

Васильева Татьяна Евгеньевна, студент 3 курса,

Институт естественных наук и фармации

Марийский государственный университет, Россия, г. Йошкар-Ола

Михайлова Диана Александровна, студент 3 курса,

Институт естественных наук и фармации

Марийский государственный университет, Россия, г. Йошкар-Ола

ДЕПРЕССИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Аннотация: в статье рассмотрена проблематика лечения депрессивных расстройств женщины при беременности и влияние терапии на здоровье ребенка. Идет сравнение влияния приема антидепрессантов и их отмены на здоровье взрослого человека и организма ребенка.

Ключевые слова: ребенок, беременность, депрессия, расстройство, послеродовая депрессия, лечение.

Annotation: the article deals with the problems of treatment of depressive disorders in women during pregnancy and the impact of therapy on the health of the child. There is a comparison of the effect of taking antidepressants and their withdrawal on the health of an adult and the body of a child.

Key words: child, pregnancy, depression, disorder, postpartum depression, treatment.

Депрессия – болезненное состояние, при котором чувство печали достаточно продолжительно или слишком сильно. Различные исследования, проведенные по этой теме, показывают, что 20% населения развитых стран страдают от такого вида недуга [2]. Особую опасность такая болезнь приобретает

у женщин во время беременности, так как в таком случае под ударом негативных последствий находятся сразу два организма.

По статистическим данным от депрессии страдают около 10% беременных женщин, а от послеродовой депрессии - от 10 до 15%. После родов ситуация может не улучшиться и усугубиться, вследствие чего возникает постнатальная депрессия.

Причины приобретения такого недуга различны: незапланированная беременность, влекущая большие перемены в жизни женщины; жилищные и бытовые проблемы; материальные трудности; негативная реакция со стороны родственников; мучительный токсикоз на протяжении беременности; физиологические и психосоциальные проблемы; длительный прием лекарственных препаратов, например, седативного характера; гормональные перемены; негативный опыт в прошлых попытках зачатия ребенка – выкидыши, аборт; плохое самочувствие из-за высокой утомляемости и слабости или наследственный характер заболевания.

Для выявления депрессивного расстройства необходимо проследить следующую симптоматику: высокую раздражительность; ощущение постоянной усталости; обостренное чувства голода или совершенное его отсутствие; хроническая печаль; нежелание общения с кем-либо; агорафобия – страх перед выходом на улицу; заниженная самооценка; обостренная чувствительность и плаксивость; мнительность и тревожность; ощущение вины и отсутствие уверенности в себе [1].

При лечении такого рода заболевания в первую очередь необходимо рассмотреть замену медикаментозного способа на психотерапию, однако в некоторых случаях это невозможно [5]. Риск негативных последствий для ребенка возникает по причине того, что все антидепрессанты переходят через плаценту в кровь плода. Не существует на данный момент медикаментов, которые не проходят через этот путь и не оказывают влияния на малыша. Даже при рассмотрении условно здоровых женщин, не имеющих депрессий и не принимающих антидепрессанты, частота пороков плода составляет от 1 до 3%.

Самые распространенные препараты для лечения – ингибиторы обратного захвата серотонина – сертролин, цитолапрам, парокситин. Для них и трициклических, например, amitriptilin, повышается частота пороков для ребенка – нарушения в формирования кардиальной, нервной системы и желудочно-кишечного тракта, недостаточный вес ребенка при рождении, гипогликемия, респираторные расстройства. Частота варьируется в разных исследованиях. Увеличение случаев преждевременных родов характерно при внезапной отмене препарата. Такое происходит из-за возникновения синдрома отмены у ребенка или синдрома серотонинэргической стимуляции, так как на протяжении всего срока беременности он получает дозу лекарств. Даже для взрослого человека отмена препаратов влечет за собой серьезные последствия. При отмене ингибиторов моноаминоксидазы наблюдается раздражительность, атаксия – нарушение согласованности движений различных мышц при отсутствии мышечной слабости, бессонница или сонливость, когнитивные нарушения, замедленная речь, в редких случаях доходит до галлюцинаций и персекуторного бреда. Когда происходит отмена трициклических препаратов, человека одолевают гриппоподобные симптомы, такие как озноб, повышенная потливость, тошнота, также прослеживается бессонница, двигательные расстройства, мания и сердечная аритмия. После отмены препаратов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина можно заметить также гриппоподобные симптомы, головокружение, бессонницу и раздражительность, в редких случаях нарушение концентрации внимания и памяти и двигательные расстройства [8]. Для новорожденного опасность такого явления выше в несколько раз. После рождения первые симптомы синдрома отмены проявляется в течение 24 – 48 часов. Отмечается лихорадка, тахипноэ – учащенное поверхностное дыхание, потливость, пронзительный крик, повышенный мышечный тонус, тремор – непроизвольное движение разных частей тела по типу дрожания, происходящих непроизвольно, спонтанный рефлекс Моро – рефлекс испуга, частое зевание и чихание, заложенность носа, диарея, неистовое сосание кулачков.

Рассматривая послеродовую депрессию, отметим схожесть симптоматики с обычным депрессивным расстройством с пониженным настроением, чувством тревоги, немотивированными страхами, подавленностью, апатичным состоянием [6; 7]. Одной из причин может стать начавшиеся еще до беременности эмоциональные колебания и тревоги, которые остро проявились в ослабленном послеродовом периоде, так называемая эндоморфная эндогенная депрессия. Такой вид заболевания зачастую имеет циклический характер и тенденцию повторения, в редких случаях исчезает. Другой причиной развития послеродовой депрессии могут стать психогенный вариант: нежелательная беременность, отсутствие социальной поддержки. Именно поэтому состояние роженицы в послеродовой период требует особого внимания как со стороны родственников, так и со стороны врачей.

Лечение депрессии после родов необходимо, так как нарушается общение матери с ребенком - контакт и диалог, дети подвержены развитию аутистических черт, нарушению психомоторики. В первую очередь ослабевает связь между матерью и ребенком, которые влекут проблемы с социальным взаимодействием, имеют долгосрочные последствия: угнетенные возможности регулирования эмоций и борьбы со стрессом, повышенный риск тревожных и депрессивных расстройств в более позднем возрасте [3; 4]. В лечении используются препараты группы СИОЗ – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина третьего поколения. В сравнении с трициклическими они действуют более мягко и не имеют таких побочных действий как сонливость, учащение пульса и других не менее неприятных симптомов. Примерами могут стать флуоксетин, пароксетин, циталопрам, флувоксамин, сертралин.

Проблема депрессивных расстройств в период вынашивания ребенка и его рождения является одной из серьезнейших ситуаций. Риск негативного влияния антидепрессантов доказан, но это не является поводом полного отказа от медикаментозной терапии при таком серьезном заболевании. При обращении к специалисту происходит взвешивание рисков для новорожденного и матери. Нельзя исключать помощь со стороны родственников – эмоциональную

поддержку и помощь в воспитании новорожденного. Главным правилом для успешного лечения является своевременная консультация у специалистов.

Библиографический список:

1. Усова Анна Андреевна, Напалков Игорь Вадимович, и Иванова Татьяна Ильинична. "Рациональная терапия депрессивных расстройств у беременных (обзор литературы)" Омский психиатрический журнал, no. 2 (12), 2017, pp. 19-23.

2. Сосунова Н.А. "Депрессия: найти и обезвредить" Здоровоохранение Югры: опыт и инновации, no. 3, 2015, pp. 5-9.

3. Гарнизов Т., and Хаджиделева Д. "Послеродовая депрессия" Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, no. 3, 2015, pp. 58-69.

4. Аргунова И.А. "Послеродовая депрессия. На стыке общей врачебной практики, акушерства и психиатрии" Российский семейный врач, vol. 14, no. 1, 2010, pp. 4-11.

5. Овсепян Арам Ашотович. "Депрессия: от лечения к профилактике" Трудный пациент, vol. 13, no. 3, 2015, pp. 46-49.

6. Молчанова И.В., Скворцов В.В., Индиченко М.А., Зотова А.В., and Луговкина А.А. "ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ" Медицинская сестра, vol. 20, no. 3, 2018, pp. 51-56.

7. Вознесенская Т.Г. "Антидепрессанты в неврологической практике" Трудный пациент, vol. 4, no. 3, 2006, pp. 50-54.

8. Сорокина И.Б. "Основные принципы проведения антидепрессивной терапии" Медицинский совет, no. 2, 2007, pp. 71-75.