциональное общение, они пассивны в играх.

Вегетативный гомеостаз и электрокожная проводимость. Материнская психопатология влияет на состояние вегетативного гомеостаза младенцев; деятельность их вегетативной нервной системы характеризуется высокой частотой сердечных сокращений при низкой вагусной модуляции, свидетельствующей о симпатикотоническом варианте вегетативной реактивности. Высокие показатели вегетативной реактивности, в свою очередь, являются маркером поведенческого торможения, интернализации проблем и аффективных расстройств у ребенка (Dierckx B. и соавт., 2009). Одна из причин симпатической активности вегетативной нервной системы – влияние возросшего уровня провоспалительных цитокинов на лимбические структуры мозга ребенка. Связь между повышением симпатической реактивности, обусловленной возбуждением лимбической системы, и поведенческими отклонениями подтверждается и повышением электрокожной проводимости. Выраженность эмоций родителей связана с увеличением спонтанных колебаний электрокожной проводимости их детей как при эндогенной патологии, так и при послеродовой депрессии.

Гиперсимпатикотоническая реактивность является причиной развития у младенца обструктивного апноэ во время сна (Fletcher E., 2003), грозящего развитием синдрома внезапной смерти. Этот синдром представляет собой основную причину летальных исходов у родившихся живыми и считающихся здоровыми детей. Тесная взаимосвязь между материнской послеродовой депрессией и младенческими вегетативными дисфункциями свидетельствует о важности раннего выявления и лечения материнской психопатологии.

Инсомния. Бессонница – один из диагностических критериев послеродовой депрессии. Депрессия приводит к тяжелым нарушениям сна у женщины. Терапия депрессии, восстанавливая структуру сна, нормализует метаболизм мозга и функциональную активность нейронов. Материнская депрессия связана со значительными нарушениями сна у младенцев в возрасте до 24 нед. Продолжительность сна, длительность засыпания, эффективность сна, а также количество пробуждений и продолжительность эпизодов спокойного дневного и ночного сна у младенцев, у матерей которых высок риск послеродовой депрессии, достоверно отличаются от аналогичных показателей у детей, матери которых характеризуются низким риском депривации. Нарушения сна у младенцев соотносятся с инсомнией их матерей. Высокое содержание в крови младенцев кортизола и норадреналина коррелирует с уровнем ма-

теринской послеродовой депрессии (Field T. и соавт., 2007). Соматотропный гормон (СТГ), регулирующий процессы роста и развития организма, наиболее интенсивно синтезируется в передней доле гипофиза во время глубокого сна. Нарушения сна снижают секрецию данного гормона, что сопровождается уменьшением длины тела и как следствие – нарушением физического развития. Материнская послеродовая депрессия ингибирует секрецию СТГ у потомства и вызывает стойкие нарушения роста вплоть до карликовости (Nakata H. и соавт., 2009).

Последствия послеродовой депрессии как результат биохимических изменений в организме роженицы и составе грудного молока

Гормональный аспект. Несомненна роль гормональных факторов в развитии послеродовой депрессии и ее последствий. В патогенезе послеродовой депрессии участвуют прогестерон, эстроген, пролактин, кортизол, окситоцин, вазопрессин, гормоны щитовидной железы и другие, обнаруживаемые в грудном молоке. Подтверждено участие гормонов передней и задней долей гипофиза в патогенезе не только послеродовой депрессии, но и стресса, а также таких психических состояний, как нервная анорексия, биполярное и обсессивно-компульсивное расстройство, шизофрения.

При острых психических заболеваниях и терапии антидепрессантами противопоказано грудное вскармливание. Антидепрессанты выделяются с грудным молоком и оказывают ряд существенных побочных действий на ребенка. Однако материнская послеродовая депрессия поддается лечению методами рефлексотерапии, что позволяет сохранить грудное вскармливание, а это полезно и матери, и младенцу. Показано, что раннее прекращение грудного вскармливания или отлучение от груди при послеродовой депрессии матери является фактором риска развития некротического энтероколита у младенцев (Ip S. и соавт., 2007).

Кормление грудью дает антидепрессивный эффект и в отношении самой матери, изменяя уровень ее гормонов. У женщин, кормящих грудью, меньше выражена послеродовая депрессия, выше содержание в плазме крови пролактина. Известно, что у рожениц высок уровень кортизола, пролактина, тироксина и эстрогена. У рожениц с послеродовой депрессией определяются значительно более низкий плазменный уровень пролактина и высокая концентрация прогестерона. Возросший уровень тироксина также коррелирует с тяжестью депрессии. Высокое содержание прогестерона и сниженный уровень пролактина – предикторы возникновения депрессии на 6–10-й неделе после родов.

Заболеваемость. Нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси у матерей с послеродовой депрессией приводит к угнетению иммунитета, что нарушает иммунное и нейроэндокринное развитие детей. Иммунный статус младенца, потенцированный материнской послеродовой депрессией, характеризуется несостоятельностью клеточного звена как врожденного, так и адаптивного иммунитета, гипорегенераторным клеточным сдвигом, проявлениями физиологического эндотоксикоза при высокой напряженности неспецифического иммунитета со сниженной иммунологической реактивностью, достоверной депрессией индексов иммунного статуса, что отражается на заболеваемости детей.

Показано, что общая заболеваемость младенцев при послеродовой депрессии их матерей на 1-м году жизни выше на 69%. По отдельным классам болезней (анемия, болезни кожи, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта) их заболеваемость достоверно выше, чем у детей здоровых женщин.

Изучена связь между послеродовой депрессией матери и детским травматизмом: повышенный риск получения ребенком травмы сохраняется от рождения до 3-летнего возраста (Schvfebel D. и Brezausek C., 2008).

Бронхиальная астма. Материнская послеродовая депрессия играет роль в развитии бронхиальной астмы (БА) и других аллергических заболеваний у детей. Низкий уровень кортизола в крови детей с астмой индуцирован продолжающимся депрессивным состоянием матери после родов в течение года. Тяжесть БА у детей связана со степенью тяжести материнской депрессии. Вероятность развития БА сохраняется до 7-летнего возраста.

Железодефицитная анемия. Показано, что роженицы нередко страдают железодефицитной анемией, что ведет к нарушению качества жизни, эмоциональной неустойчивости, депрессии, снижению когнитивных способностей и представляет собой серьезную проблему для здоровья женщин репродуктивного возраста. Выявлена тесная связь между дефицитом железа в организме женщины и послеродовой депрессией. Дети, родившиеся от таких матерей, имеют меньший запас депонированного железа и уже после первых 3 мес жизни склонны к развитию анемии, характеризующейся всеми признаками железодефицита (Albasag G. и соавт., 2011). Это подтверждает данные о высоком уровне заболеваемости железодефицитной анемией детей годовалого возраста, родившихся от матерей с послеродовой депрессией, которые не получали лечения и не вышли из депрессии. Предотвращение материнской послеродовой депрессии немедикаментозными методами позволяет избежать существенной заболеваемости детей железодефицитной анемией.

В связи с этим вновь подчеркнем особое значение сохранения грудного вскармливания у женщин с послеродовой депрессией, поскольку важной особенностью женского молока является наличие в нем значительных количеств свободного аполактоферрина – гликопротеида (аналога трансферрина крови), обеспечивающего транспортировку железа из материнского молока и обладающего многими полезными для организма ребенка свойствами.

Физическое и нервно-психическое развитие. Риск возникновения проблем физического развития у детей от матерей с послеродовой депрессией так же велик, как и риск эмоциональных и поведенческих отклонений. Проведены катamnестические исследования физического развития младенцев в возрасте 12 мес, матери которых страдали депрессией в раннем послеродовом периоде. Физическое развитие таких детей характеризуется микросоматическим типом, дисгармоничностью и пониженным питанием, причем пролонгированная депрессия матери сопровождается у ребенка снижением массы тела до 2-летнего возраста, что требует дополнительного контроля питания и внесения в него изменений.

Таким образом, привлечение внимания к проблемам послеродовой депрессии позволит улучшить качество медицинской помощи женщинам и детям и привести к снижению младенческой заболеваемости и смертности. В развитых странах 70% женщин, страдающих депрессией, не получают медицинской помощи рекомендуемого уровня либо не лечатся вообще. По данным ВОЗ, в развивающихся странах менее 10% пациентов, обремененных депрессией, получают надлежащую помощь. Существующие методы лечения малоэффективны. Весьма перспективным представляется развитие недорогих, но эффективных методов профилактики и лечения, например рефлексотерапии, психосуггестивной терапии как основного метода лечения легких и среднетяжелых форм послеродовой депрессии или как дополнительного метода – при тяжелых формах.

Выявление и лечение послеродовых аффективных расстройств у женщин приобретает решающее значение для будущего здоровья матери и ребенка. Материнская депрессия является фактором риска развития не только психопатологических и поведенческих отклонений от нормы, но и соматической патологии у детей. Клиническое обследование женщин в перинатальном периоде должно включать в себя оценку их психоэмоционального статуса и выявление послеродовой депрессии. Приведенные данные указывают на необходимость терапевтического вмешательства в диаду мать – дитя с целью лечения материнской послеродовой депрессии и коррекции ее последствий у детей.

Рекомендуемая литература

Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л. Депрессия. Диагностика и методы лечения. Техника релаксации на DVD. – СПб.: Наука и техника, 2009. – 320 с.

Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью // Психическое здоровье. – 2011; 6: 71–76.

Albacar G., Sans T., Martin-Santos R. et al. An association between plasma ferritin concentrations measured 48h after delivery and postpartum depression // J. Affect Disord. – 2011; 131 (1–3): 136–142.

Allen J., Manning N., Meyer J. Tightly linked systems: reciprocal relations between maternal depressive symptoms and maternal reports of adolescent externalizing behavior // J. Abnorm. Psychol. – 2010; 119 (4): 825–835.

Darcy J., Grzywacz J., Stephens R. et al. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life // J. Am. Board. Fam. Med. – 2011; 24 (3): 249–257.

Dierckx B., Tulen J.H., van den Berg M.P. et al. Maternal psychopathology influences infant heart rate variability: Generation R Study // Psychosom Med. – 2009; 71 (3): 313–321.

Giles L., Davies M., Whitrow M. et al. Maternal depressive symptoms and child care during toddlerhood relate to child behavior at age 5 years // Pediatrics. – 2011; 128 (1): 78–84.

Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. et al. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns // Infant Behav Dev. – 2007; 30 (1): 127–133.

Fletcher E. Sympathetic over activity in the etiology of hypertension of obstructive sleep apnea // Sleep. – 2003; 26 (1): 15–19.

Hobson R., Patrick M., Hobson J. et al. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants // Br. J. Psychiatry. – 2009; 195 (4): 325–330.

Huhtala M., Korja R., Lehtonen L. et al. Parental Psychological Well-Being and Cognitive Development of Very Low Birth Weight Infants at 2 Years // Acta Paediat. – 2011; doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02428.x.

Ip S., Chung M., Raman G. et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries // Evid Rep Technol Assess (Full Rep). – 2007; 153: 1–186.

Lupien S., Parent S., Evans A. et al. Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2011; 108 (34): 14324–14329.

Nakata H., Watanabe K., Murakami Y. et al. Stress on a post-partum mother inhibits the secretion of growth hormone in the offspring and causes persistent growth impairment // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. – 2009; 31 (7): 433–441.

O'Hara M. Postpartum depression: what we know // J. Clin. Psychol. – 2009; 65 (12): 1258–1269.

Schwebel D., Brezausk C. Chronic maternal depression and children's injury risk // J. Pediat. Psychol. – 2008; 33 (10): 1108–1116.

IMPACT OF POSTPARTUM DEPRESSION IN A PUERPERA ON THE PSYCHOSOMATIC HEALTH INDICATORS OF A BABY?

A.V. Filonenko

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper gives information on the detection and treatment of postpartum affective depressions in women and their impact on the psychosomatic health indicators of an infant.

Key words: infants, postpartum maternal depression, consequences, comprehensive rehabilitation.