

Аргунова И.А.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Смоленск, Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С ЖЕНЩИНОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИЕЙ, И ЕЕ СЕМЬЕЙ

В статье показаны особенности взаимодействия врача общей практики с женщиной, страдающей послеродовой депрессией, и ее семьей, основанные на психологическом тестировании, консультировании, патронаже.

Argunova I.A.

«Smolensk State Medical University» of the Russian Federation
Ministry of Health, Smolensk, Russia

THE PECULIARITIES OF INTERACTION BETWEEN GENERAL PRACTITIONER WITH A WOMAN SUFFERING FROM POSTNATAL DEPRESSION, AND HER FAMILY

The article is indicated to the features of interaction of the General practitioner with the woman suffering a postnatal depression, and her family, based on psychological testing, consultation, patronage.

Актуальность. Важным показателем состояния здоровья женщины в гестационном периоде является нормальный психологический статус, который обеспечивает ей душевное равновесие, энергетику, возможность решать свои социальные и семейные задачи, способствует регулярному посещению врача и комплаентности. Депрессия возникает у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, что обусловлено чисто женскими проблемами и служит доказательством зависимости психоэмоционального состояния от менструально-репродуктивной функции. По данным научных исследований, риск развития послеродовой депрессии (ПД) составляет 10-40%, депрессия во время данной беременности увеличивает его до 75% [1, 2]. Нередко начальные симптомы трактуются как следствие беременности или НЦД. Акушеры-гинекологи и врачи общей лечебной сети редко выявляют ПД, не получая даже элементарной подготовки по этой нозологии.

Бытовое отношение со стороны ближайших родственников к симптомам ПД, восприятие состояния мамы как капризов, истерик, лени при уходе за новорожденным и выполнении домашних обязанностей, усугубляет течение болезни. В результате женщина остается наедине со своим заболеванием, не имея ни поддержки в семье, ни медицинской помощи. Затяжная материнская депрессия ведет к плохому

уходу и вскармливанию, росту частоты синдрома внезапной смерти младенцев, расширенным суицидам, отставанию в развитии, психосоциальным отклонениям у детей [3].

Материалы и методы исследования. Были проанализированы результаты анонимного тестирования 100 беременных женщин с помощью «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» (EPDS), госпитализированных во ФГБУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска, проведенного с целью выявления группы риска развития ПД. EPDS является самоопросником из 10 утверждений, выявляющих неспособность смеяться, отсутствие удовольствия, чувство вины, тревогу, страх и панику, когнитивный дефицит, трудности засыпания, грусть, плаксивость, мысли о самоповреждении. Шкала высоко чувствительна, обладает прогностической ценностью и широко применяется в европейской клинической практике [1, 4].

Собственные исследования и обсуждение. Средний возраст обследованных составил $25,6 \pm 2,3$ года. 88% из них считали себя замужними, 12% – одинокими. У 64% женщин выявлялись экстрагенитальные заболевания: анемия – у 38%, гестационная гипертензия – у 22%, ИЦД – у 10%, гепатобилиарная патология – у 5%. Акушерско-гинекологические проблемы отмечались в 25%, болезни мочевыводящих путей – в 9%, варикозная болезнь вен нижних конечностей – в 3% случаев. Все женщины получали стандартную терапию преимущественно по поводу акушерской патологии, артериальной гипертензией или анемии. Сумма 12 и более баллов свидетельствовала о клинически значимой депрессии, суммарные баллы 8-11 расценивались как субклиническая депрессия [1, 4].

По результатам тестирования EPDS субклинические проявления депрессии диагностированы у 31% беременных, клинически значимая депрессия – лишь у 11% женщин (всего 42%). Из 42 пациенток с риском развития ПД у 67% отмечалась тяжелая жизненная ситуация, 17% были не замужем, а одна являлась юной первородящей. 26% женщин имело только школьное образование, 29% длительно получали гормональные контрацептивы или β -адреноблокаторы, способствующие развитию депрессии.

Пренатальная депрессия повышает риск ПД до 75%, поэтому так важно диагностировать психологические нарушения в дородовом периоде. Ожидание и рождение ребенка – важный этап становления семьи, требующий адаптации к новым условиям. Ребенок рождается, выписывается из роддома вместе с матерью, а чувство радости материнства к ней не приходит. Амимичное лицо, тусклый взгляд, моно-

тонный голос или чрезмерная эмоциональность, неряшливый вид, равнодушные женщины к детям и домашним обязанностям, необузданное жилище обязаны насторожить ВОП и медсестру при патронаже новорожденного [1, 2, 3, 5]. Хотя доктор не имеет много времени, он должен побеседовать с женщиной и родственниками, провести облегчающее диагностику психологическое тестирование и семейное консультирование. В анамнезе следует целенаправленно искать преморбидные черты личности женщины, тяжелый предменструальный синдром, стрессы, депрессию или психическое заболевание, семейную предрасположенность [1, 5]. Врач должен дифференцировать ПД с синдромом грусти рожениц («послеродовый блюз»), который испытывают 50-80% матерей. Ощущение грусти, колебания настроения после родов рассматриваются как вариант нормальной реакции, которая самостоятельно разрешается в течение 2-4 недель по мере гормональной стабилизации [1].

Доктору необходимо найти контакт с больной и ее близкими, проявлять симпатию и гибкий подход, осуществлять патронаж женщины и ее семьи. В процессе семейного консультирования патерналистскую модель общения с больной следует дополнять интерпретационной и совещательной моделями общения с ней и ее родственниками [5]. ВОП должен осведомить их о том, что ПД – это болезнь, характеризующаяся психологическими нарушениями, которые необходимо корректировать. Надлежит объяснить важность семейной поддержки, указать на возможность появления суицидальных мыслей и действий, необходимость их мониторинга, чтобы избежать самоубийства и расширенного самоубийства вместе с младенцем [1, 3, 5]. Осмысление женщиной своего состояния, его обратимости и опасности суицидальных наклонностей будет способствовать улучшению самоконтроля, пониманию нефатальности проблемы, сократит сроки выздоровления. Патронаж участковых медработников 2-3 раза в неделю на дому создает у больной ощущение безопасности и защищенности. Особое внимание надо уделить юным и одиноким пациенткам, находящимся в трудном семейном и материальном положении. Семье и друзьям следует рекомендовать облегчить больной ведение домашнего хозяйства, уход за новорожденным, доставлять возможность высыпаться и максимум положительных эмоций [1, 3, 5]. Хотя женщина утрачивает в силу ПД многие желания, она, внимая советам семейного врача, должна найти жизненные моменты, доставляющие ей удовольствие, стремиться к приятному общению, пребыванию на природе, получению двигательной аэробной нагрузки [1, 3, 5]. Полезны яркое

освещение в доме, светлые, красочные тона одежды и окружающей обстановки, любимая еда, прогулки при солнечном свете, доступные развлечения, контакты со здоровыми женщинами, имеющими грудных детей. Все это улучшает метаболизм гормонов радости и счастья.

Снижение настроения, тревожность, связанные с беременностью и родами, часто исчезают без лечения при отдыхе, заботливым уходе и участии. Если ПД не купируется через 3-4 недели, необходима специализированная психиатрическая помощь. Выраженная симптоматика требует психотерапии и лечения антидепрессантами, прерогативой назначения чего во время беременности и после родов обладает только психиатр [1, 5].

Выводы. Таким образом, согласно полученным данным почти половина беременных имеют риск развития ПД. В связи с этим необходимо обучать участковых терапевтов, врачей общей практики, роддомов и женских консультаций диагностике ПД, которая облегчается применением «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» и других психометрических самоопросников. Депрессия у женщины в периоде гестации создает кризисную ситуацию, требующую контактирования акушера-гинеколога, ВОП и психиатра. Психологическое тестирование, семейное консультирование и патронаж на дому являются особенностями взаимодействия ВОП с женщиной, страдающей ПД, и ее семьей.

Литература:

1. Аргунова И.А. Послеродовая депрессия. На стыке общей врачебной практики, акушерства и психиатрии // Российский семейный врач. – 2010. – № 1. – С. 8-12.
2. Мазо Г.Э., Татарова Н.А., Шаманина М.В. Влияние акушерско-гинекологической и эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 2. – С. 34-37.
3. Голубович В.В. Педиатрические аспекты материнской послеродовой депрессии. // Медицинская панорама. – 2003. – № 1. – С. 47-48.
4. Pop V.J., Komproe I.H., van Son M.J. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands // J. Affect. Disord. –1992. – V. 26 (2). – P. 105-110.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.