

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ на тему:
«Послеродовая депрессия. Актуальность в современном акушерстве.»

Выполнила:
Ординатор 1 -го обучения
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Филимонова Ю.В.

Проверил:
Ассистент кафедры
Коновалов В.Н.

Красноярск, 2021

Содержание

Введение	3
1. Послеродовая депрессия: диагностика и эпидемиологические факторы.	4
2. Роль акушера-гинеколога и педиатра в диагностике ПРД	9
3. Риски отсутствия лечения ПРД для детей	10
4. Послеродовой психоз и детоубийство	11
5. Лечение послеродовой депрессии	12
Заключение	19
Список использованных источников	20

Введение

Послеродовая депрессия определяется как эпизод большой депрессии, временно связанный с родами. Американская психиатрическая ассоциация в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам оговаривает, что начало расстройства настроения может произойти во время беременности или в течение четырех недель после родов. Послеродовая депрессия (ПРД) поражает до 15% матерей. Недавние исследования выявили несколько психосоциальных и биологических факторов риска ПРД. Негативные краткосрочные и долгосрочные последствия для развития ребенка хорошо известны. ПРД недооценивается и недостаточно лечится. Акушер и педиатр могут играть важную роль в скрининге и лечении ПРД. Варианты лечения включают психотерапию и прием антидепрессантов. Препятствия к соблюдению рекомендаций по лечению включают доступ к психотерапевтам и опасения кормящих матерей по поводу воздействия на ребенка антидепрессантов.

Учитывая распространенность и серьезные последствия послеродовой депрессии, выявление и соответствующее лечение расстройства имеют первостепенное значение. Рекомендуется регулярный скрининг на депрессию во время беременности и в послеродовом периоде. К сожалению, скрининг послеродовой депрессии не всегда улучшает вовлеченность в лечение или результаты пациентов. Исследования показали, что даже при выявлении депрессивного эпизода многие женщины не получают лечения.

Послеродовая депрессия: диагностика и эпидемиологические факторы

ПРД строго определяется в психиатрической номенклатуре как большое депрессивное расстройство (MDD) с признаком послеродового начала в течение 1 месяца после родов. Однако депрессия у женщин в послеродовом периоде может начаться во время беременности или после первого месяца послеродового периода. Чтобы соответствовать критериям БДР, подавленное настроение или потеря интереса или удовольствия от занятий должны сохраняться не менее 2 недель. Кроме того, могут присутствовать симптомы нарушения сна, нарушения аппетита, потери энергии, чувства никчемности или вины, снижения концентрации внимания и мыслей о самоубийстве. Диагноз ПРД является сложной задачей из-за изменений режима сна, изменения аппетита и чрезмерной утомляемости, которые являются обычным явлением для женщин после родов. Важно отличать депрессивные симптомы от нормальных последствий родов (Таблица 1) и определить степень тяжести симптомов.

Таблица 1. Рекомендации по диагностике большой депрессии с послеродовым началом

Диагностика большой депрессии по DSM-V : 5 или более симптомов (ниже), по крайней мере, 1 симптом №1 или №2, присутствует большую часть дня,	Симптомы, возникающие в послеродовом периоде	Симптомы, наводящие на мысль о послеродовой депрессии
---	---	--

почти каждый день в течение не менее 2 недель.		
1) Подавленное настроение	Часто встречается при «детской депрессии»: обычно достигает пика через четыре-пять дней после родов, может длиться от нескольких часов до нескольких дней и проходит через 2 недели.	Печальное или подавленное настроение, которое сохраняется ежедневно не менее 2 недель.
2) Отсутствие удовольствия или интереса к занятиям	Нечасто после родов	Неспособность получать удовольствие от переживаний или отсутствие интереса к вещам, которые обычно доставляют удовольствие.
3) Нарушение сна	Часто из-за ухода за новорожденным	Неспособность спать или отдыхать, когда ребенок спит, или неспособность ухаживать за ним из-за гиперсомнии.
4) Потеря энергии	Часто из-за недосыпания	Продолжается, несмотря на достаточный сон или дремоту.

5) Возбуждение или замедление	Нечасто после родов	Беспокойство, невозможность усидеть на месте. Замедленность действий, заметная окружающими
6) Чрезмерное чувство вины или никчемности	Нечасто после родов	Плохое чувство собственного достоинства, как будто вы потерпели неудачу или подвели себя или семью.
7) Снижение концентрации или нерешительность	Часто из-за недосыпания	Часто теряет ход мыслей или не может принимать решения
8) Частые мысли о смерти или самоубийстве	Нечасто после родов	Мысли «я бы хотел, чтобы я не просыпался» или «моему ребенку было бы лучше без меня» или намерение, желание или планы покончить с собой.

Оптимальное время для скрининга на ПРД - от 2 недель до 6 месяцев после родов. Несколько показателей самоотчета, которые доступны для скрининга ПРД, включают Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии, которая представляет собой проверенный и широко используемый вопросник из 10 пунктов. ≥ 12 баллов по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии свидетельствует о вероятном ПРД. Шкала скрининга послеродовой депрессии

- это еще один скрининговый критерий самоотчета, популярный среди клиницистов из-за своей конструктивной валидности и акцента на клинических областях; однако из-за высокого уровня ложноположительных результатов по ПРД она менее точна, чем Эдинбургская шкала послеродовой депрессии.

Систематический обзор исследований, в которых диагностировалась депрессия с помощью клинического структурированного интервью, показал, что распространенность БДР и легкой депрессии колебалась от 6,5–12,9% в течение первых 6 месяцев после родов, достигая пика через 2 и 6 месяцев после родов. Большое когортное исследование, проведенное в Дании, показало, что первые 90 дней после родов представляли собой время повышенного риска впервые возникшего психического расстройства (в основном ПРД) у первородящих матерей, но не у молодых отцов. Другие недавние исследования документально подтверждают повышенный риск БДР в послеродовой период. Распространенность ПРД колеблется в незападных странах от 0,5 до 60%, на что могут повлиять культурные особенности.

Психосоциальные факторы риска включают БДР во время беременности, тревожность во время беременности, предыдущие непериодические БДР, предыдущую предменструальную дисфорию, стрессовые жизненные события во время беременности или в раннем послеродовом периоде, плохую социальную поддержку, семейные конфликты, низкий доход, иммигрантский статус и молодой возраст матери. Недавнее исследование определило предыдущую депрессию, текущую депрессию и тревогу, а также слабую поддержку со стороны партнера как ключевые факторы риска.

ПРД может быть связана с дифференциальной чувствительностью к гормональным колебаниям. Женщины с предыдущей ПРД испытали дисфорию как после добавления, так и после отмены супрафизиологических доз эстрадиола и прогестерона по сравнению со здоровыми контрольными

субъектами. Помимо чувствительности к колебаниям эстрогена и прогестерона, биологические теории включали колебания уровней других гонадных гормонов и нейроактивных стероидов после родов, изменение цитокинов, а также изменение уровней жирных кислот, окситоцина и аргинина вазопрессина. Об участии серотониновой системы свидетельствуют сообщения об изменении связывания переносчика серотонина и снижение постсинаптического связывания рецептора серотонина-1А в передней поясной извилине и мезиотемпоральном отделе коры.

Нормальные колебания гормонального фона во время беременности и после родов приводят к изменению режима сна. Снижение уровня прогестерона в раннем послеродовом периоде способствует бессоннице. Сообщалось о снижении эффективности сна и увеличении медленного сна в первый послеродовой месяц. Изменения гормонов и сна в раннем послеродовом периоде могут способствовать возникновению ППД. Недавнее исследование выявило трудности с засыпанием в первые 3 месяца после родов как возможный фактор риска развития ПРД. Кроме того, нарушение сна у младенцев может быть как фактором риска, так и исходом ПРД в раннем послеродовом периоде. Исследования показали, что постоянные проблемы со сном у младенцев и детей связаны с материнской депрессией.

Роль акушера-гинеколога и педиатра в диагностике ПРД

В многочисленных исследованиях сообщается о низких показателях скрининга, диагностики и лечения перинатальной депрессии в медицинских учреждениях. Дискомфорт клинициста по поводу психических расстройств, нехватка времени, низкая вера в то, что психическое здоровье матери оказывает важное влияние на развитие ребенка, и недостаток знаний о ресурсах - вот некоторые из препятствий для проведения скрининга клиницистами на психические расстройства в медицинских учреждениях. Тем не менее, послеродовое посещение акушера и педиатрическое обследование ребенка - это возможность для клинициста оценить клинический статус матери. Хотя женщины с ПРД часто не решаются сообщать своему врачу о своем настроении и симптомах тревоги из-за вины за наличие симптомов, когда материнство, как ожидается, будет радостным, могут быть признаки того, что необходима дальнейшая оценка. Например, ПРД может привести к негативному восприятию матерью темперамента и моделей поведения ребенка; такие жалобы следует рассматривать в контексте поведения младенца и того, насколько хорошо мать справляется с этими трудностями. ПРД ассоциируется с частыми внеплановыми визитами к педиатру; такие посещения и телефонные контакты могут быть оправданы, но также могут быть индикатором для дальнейшей оценки материнского настроения и функционирования семьи. Последующее наблюдение за женщиной, которую направили на лечение в клинику или к психиатру, подчеркивает важность рекомендаций по лечению.

Риски отсутствия лечения ПРД для детей

Существует четко установленная взаимосвязь между невылеченной материнской депрессией и нарушением развития ребенка. Исходы для младенцев и детей, которые связаны с ПРД, включают более высокую частоту чрезмерного детского плача или колик, проблемы со сном и проблемы с темпераментом. Плач и проблемы со сном у младенцев могут повышать риск нового начала ПРД. В исследовании с участием > 600 младенцев объективные доказательства трудностей регуляции у младенцев были обнаружены уже через 1 месяц после родов, при этом у младенцев от матерей с ПРД была более низкая саморегуляция, больше признаков стресса и повышенное возбуждение по сравнению с младенцами от здоровых матерей. ПРД ассоциируется с негативными взаимодействиями матери и ребенка, которые включают материнское отстранение, разобщение, вторжение и враждебность, женщины с меньшей вероятностью будут начинать или поддерживать грудное вскармливание; депрессивные симптомы обычно предшествуют раннему прекращению грудного вскармливания.

ПРД связана с плохим когнитивным функционированием, поведенческой заторможенностью и эмоциональной дезадаптацией у младенцев и детей. Стойкая материнская депрессия связана с агрессивным поведением и экстернализирующими расстройствами (например, поведенческими расстройствами), а также с психическими и медицинскими расстройствами в подростковом возрасте. Сложная взаимосвязь между материнской депрессией и эмоционально-поведенческим развитием ребенка еще не изучена, но, вероятно, это многомерный прогресс, который может начаться во время беременности. Женщины с ПРД часто находились в депрессии во время беременности, которая является потенциальным источником воздействия или влияния на плод. В нескольких опубликованных исследованиях влияния антенатальной депрессии на исходы плода не всегда использовался диагноз

БДР, но было показано, что более высокие уровни депрессивных симптомов, о которых сообщают сами пациенты во время беременности, были связаны с повышенной поведенческой и физиологической реактивностью плода. Изменения в нейроповеденческом развитии плода могут повлиять на исходы у новорожденных.

Послеродовой психоз и детоубийство

Послеродовой психоз встречается у 1 из 500 матерей с быстрым началом в первые 2–4 недели после родов. Послеродовой психоз включает спутанное мышление, перепады настроения, бред, паранойю, неорганизованное поведение, неправильное суждение и нарушение функционирования. Послеродовой психоз считается неотложной психиатрической помощью и обычно приводит к госпитализации в стационар. Факторы риска включают предыдущий эпизод послеродового психоза, предыдущую госпитализацию по поводу маниакального или психотического эпизода, недавнее прекращение приема стабилизаторов настроения, первородящие, акушерские осложнения, недосыпание и семейный анамнез биполярного расстройства или послеродового психоза. Исследования показывают, что большинство случаев послеродового психоза связано с биполярным расстройством, а не с шизофренией.

Детоубийство - один из самых серьезных факторов риска послеродового психоза. Скорость убийств младенцев до 1 года составляет 8 на 100000 в Соединенных Штатах, но неизвестно, сколько женщин с послеродовым психозом совершают детоубийство. Обострение симптомов, командные галлюцинации и фактор стресса, связанный с уходом за новорожденным, могут увеличить риск детоубийства после родов у матери с психозом. Детоубийство может также происходить в контексте тяжелой ПРД, вызванной пренебрежением и жестоким обращением, из-за того, что ребенок нежелателен, или в качестве мести отцу младенца. От 16% до 29% матерей,

убивающих своих детей, также убивают себя. Навязчивые мысли о потенциальном случайном причинении вреда новорожденному распространены повсеместно, также распространены навязчивые мысли о преднамеренном причинении вреда младенцу. Важно убедить женщин, что навязчивые мысли о вреде ребенку или мысли о детоубийстве редко переходят в действия.

Лечение послеродовой депрессии

1. Психотерапия

Межличностная психотерапия - краткосрочное эффективное лечение БДР, направленное на решение межличностных проблем (таких как смена ролей, супружеские отношения, социальная поддержка и факторы жизненного стресса), в высшей степени соответствует потребностям женщин в послеродовой период. Рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) показало, что 12 сеансов индивидуальной психотерапии превзошли по эффективности контроль из списка ожидания у 120 женщин с ПРД в снижении депрессии и улучшении социальной адаптации.

Систематические обзоры методов лечения ПРД показали, что индивидуальная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия и психодинамическая терапия могут быть эффективными психологическими методами лечения. В целом, психологические методы лечения демонстрируют умеренный эффект. Антидепрессанты демонстрируют большую величину эффекта. Методологические недостатки исследований психосоциального лечения включают небольшие размеры выборки, краткосрочное лечение, отсутствие контрольных групп, плохо определенные лечебные вмешательства и критериев результатов, отсутствие участия партнеров и отсутствие оценки исходов для младенцев. Систематических исследований терапии пар у женщин с ПРД не проводилось. Первоначальные положительные отчеты, заслуживающие дальнейшего изучения, включают поддержку по телефону,

поддержку со стороны сверстников, индивидуальные консультации на дому, группы поддержки под руководством медсестер или патронажных сестер и групповую терапию под руководством клиницистов по психическому здоровью. Женщины с ПРД легкой степени могут реагировать на лечение у специалистов, не занимающихся психическим здоровьем, или на индивидуальные или групповые консультации с профессионалом в области психического здоровья, хотя женщинам с более тяжелыми формами ПРД может потребоваться межличностная психотерапия или когнитивно-поведенческая терапия, проводимая обученными специалистами и / или прием антидепрессантов. Кормящие женщины могут предпочесть психотерапию лекарствам.

2. Лечение антидепрессантами

Было проведено четыре РКИ с применением антидепрессантов с участием женщин с ПРД, 2 были плацебо-контролируемыми и 2 были активными исследованиями сравнения. В одном плацебо-контролируемом РКИ сравнивали пароксетин с гибкими дозами немедленного высвобождения и плацебо у 70 женщин с послеродовым началом БДР. После 8 недель лечения обе группы значительно улучшились с течением времени, но пароксетин превзошел плацебо в плане ремиссии депрессии (частота ремиссии составила 37% и 15% соответственно). Примерно 40% субъектов в этом исследовании кормили грудью, но эффекты у младенцев не были описаны в опубликованном исследовании. В другом плацебо-контролируемом РКИ сравнивали флуоксетин, плацебо и консультирование (частично основанное на принципах КПТ) у 87 женщин с ПРД. Женщинам случайным образом назначали 12 недель флуоксетина 20 мг в день и 6 сеансов консультирования, флуоксетин 20 мг в день и 1 сеанс консультирования, плацебо и 6 сеансов консультирования или плацебо и 1 сеанс консультирования. Флуоксетин

значительно превосходил плацебо в снижении тяжести депрессивных симптомов. Комбинация флуоксетина и 6 сеансов консультирования не превзошла ни один из этих методов лечения. Кормящие женщины были исключены из этого исследования; Большинство женщин, включенных в исследование, имели депрессивные симптомы от легкой до умеренной степени тяжести.

В рандомизированном контролируемом исследовании 109 женщинам с ПРД случайным образом назначали сертралин или нортриптилин, оба из которых получали возрастающую дозу в течение 8 недель. Почти половина испытуемых перестали принимать любой из антидепрессантов к 8-й неделе. О побочных эффектах у грудных младенцев не сообщалось, а уровни в сыворотке младенцев были близки или ниже количественно измеряемых уровней. В другом РКИ сравнения пароксетин сравнивали с комбинацией пароксетин / КПТ у 35 женщин с ПРД и коморбидными тревожными расстройствами. Пароксетин гибко дозировался в течение 12 недель, а КПТ проводилась в рамках 12 индивидуальных сеансов. Оба лечения привели к значительному улучшению показателей депрессии, и не было значительных различий между видами лечения. Примерно половина субъектов кормили грудью, но о побочных эффектах антидепрессантов и уровнях сыворотки у младенцев не сообщалось. Коморбидность тревожности в последнем исследовании и отсутствие контроля плацебо в обоих этих сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях ограничивают выводы об эффективности этих методов лечения. Примечательно, что частота ремиссии при приеме пароксетина была ниже в исследовании с пароксетином, которое включало контроль плацебо.

3. Дополнительные процедуры

Исследования показали пользу детского массажа, физических упражнений, недосыпания, вмешательство в сон младенцев, и электросудорожную терапию. Исследования показали, что послеродовое использование эстрогена может иметь значение, хотя послеродовое использование прогестерона не было многообещающим. Небольшое исследование показало, что терапия ярким светом ранним утром не более эффективна, чем тусклый красный свет в уменьшении депрессивных симптомов. В двух недавних РКИ не удалось продемонстрировать более высокую эффективность добавок омега-3 по сравнению с плацебо.

Антидепрессанты и кормление грудью

Кормящая женщина с ПРД должна взвесить потенциальную эффективность антидепрессантов для ее депрессии, потенциальные риски воздействия антидепрессантов на ее ребенка во время грудного вскармливания и известные негативные последствия отказа от лечения депрессии для развития ребенка. Грудное вскармливание имеет множество преимуществ для развивающегося младенца, и женщина с ПРД может полагать, что кормление грудью является важным положительным опытом, которым она может поделиться со своим младенцем в его депрессивном состоянии. Существует растущая база данных наблюдений о побочных эффектах у младенцев, которые подвергаются воздействию антидепрессантов через грудное молоко, и выбор лекарства следует выбирать после изучения этих данных. Измерение уровней антидепрессантов в сыворотке крови младенцев и анализы грудного молока обычно не проводятся в клинической практике, и соотношение молока к плазме может не иметь отношения к побочным эффектам. Когда женщинам после родов назначают антидепрессант, рекомендуется начинать с низких доз и медленно повышать дозу, наблюдая за младенцем на предмет побочных эффектов. Возможные побочные эффекты у грудных детей включают

раздражительность, седативный эффект, недостаточную прибавку в весе или изменение режима кормления. Неблагоприятные события чаще всего возникают у новорожденных в возрасте до 8 недель, а дети, рожденные преждевременно или с проблемами со здоровьем, могут подвергаться повышенному риску. Воздействие антидепрессантов на младенцев можно свести к минимуму, избегая грудного вскармливания во время пиковой концентрации антидепрессантов в грудном молоке. Если отмечены побочные эффекты у младенца, варианты включают уменьшение дозы, переход на частичное или полное кормление из бутылочки или смена лекарства. Важное значение имеет сотрудничество педиатра и психиатра.

Было проведено несколько обзоров безопасности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), трициклических антидепрессантов (ТЦА) и новых антидепрессантов при кормлении грудью. Объединенный анализ уровней антидепрессантов в системе мать-младенец привел к выводу, что сертралин, пароксетин и нортриптилин обычно дают неопределяемые уровни в сыворотке младенцев и что повышенные уровни у младенцев более вероятны при приеме флуоксетина и циталопрама. Сообщалось, что сертралин оказывает минимальное влияние или не влияет на центральный транспорт серотонина у младенца. Сообщалось о случаях побочных эффектов у младенцев, находящихся на грудном вскармливании, при применении флуоксетина, циталопрама, доксепина, бупропиона и нефазодона. Если после родов женщина принимает антидепрессантами, которые, как известно, потенциально связаны с умеренными побочными эффектами или высокими уровнями в сыворотке крови ребенка, может быть более целесообразным внимательно наблюдать за ребенком, а не менять антидепрессант. Даже при отсутствии побочных эффектов и не поддающихся количественному измерению уровней у младенцев, долгосрочные эффекты воздействия антидепрессантов через грудное молоко на когнитивное, моторное, неврологическое и поведенческое развитие ребенка неясны.

Некоторым женщинам с ПРД можно назначать дополнительно бензодиазепин при тревоге или бессоннице. Сообщалось о седации и плохом кормлении грудью младенцев, подвергшихся воздействию бензодиазепинов, поэтому рекомендуется низкие дозы. Другие психотропные препараты могут использоваться кормящими грудью женщинами с биполярным или психотическим заболеванием или тяжелой депрессией. Несмотря на то, что недавно сообщалось, что литий можно использовать во время грудного вскармливания при тщательном мониторинге уровня сыворотки младенцев, литий обычно не рекомендуется во время грудного вскармливания из-за сообщений о гипотермии, гипотонии, цианозе, инверсии зубца Т и летаргии у младенцев. Данных о безопасности новых противоэпилептических препаратов и атипичных нейролептиков очень мало. Вальпроат и карбамазепин безопасно используются во время грудного вскармливания. Недавно сообщалось, что уровни ламотриджина в сыворотке младенцев варьируют и иногда становятся высокими после грудного вскармливания. Предварительные данные свидетельствуют о том, что окскарбазепин, топирамат, габапентин и леветирацетам не связаны с побочными эффектами. Сообщалось о спорадических побочных эффектах оланзапина, клозапина и традиционных нейролептиков. Необходимы исследования, оценивающие долгосрочное влияние на развитие ребенка после кормления грудью анксиолитиков, стабилизаторов настроения и нейролептиков.

Можно утверждать, что осложнения ПРД перевешивают, по крайней мере, краткосрочные риски воздействия антидепрессантов через грудное молоко на младенцев, потому что многочисленные отрицательные эффекты нелеченных ПРД на краткосрочное и долгосрочное развитие ребенка хорошо известны. . В дополнение к многочисленным известным преимуществам грудного вскармливания недавнее крупномасштабное исследование показало, что продолжительное и исключительно грудное вскармливание было связано с улучшением когнитивного развития у 6-летних детей. Кормящие женщины

могут предпочесть психотерапию лекарствам для лечения ПРД, но она может быть менее эффективной, чем фармакотерапия для женщин с тяжелой депрессией. Этим женщинам и женщинам, симптомы которых не поддаются немедикаментозному лечению, может потребоваться прием антидепрессантов. Все психотропные препараты проникают в грудное молоко, и каждое лекарство может подвергнуться их воздействию на младенцев. Хотя отчеты наблюдений указывают на отсутствие краткосрочных побочных эффектов у младенцев при приеме многих психотропных препаратов, лишь в немногих исследованиях изучались долгосрочные эффекты. Обсуждение вариантов лечения с пациенткой и ее партнером после родов должно включать личный психиатрический анамнез пациента и предыдущую реакцию на лечение, риски отсутствия лечения, имеющиеся данные о безопасности лекарств при грудном вскармливании, а также ее индивидуальные ожидания и предпочтения в отношении лечения. Ограничения во времени, финансовые ограничения и предполагаемый культурный диссонанс могут привести к плохой приверженности лечению.

Заключение

Женщинам с депрессивными симптомами легкой и средней степени тяжести в послеродовом периоде следует предлагать психотерапию в качестве лечения первой линии. Терапия с наибольшей доказательной базой включает межличностную терапию и когнитивно-поведенческую терапию. Женщинам с депрессией средней и тяжелой степени рекомендуется прием антидепрессантов и терапия. Личный анамнез предыдущей реакции на антидепрессанты или семейный анамнез может использоваться для выбора антидепрессанта для женщин, которые не кормят грудью. Если личный или семейный анамнез недоступен, сертралин и циталопрам оказались наиболее эффективными и хорошо переносимыми по сравнению с другими СИОЗС. Рекомендации по фармакологическому лечению должны включать обсуждение с пациентом преимуществ грудного вскармливания, рисков применения антидепрессантов во время кормления грудью и риска невылеченного заболевания. В тяжелых случаях послеродовой депрессии с суицидальными или убийственными идеями или депрессии с психозом необходимо направление к специалисту по психическому здоровью.

Послеродовая депрессия - серьезная проблема для здоровья. К сожалению, исследования в области лечения ограничены очень небольшим количеством контролируемых исследований и небольшими размерами выборок. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы.

Список использованных источников

1. Хеншоу К. Нарушение настроения в раннем послеродовом периоде: обзор. Arch Womens Ment Health. 2003; 6 : S33 – S42. [PubMed] [Google Scholar]
2. Херон Дж., Крэддок Н., Джонс И. Послеродовая эйфория: являются ли «максимумы» показателем биполярности? Биполярное расстройство. 2005; 7 : 103–10. [PubMed] [Google Scholar]
3. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Материнская блюз как предиктор депрессии и тревожных расстройств по DSM-IV в первые три месяца после родов. J влияют на Disord. 2009; 113 : 77–87. [PubMed] [Google Scholar]
4. Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. 4. Вашингтон, округ Колумбия: American Psychiatric Press; 2000 г. текст переработан. [Google Scholar]
5. Epperson CN. Послеродовая большая депрессия: выявление и лечение. Американский семейный врач. 1999; 59 (8): 2247–2254. [PubMed] [Google Scholar]
6. Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. 5-е изд. Вашингтон, округ Колумбия: Автор; 2013. текст ред. [Google Scholar]
7. Гэвин Н.И., Гейнс Б.Н., Лор К.Н., Мельцер-Броди С., Гартленер Г., Суинсон Т. Перинатальная депрессия. Систематический обзор распространенности и заболеваемости. Акушер Гинеколь. 2005; 106 : 1071–1083. [PubMed] [Google Scholar]
8. Мюррей Л., Фиори-Коули А., Хупер Р. и др. Влияние послеродовой депрессии и связанных с ней неблагоприятных факторов на ранние

взаимодействия матери и ребенка и более поздние исходы для младенцев. *Child Dev.* 1996; 67 (5): 2512–2526. [PubMed] [Google Scholar]

9. Нульман И., Корен Дж., Ровет Дж. И др. Воздействие венлафаксина, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или невылеченная материнская депрессия. *Американский журнал психиатрии.* 2012; 169 (11): 1165–1174. [PubMed] [Google Scholar]

10. Фримен М.П., Иоффе Х., Козн Л.С. Послеродовая депрессия: помогите пациентам найти правильное лечение. *Современная психиатрия.* 2012; 11 (11): 14–21. [Google Scholar]

11. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Послеродовая депрессия: сравнение скрининга и рутинной клинической оценки. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182 (5): 1080–1082. [PubMed] [Google Scholar]

12. Флинн Х.А., О'Махен Х.А., Месси Л. и др. Влияние краткого акушерского вмешательства на базе клиники на лечение перинатальной депрессии. *J Женское здоровье.* 2006; 15 (10): 1195–1204. [PubMed] [Google Scholar]

13. Йонкерс К.А., Смит М.В., Лин Х. и др. Скрининг депрессии у перинатальных женщин: оценка инициативы депрессии здорового начала. *Psychiatr Serv.* 2009; 60 (3): 322–328. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

14. Van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP и др. Предпочтения пациентов при лечении депрессивного расстройства в первичной медико-санитарной помощи. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26 (3): 184–189. [PubMed] [Google Scholar]

15. Боат Э., Брэдли Э., Хеншоу С. Взгляды женщин на антидепрессанты в лечении послеродовой депрессии. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25 (3–4): 221–233. [PubMed] [Google Scholar]

16. Перлштейн Т. Б., Злотник С., Баттл С. Л. и др. Выбор пациентом лечения послеродовой депрессии: пилотное исследование. *Arch Women's Ment Health*. 2006; 9 (6): 303–308. [PubMed] [Google Scholar]
17. Остин М.П., Хадзи-Павлович Д., Прист С.Р. и др. Депрессивные и тревожные расстройства в послеродовом периоде: насколько они распространены и можем ли мы улучшить их выявление? *Arch Women's Ment Health*. 2010; 13 (5): 395–401. [PubMed] [Google Scholar]
18. Вигера А.С., Тондо Л., Кукопулос А.Е., Реджинальди Д., Лепри Б., Балдессарини Р.Дж. Эпизоды расстройств настроения при 2 522 беременностях и послеродовом периоде. *Am J Psychiatry*. 2011; 168 (11): 1179–1185. [PubMed] [Google Scholar]
19. Де Гроот Л., Абалович М., Александр Е.К. и др. Управление дисфункцией щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде: руководство по клинической практике эндокринного общества. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012; 97 (8): 2543–2565. [PubMed] [Google Scholar]
20. Берд Дж. Л., Хендрикс М. К., Перес Е. М., Мюррей-Колб Л., Берг А., Вернон-Фиганс Л., Ирлам Дж., Айзекс В., Сив А., Томлинсон, материнская анемия, вызванная дефицитом железа, влияет на послеродовые эмоции и познание. *J Nutr*. 2005; 135 (2): 267–272. [PubMed] [Google Scholar]
21. Злотник С., Джонсон С.Л., Миллер И.В. и др. Послеродовая депрессия у женщин, получающих государственную помощь: пилотное исследование группового вмешательства, ориентированного на межличностную терапию. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (4): 638–640. [PubMed] [Google Scholar]
22. Клиер С.М., Музик М., Розенблюм К.Л. и др. Межличностная психотерапия адаптирована для групповой терапии послеродовой депрессии. *J Psychother Pract Res*. 2001; 10 (2): 124–131. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

23. Стюарт С., О'Хара М.В., Горман Л.Л. Профилактика и психотерапевтическое лечение послеродовой депрессии. *Arch Women's Ment Health*. 2003; 6 (добавление 2): S57 – S69. [PubMed] [Google Scholar]
24. Markowitz JC, Weissman MM. Межличностная психотерапия: принципы и приложения. *Мировая психиатрия*. 2004; 3 (3): 136–139. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
25. Бек А.Т. Прошлое и будущее когнитивной терапии. *J Psychother Pract Res*. 1997; 6 (4): 276–284. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]