

## О НЕОБХОДИМОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

**А.В. Филоненко**, канд. мед. наук, **А.В. Голенков**, докт. мед. наук, проф.,  
**В.А. Филоненко**, **А.И. Сергеева**, канд. мед. наук  
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары;  
Российская Федерация, 428000, Чебоксары, Московский просп., д. 45  
**E-mail:** [golenkovav@inbox.ru](mailto:golenkovav@inbox.ru)

**Представлены сведения о необходимости раннего распознавания и лечения послеродовой депрессии, предопределяющих прочную взаимовыгодную связь между родителями и детьми. Своевременный скрининг, быстрое выявление и лечение депрессии – непреложные условия благополучия матери и ребенка, улучшения результатов выхаживания новорожденного.**

**Ключевые слова:** родильница, новорожденный, послеродовая депрессия.

Для цитирования: Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. О необходимости раннего выявления послеродовой депрессии. Медицинская сестра. 2019; 21 (1): 13–17. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-04>



Послеродовая депрессия изначально рассматривалась как совокупность расстройств, непосредственно связанных с беременностью и родами, поэтому считалась клинически отличной от других типов депрессивных расстройств. Современные данные свидетельствуют о том, что послеродовая депрессия практически неотличима от душевных расстройств у женщины в другие периоды ее жизни.

После родов до 85% родильниц испытывают различные эмоциональные отклонения от нормы. Ежегодно 400 тыс. детей рождаются от матерей, страдающих депрессией. Большинство родильниц испытывают проходящие и относительно легкие

симптомы нарушения настроения, именуемые послеродовой хандрой, или «блюзом», но 10–25% женщин страдают более тяжелой и стойкой формой собственно депрессии, а 0,1–0,2% – послеродовым психозом [1].

### Факторы риска развития послеродового расстройства настроения

Предсказать, кто и как подвергнется риску послеродового пограничного состояния, трудно. Факторы риска возникновения расстройств настроения после родов определяются эндокринными, психосоциальными и биологическими мотивами.

**Эндокринные факторы.** Концентрации эстрогена, прогестерона и кортизола стремительно меняются в течение 2 сут после родов. Гормональный тренд уязвимых в этом отношении родильниц существенно не отличается от динамики такового у здоровых женщин. Однако женщины с пограничными послеродовыми состояниями аномально чувствительны к изменениям, колебаниям гормонального фона и могут демонстрировать депрессивную симптоматику при лечении экзогенным эстрогеном или прогестероном.

**Психосоциальные факторы.** Женщины с отсутствием социальной поддержки, семейными распрями, тяжелыми отрицательными недавними событиями (например, уход из жизни близкого человека, трудности финансового плана, безработица) более склонны к послеродовой депрессии. Очевидна связь между акушерскими исходами в родах и риском развития послеродовой депрессии.

Насилие со стороны интимного партнера является фактором, который следует учитывать при лечении этих пациенток [2].

Отмечается, что раннее трудоустройство после родов и социальная поддержка коллектива связаны с низкой частотой депрессивных проявлений.

**Биологическая мотивация.** У женщин с наличием депрессии в анамнезе послеродовая депрессия встречается в 20 раз чаще. У беременных

с расстройствами настроения выше риск развития послеродовой депрессии. У рожениц с депрессией в предыдущих родах риск повторения расстройства достигает 90%.

С повышенным риском послеродовой депрессии связано развитие гестационного диабета.

### Скрининг послеродовых эмоциональных расстройств

Несмотря на частое общение с медицинским персоналом в послеродовом периоде, роженицы и их близкие часто не замечают послеродового аффективного состояния. Нередко послеродовая депрессия расценивается как нормальное или естественное следствие родов. Хотя отдельные симптомы депрессии могут спонтанно исчезать, многие женщины ощущают наличие недуга и через год после родов.

Рекомендуется скрининг всех матерей во время беременности и в послеродовом периоде. Скрининг депрессивных симптомов во время беременности поможет выявить женщин с более высоким риском развития депрессии после родов.

**Методы скрининга.** Эдинбургская шкала постнатальной депрессии представляет собой опросник с самооценкой из 10 вопросов, который широко используется для выявления послеродовой депрессии. Оценка  $\geq 10$  баллов либо положительный ответ на 10-й вопрос о наличии суицидальных мыслей свидетельствует о необходимости более тщательной оценки. Опрос может быть выполнен при обычном посещении детской поликлиники или в отделении патологии новорожденного.

Доказана возможность как универсального антенатального, так и постнатального депрессивного скрининга с использованием только 2 вопросов шкалы:

- за последние 2 нед Вы чувствовали себя подавленной или ощущали безнадежность?
- за последние 2 нед Вы испытывали хотя бы небольшую заинтересованность в том, что делали, или удовольствие от этого?

Для скрининга депрессии следует проводить повторные опросы, позволяющие отслеживать положительные результаты с последующей диагностикой и лечением. Пригодны для скрининга шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга и П. Пишо.

**Послеродовой «блюз».** У 85% женщин наблюдается послеродовая эмоциональная нестабильность, для которой характерны быстрая смена настроения, плаксивость, раздражительность и беспокойство. Симптомы выражены на 4-й или 5-й день после родов, сохраняются в течение нескольких дней и самостоятельно купируются через 2 нед. Хандра не ме-

шает выполнению функциональных обязанностей матери и заботе о своем чаде.

Женщин с более тяжелыми симптомами или с сохранением симптоматики на протяжении  $>2$  нед следует тестировать на послеродовую депрессию.

Считается, что послеродовой «блюз» как легкая степень депрессии разрешается спонтанно. Кроме поддержки и утешения, никакого конкретного лечения не требуется. При сохранении симптомов в течение  $>2$  нед необходима дальнейшая оценка на собственно депрессию.

**Послеродовая депрессия** представляет собой более стойкое и изнурительное состояние, чем «блюз» – нарушается способность матери заботиться о себе и ребенке. Недиагностированная депрессия связана с ухудшением здоровья матери и застоем психосоматического развития новорожденного.

Послеродовой период – самое опасное для развития заболевания время. В целом такая опасность наблюдается у 10–15% женщин. Наиболее часто послеродовая депрессия манифестирует в первые 4 мес после родов, хотя может возникнуть в любое время в течение 1-го года после них. Послеродовая депрессия ничем не отличается от депрессии, которая может проявиться в любое другое время. Женщины, перенесшие 1 эпизод большого депрессивного расстройства после родов, имеют риск рецидива около 25%.

Наибольший риск развития послеродовой депрессии отмечается у женщин с наличием депрессии в анамнезе, уже перенесших эпизод послеродовой депрессии или депрессии во время беременности, недавние стрессовые жизненные события и ежедневные конфликты; важные факторы – отсутствие социальной поддержки, беспомощность партнера, нежелательная беременность.

У подростков в предродовой и послеродовой период выше выраженность депрессивной симптоматики и сложнее ее структура, чем у взрослых.

Структура и симптомы послеродовой депрессии клинически неотличимы от таковых при основной депрессии, которая возникает у женщин в другое время. Как правило, расстройство развивается исподволь в течение первых 3 мес после родов, однако может иметь и стремительное начало.

Симптомы основной депрессии включают в себя тоскливое настроение, плаксивость, отсутствие радости жизни, бессонницу, усталость, нарушение аппетита, мысли о самоубийстве или повторяющиеся мысли о смерти. После родов депрессия характеризуется сильной грустью, беспокойством или отчаянием. Угнетена работоспособность, возможно желание причинить вред себе или ребенку. Тревога вызвана беспокойством, навязчивыми мыслями о здоровье и благополучии ребенка.

У женщины может возникнуть отрицательное отношение к младенцу, возможны навязчивые страхи, мысли о вреде самого факта появления младенца!

Послеродовая депрессия может проявляться относительно мягкими и умеренными симптомами, а также выражаться и в более жесткой форме, характеризуясь выраженными нейровегетативными симптомами и значительным упадком работоспособности.

При этом необходимо исключить медицинские причины нарушения настроения, такие как дисфункция щитовидной железы или анемия. Исходная оценка включает в себя сбор анамнеза болезни, объективное обследование, рутинные лабораторные исследования.

Раннее начало лечения обеспечивает лучший прогноз. Отсутствие или неадекватность лечения приводит к ухудшению отношений между матерью, ребенком и партнером. Увеличиваются риск заболевания как матери, так и младенца, угроза социальному и когнитивному развитию ребенка.

### Нефармакологические способы лечения

Такие способы весьма результативны. Эффективны индивидуальная или групповая психотерапия – когнитивно-поведенческая и межличностная, создание психологических образовательных и поддерживающих групп. Весьма эффективно сочетание применения рефлексотерапии и метафорической суггестии. Эти методы применимы для матерей, кормящих грудью и избегающих употребления лекарств.

Фармакологические препараты, назначаемые психиатром, показаны при умеренных и тяжелых формах заболевания, отсутствии ответа на нефармакологическое лечение. Возможно применение лекарственных средств в сочетании с нефармакологической терапией.

Госпитализация в стационар может потребоваться при тяжелой послеродовой депрессии по типу психоза. Применяется электросудорожная терапия, являющаяся быстрым, безопасным и эффективным способом лечения для женщин с тяжелой послеродовой депрессией, активными суицидальными идеями.

### Фармакотерапия

Первой позицией лечения остается применение антидепрессантов. Нарушения сна и бессонница связаны с повышенным риском послеродовой депрессии. Лечение бессонницы в III триместре беременности снижает выраженность послеродовых депрессивных симптомов.

Симптомы начинают ослабляться через 2–4 нед. Полная ремиссия может занимать несколь-

ко месяцев. Если это – 1-й эпизод депрессии, рекомендуется лечение в течение 6–12 мес. У женщин с рецидивирующей большой депрессией придерживаются более долгосрочного поддерживающего лечения антидепрессантами.

Анксиолитические препараты, такие как лоразепам и клоназепам, могут быть полезны в качестве дополнительных средств лечения у пациентов с беспокойством и нарушением сна.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам) являются препаратами 1-й линии у женщин с послеродовой депрессией. Используются стандартные дозы антидепрессанта. Побочные эффекты препаратов этой категории включают в себя бессонницу, нервозность, тошноту, подавление аппетита, головную боль и сексуальную дисфункцию.

Ингибиторы обратного захвата серотонина/норэпинефрина, такие как венлафаксин или дулоксетин, также очень эффективны в лечении депрессии и тревоги. Побочные эффекты включают в себя негативные эффекты селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также нарушения сна, запор и аномалии зрения.

Трициклические антидепрессанты (например, нортриптилин) могут быть актуальны для женщин с нарушениями сна. Побочные эффекты – седация, увеличение массы тела, сухость во рту, запор и сексуальная дисфункция.

*Послеродовой психоз* – наиболее тяжелая форма послеродового расстройства. Он встречается редко – примерно у 1–2 женщин на 1000. Риск развития такого состояния наибольший у женщин с анамнезом биполярного расстройства или предшествующим эпизодом послеродового психоза.

Послеродовой психоз развивается стремительно, возникает в первые 2–3 сут после родов, у большинства женщин его симптомы возникают в первые 14 дней после родов. Послеродовой психоз представлен быстро развивающимся маниакальным или смешанным эпизодом с симптомами беспокойства и бессонницы, раздражительностью, быстрой сменой депрессивного или маниакального настроения, дезорганизованным поведением. У матери могут развиваться бредовые убеждения, связанные с дефектностью младенца или риском его смерти, возможны слуховые галлюцинации (мать «слышит» инструкции о причинении вреда себе или ребенку).

У женщин с нелеченым послеродовым психозом высок риск детоубийства и самоубийства. Показатели детоубийства в этой популяции достигают 4%.

Психоз – психиатрическая экстренная ситуация, при которой обычно требуется стационарное лечение. Большинство пациентов с послеродовым психозом имеют биполярное расстрой-

ство. Неотложная терапия предусматривает назначение стабилизаторов настроения (литий, вальпроевая кислота, карбамазепин) в сочетании с антипсихотическими препаратами и бензодиазепинами. Электросудорожная двусторонняя терапия хорошо переносится и высокоэффективна.

### **Грудное вскармливание и антидепрессантные средства**

Женщины, планирующие кормить грудью, должны быть информированы о том, что все психотропные препараты, включая антидепрессанты, секретируются в грудное молоко. Их концентрации в грудном молоке широко варьируются. Уровни антидепрессантов в сыворотке крови у младенцев обычно не исследуются, если не возникает вопрос о проявлениях токсичности у ребенка.

Данные об использовании трициклических антидепрессантов, флуоксетина, сертралина и пароксетина во время грудного вскармливания противоречивы. Содержание антидепрессантов в сыворотке крови у грудного ребенка либо низкое, либо неопределяемое. Сообщения о токсичности у грудных детей редки, а долгосрочные последствия воздействия следовых количеств лекарств неизвестны.

Женщины, получавшие вальпроевую кислоту и карбамазепин, должны избегать грудного вскармливания, потому что эти агенты связаны с гепатотоксичностью у младенца. Кроме того, таким женщинам рекомендуется избегать грудного вскармливания недоношенных детей или детей с печеночной недостаточностью, у которых могут возникнуть проблемы с метаболизмом препаратов, содержащихся в грудном молоке.

У женщин, получавших литий, грудное вскармливание следует отменить или применять с осторожностью, поскольку литий хорошо элиминируется с грудным молоком и может вызвать у ребенка токсическую реакцию. В данном случае рекомендуется периодический мониторинг уровней лития и состояния функции щитовидной железы.

### **Предотвращение послеродовой депрессии**

Рекомендуется до родов выявлять женщин с высоким риском развития послеродового расстройства. Это – женщины с предыдущим эпизодом послеродового заболевания и женщины с историей однополярной или биполярной депрессии. Женщин, которые испытывают депрессию во время беременности, также относят к группе высокого риска развития послеродового заболевания.

В дополнение к мониторингу женщины с рецидивирующей депрессией или послеродовой депрессией в анамнезе могут воспользоваться профилактическим лечением антидепрессантами. Если ан-

тидепрессанты нежелательны во время беременности, они могут быть применены незадолго до родов или сразу после родов, чтобы снизить риск рецидива болезни.

Женщины с биполярным расстройством или анамнезом послеродового психоза могут воспользоваться профилактическим лечением литием, инициированным либо до родов, либо в течение 24 ч после родов.

Профилактическая эффективность нефармакологических вмешательств в этих условиях полностью не оценена, хотя в 1 исследовании сообщалось о более низких показателях послеродовой депрессии у группы женщин, получавших межличностную терапию при депрессии во время беременности.

### **Влияние послеродовой депрессии у матери на развитие ребенка**

Во многих публикациях говорится о том, что отношение матери к ребенку и ее поведение существенно влияют на связь между матерями и новорожденными, благополучие младенцев и их нервно-психическое развитие. Послеродовая депрессия отрицательно влияет на взаимоотношения между матерью и младенцем.

Матери с послеродовой депрессией чаще негативно относятся к своим детям и считают ребенка капризным или трудным. Для таких матерей типичны сложности ухода за младенцем, холодные межличностные взаимоотношения. Кроме того, матери с симптомами депрессии быстро прекращают грудное вскармливание. Эти ранние нарушения связи матери с новорожденным оказывают глубокое влияние на последующее развитие ребенка, меняют состояние электрогенеза большого новорожденного, обуславливают гипоперфузию церебрального кровотока, угнетение безусловной рефлекторной деятельности.

Дети матерей с послеродовой депрессией чаще, чем дети здоровых женщин, имеют проблемы со сном и едой, демонстрируют истеричное поведение, гиперактивность, страдают от дефицита внимания, проявляют задержку когнитивного развития, эмоциональную и социальную скупость и раннее начало иммунной депрессии [3]. Кроме того, доказано, что у детей женщин с депрессией возникает увеличение массы тела на 6-м месяце жизни, что прогнозирует увеличение риска ожирения в более позднем возрасте.

Из-за потенциальных негативных последствий послеродовой депрессии для взаимоотношений между матерями и новорожденными и качества жизни детей мы ратуем за практику создания системы, улучшающей выявление послеродовой депрессии, что обеспечит более здоровые отношения



между родителями и детьми и применение способов немедикаментозной реабилитации.

Таким образом, послеродовое депрессивное состояние опасно для женщин фертильного возраста. Хотя послеродовой «блюз» – обычно доброкачественное и самостоятельно проходящее состояние, послеродовая депрессия и послеродовой психоз вызывают значительные расстройства и дисфункции. Несмотря на частое общение в послеродовом периоде родильницы с медицинскими работниками, расстройства настроения нередко не замечаются последними, и большинство женщин остаются без лечения.

Неисцеленное расстройство настроения чревато для матери угрозой рецидива болезни. Кроме того, материнская депрессия связана с долгосрочными когнитивными, эмоциональными и поведенческими проблемами ребенка. Одна из наиболее важных целей – повышение информированности об этом всех специалистов в области здравоохранения, которые заботятся о женщинах во время беременности и в послеродовом периоде. Послеродовые расстройства настроения должны быть надлежащим образом диагностированы и эффективно исцелены в ранние сроки соответствующими фармакологическими и нефармакологическими методами.

#### Литература

1. Голенков А.В., Филоненко А.В. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией (по результатам опроса студентов-медиков). Российский медицинский журнал. 2012; 5: 8–11.

2. Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью. Психическое здоровье. 2011; 9 (6): 71–6.

3. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А. Постнатальная депрессия отцов. Психическое здоровье. 2017; 15 (6): 46–52.

4. Филоненко А.В., Сергеева А.И., Гурьянова Е.А. Рефлексотерапия в регуляции иммунологической реактивности новорожденных с перинатальным поражением нервной системы. Традиционная медицина. 2011; 24: 21–8.

#### THE NEED FOR EARLY DETECTION OF POSTPARTUM DEPRESSION

A.V. Filonenko, Cand. Med. Sci.; Prof. A.V. Golenkov, MD; V.A. Filonenko; A.I. Sergeeva, Cand. Med. Sci.

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

45, Moskovsky Prosp., Cheboksary 428000, Russian Federation

The paper presents data on the need for early recognition and treatment of postpartum depression, which predetermine a strong mutually beneficial relationship between parents and children. Timely screening and rapid detection and treatment of depression are essential for the well-being of the mother and her infant and for improvement of the results of neonatal nursing.

*Key words:* puerpera, newborn infant, postpartum depression.

**For reference:** Filonenko A.V., Golenkov A.V., Filonenko V.A., Sergeeva A.I. The need for early detection of postpartum depression. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (1): 13–17. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-04>

Ежегодная научно-практическая конференция

## Сахарный диабет 2 типа в практике врача терапевта и эндокринолога

9 апреля 2019, Москва

#### Председатели

Петунина Нина Александровна — профессор, д. м.н., заведующая кафедрой эндокринологии ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, главный внештатный консультант по эндокринологии Управления делами Президента Российской Федерации, главный внештатный специалист эндокринолог Минздрава Российской Федерации в Центральном Федеральном округе.

Мкртумян Ашот Мусаелович — профессор, д. м.н., заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации.

#### Место проведения

ФГБУ «Поликлиника № 1» УДП РФ, Большой конференц-зал (вход через проходную с Калюшина пер., д. 3, стр. 2). Проезд до ст. метро Смоленская, Арбатская, Кропоткинская.

Регистрация и начало работы выставки в 09.00. Начало научной программы конференции в 10.00

#### Регистрация и подробная информация

на сайте [www.eecmedical.ru](http://www.eecmedical.ru), по эл. почте: [info@eecmedical.ru](mailto:info@eecmedical.ru), или по телефонам: +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29

Документация по данному учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО ([www.sovetnmo.ru](http://www.sovetnmo.ru))

**EEC Medical**  
Educational Event Coordinator

