

enrichment in ntinatal myocardial protection. *Ann Thorac Surg* 2000;70:756-774.

26. *Lichtenstein S.V., Naylor C.D., Fiendel S.M., Sykora K. et al.* Intermittent warm blood cardioplegia. *Warm Heart Investigators. Circulation* 1995; 92:341-346.

27. *Liu R., Xing I., Miao N., Li W., Liu W., Lai Y., Luo I.* The myocardial pronektive effect of adenosine as an adjunct to intermittent blood cardioplegia during open heart surgery/ *Eur J Cardiovasc Surg* 2009; 36:1018-1023.

28. *Martin J., Craver J.M., Gott J.P., Weintraub W.C. et al.* Prospective, randomized trial of retrograde warm blood cardioplegia: myocardial benefit and neurologic threat. *Ann Thorac Surg* 1994;57:298-304.

29. *Menasche P.* Blood cardioplegia: do we still need to delute? *Ann Thorac Surg* 1996; 62:957-960.

30. *Mikaeloff P., Jegaden O., Montagna P., Ossete J.* Is continuous warm retrograde blood cardioplegia completely safe for coronary artery surgery? *Eur J Cardio-thorac Surg.* 1994; 84:569-575.

31. *Naylor C.K., Lichtenstein S.V., Fremes S.E.* Warm heart investigators. Randomized trial of normothermic versus hypothermic coronary bypass surgery. *Lancet* 1994;343:559-563.

32. *Pellitier L.C., Carrier M., Leclere Y., Cartier R.* Intermittent antergrade warm versus cold blood cardioplegia: a prospective, randomized study. *Ann Thorac Surg* 1994;581:41-48.

33. *Poling J., Rees W., Mantovani V., Klaus S.* Evaluation of myocardial metabolism with microdialysis during bypass surgery with cold blood- or Calafiore cardioplegia. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30: 597-603.

34. *Rergkiang C., Chetpaophan A., Chittihavorn V. et al.* Terminal warm blood cardioplegia in mitral valve replasment: prospertive study. *Asian Cardiovasc Thorac Annals* 2006; 14, 2, 134-138.

35. *Rosencranz E.R., Vinten J., Buckberg G.D. et al.* Benefits of normothermic indbction of blood cardioplegia in tnttry-depleted hearts, with mantenance of arrested by maldose cold blood cardioplegia infusions. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982;84:667-677.

36. *Sato H., Jordan J.E., Zhao S.Q., Sarvatham S.S., Venten-Johancen J.* Gradual reperfusion reduced infarct size and endothelial injury but arguments neutrophil accumulation. *Ann Thorac Surg* 1997; 64:1099-1107.

37. *Teoh K.H., Christakis G/T., Weisel R.D., Fremes S.E. et al.* Accelerated myocardial metabolic recovery with terminal warm blood cardioplegia (hot hot). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986;91:888-895.

38. *Tulner S.A., Klautz R.J., Engbergs F.H., Baxx J.J., Baan J.* Left ventricular function and chronotropic responses after normothermic cardiopulmonary bypass with intermittent antergrade warm blood cardioplegia in patients undergoin coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 27:599-605.

39. *Ugurlucan M., Zencirci E, Selimoglu O et al.* Pressure-regulated tepid blood reperfusion in patients undergoing emergency coronary revascularization after myocardial infarction. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2010; 18:402-403.

40. *Velez D.A., Morris C.D., Budde J.M. et al.* All-blood (Micriplegia) versus deluted cardioplegia in experimental surgical revascularization of evolving infarction. *Circulation* 2001; 104:296-302.

41. *Wallace A.W., Ratcliffe M.B., Nose P.S. et al.* Effect of induction and reperfusion with warm substrate-enriched cardioplegia on ventricular function. *Ann Thorac Surg* 2000; 70:1301-1307.

42. *Yasuda T., Kawasaki M., Sakakibara N. et al.* Ultrastructural assessment of the myocardium receiving intermittent antergrade warm blood cardioplegia. *Cardiovasc Sogr* 1998; 6:282-287.

BLOOD CARDIOPLEGIA IN HEART SURGERY IN CONDITIONS OF CARDIOPULMONARY BYPASS – LITERARY REVIEW

V.A. BUBNOV, B.B. CHERNYAK

The article considers myocardium protection while constantly developing technical possibilities of cardio-surgery concerning the correction of complex heart diseases being the issue of the day. Unsatisfactory myocardium protection is one of the key factors determining lethality in the early post-operative period at adequately performed surgical correction.

Key words: blood cardioplegia, heart, cardiopulmonary bypass.

УДК 617.586.6-009.7

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МЕТАТАРСАЛГИЙ

С.Ю. БЕРЕЖНОЙ*

В статье затрагиваются проблемы personnel центральной метатарсалии, являющейся одной из наиболее частых причин обращения за помощью пациентов с патологией стоп.

Ключевые слова: центральная метатарсалия, стопа, плюснефаланговый сустав.

Центральная метатарсалия – одна из наиболее частых причин обращения за помощью пациентов с патологией стоп. Стойкий болевой синдром может ограничивать физическую активность, затруднять ношение обуви, препятствовать нормальной ходьбе. Лечение, как правило, консервативное. При сохранении упорных болей на фоне консервативной терапии может быть предложено хирургическое лечение. Вмешательства выполняются на различных уровнях плюсневых костей. Самой распространенной остеотомией центральных плюсневых костей, на сегодняшний день, является операция Вейль: дистальная эпифизарная фиксированная остеотомия, позволяющая, в большинстве случаев, добиваться положительных результатов. Отрицательный момент данного вмешательства – вскрытие капсулы плюснефалангового сустава, способное провоцировать его контрактуру.

Материалы и методы исследования. В настоящем проспективном исследовании представлены результаты минимально инвазивной техники, применяемой для лечения статических метатарсалий и позволяющей избежать двух основных осложнений других операций: тугоподвижности и формирования ложного сустава. Вмешательство представляет собой чрескожную дистальную внесуставную нефиксированную остеотомию.

В исследуемую группу вошли 63 больных с клинической картины центральных статических метатарсалий (84 стопы), отобранных из 114 пациентов, оперированных по аналогичному поводу одним хирургом с декабря 2007 по ноябрь 2010г. Вошедшим в исследуемую группу больным не выполнялись корригирующие остеотомии 1 плюсневой кости, что явилось основным критерием отбора. Мужчин было 2 (2.4%). Средний возраст группы 54.6 г. (от 26 до 82 лет). Пациенты в возрасте от 50 до 59 лет составили 48.7%. В 6 случаях (7.1%) пациенты прооперированы по поводу метатарсалий, развившихся после ранее выполненных традиционными способами реконструктивных операций. Из этих 6 в 2-х случаях не производилось вмешательство на первом луче. Также вмешательство на первом луче не выполнено у 2-х пациенток (2 стопы, 2.4%) при первичных операциях, ввиду отсутствия вальгусной деформации 1 пальца. Во всех остальных случаях для коррекции первого луча выполнялась чрескожная операция, заключающаяся в экзостозэктомии головки 1 плюсневой кости, латеральном релизе первого плюснефалангового сустава и корригирующей остеотомии основной фаланги 1 пальца. В большинстве случаев выполнялось то или иное чрескожное вмешательство по поводу молоткообразной деформации средних пальцев. 16 пациенток одновременно прооперированы на второй стопе по поводу hallux valgus без симптомов центральной метатарсалии.

Хирургическая техника и послеоперационное ведение. Лечение метатарсалий заключалось в чрескожном выполнении косых дистальных метафизарных (субкапитальных) остеотомий. Количество пересекаемых костей определялось рентгенологической картиной и локализацией гиперкератозов: при наличии локального гиперкератоза под головкой 2 плюсневой кости и значительном (3мм и более) преобладании ее длины над длинами 1 и 3 плюсневых выполнялась остеотомия 2 плюсневой кости. При наличии гиперкератоза под головкой 2 плюсневой кости без значительного преобладания ее длины пересекались 2 и 3 плюсневые. В остальных случаях выполнялось вмешательство на 2-4 плюсневых костях. Остеотомия производилась под рентгенотелевизионным контролем через 3-4мм доступ, осуществлявшийся узким скальпелем с трехгранной заточкой типа Beaver. Лезвие скальпеля направлялось справа от оперируемой плюсневой кости параллельно сухожилиям разгибателей к месту субкапитальной остеотомии. Скальпелем производилась депериостизация области начала остеотомии, формировалось пространство для работы

* Филиал «Мединцентр» Главного Управления дипломатических кадров (ГлавУпДК) при МИД России; e-mail: main@medin.ru; тел. +79166366618

фрезой. При необходимости через этот же доступ осуществлялась удлиняющая тенотомия сухожилий разгибателей. В зависимости от диаметра пересекаемой кости использовались микрофрезы Shannon 2×12 или 2×8мм (рис.1).



Рис.1. Для выполнения чрескожных остеотомий использовались микрофрезы.

Относительно плюсневой кости фреза располагалась таким образом, чтобы плоскость остеотомии была направлена от тыло-подистального к подошвеннопроксимальному (рис.2).

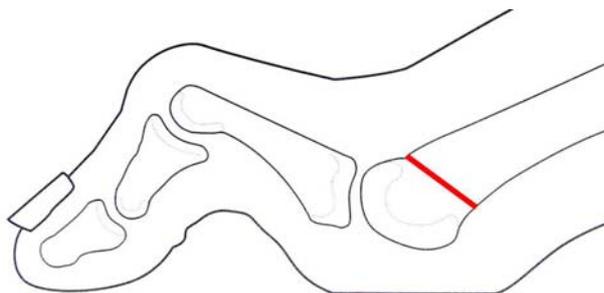


Рис.2. Направление плоскости остеотомии.

Остеотомия выполнялась круговым движением фрезы с точкой вращения в месте прокола кожи. Сначала пересекался ближний к фрезе боковой кортикальный слой плюсневой кости, затем подошвенный, далее – дальний от фрезы боковой и, в последнюю очередь, тыльный кортикаль. Завершение остеотомии контролировалось клинически (подвижность головки) и рентгеноскопически. Внутренняя фиксация остеотомированных фрагментов не производилась, что соответствует принципам чрескожной хирургии стопы [4], согласно которым под воздействием ранней нагрузки головки плюсневых костей находят свое идеальное положение. Раны ушивались лишь в редких случаях сохранения диастаза между краями входного отверстия. В конце операции накладывалась повязка с раздельной фиксацией каждого пальца. Обычно повязка менялась 2-3 раза с интервалом 7-10 дней. Срок фиксации в повязке определялся необходимостью удержания в нужном положении пальцев после вмешательства по поводу hallux valgus и молоткообразных деформаций. После операции только по поводу центральной метатарсалгии необходимости в повязке после заживления ранок (обычно 1 неделя) нет. Рекомендовалось ношение послеоперационной обуви на плоской ригидной подошве, позволявшей полную равномерную нагрузку на всю стопу, в течение 3-4 недель после операции. Выписка после вмешательства на одной стопе осуществлялась в день операции, на двух стопах – в тот же или на следующий день.

Контроль результатов операций осуществлялся через 3, 6 месяцев и 1 год. Далее – по возможности (рис.3).

Для оценки использовался критерий удовлетворенности результатом вмешательства на центральных плюсневых костях, то

есть, пациенту предлагалось охарактеризовать эффективность устранения болей в переднем отделе стопы и неприятных ощущений, связанных с наличием натоптышей (доволен, удовлетворен, не удовлетворен). Оценивалась подвижность плюснефаланговых суставов: норма, умеренно ограничена, резко ограничена. Также оценка производилась с применением шкалы Kitaoka до и после операции. Фиксировались осложнения.

Результаты и их обсуждение. Средний срок наблюдений составил 14 месяцев (от 6 до 24). Остеотомия 2 плюсневой кости выполнена в 33 случаях (39.3%), 2-3 плюсневых в 28 (33.3%) и 2, 3, 4 плюсневых в 23 случаях (27.4%).

Пациенты оказались довольны результатом 53 операций (63.1%), удовлетворены в 28 случаях (33.3%), в 3 случаях (3.6%) не удовлетворены. Средняя оценка по шкале Kitaoka: до операций 54.3 балла, после операций 90.1 балла. Средний прирост составил 35.8 балла.

Нормальная подвижность центральных плюснефаланговых суставов при осмотре через 6 месяцев зафиксирована в 69 случаях (82.1%), умеренное ограничение – на 15 стопах (17.9%). Развития резко выраженной тугоподвижности не отмечено. 2 стопы (2.4%) потребовали повторного вмешательства из-за сохранявшейся центральной метатарсалгии. В одном случае после выполнения остеотомий 2-3 плюсневых костей натоптыши под их головками исчез, зато появились болезненность и гиперкератоз под головкой 4 плюсневой. Через 10 месяцев выполнена ее чрезкожная субкапитальная остеотомия. В другом случае отмечено значительное улучшение в виде уменьшения болей и гиперкератозов у пациентки с грубейшей деформацией обеих стоп после остеотомии 2-4 плюсневых костей. Однако болезненность при длительной ходьбе продолжала беспокоить. Поэтому, при выполнении операции на второй стопе (через 7 месяцев после первой), произведены реостеотомии 2-4 плюсневых. Еще у одной пациентки сохранившиеся болезненные ощущения и гиперкератозы были обусловлены не только патологией стопы, но и контрактурой голеностопного сустава вследствие его посттравматического артроза. Повторное вмешательство не производилось. В двух случаях отмечена переходная метатарсалгия на 5 плюсневую кость после остеотомии 2-4 плюсневых с интенсивностью болевых ощущений на уровне дискомфорта, не потребовавшая хирургического лечения. Бессимптомные гиперкератозы, ставшие менее грубыми с момента операции, к последнему осмотру сохранились у 5 пациентов (6%). Формирования псевдартрозов и инфекционных осложнений не отмечено. Поверхностные ожоги в виде отслойки эпидермиса по краям проколов кожи образовались в ходе 3 вмешательств (3.6%) на этапе освоения метода. Ни в одном случае это не потребовало внесения изменений в послеоперационное ведение больных и не отразилось на эстетическом результате операций. Отек стопы до осмотра через 3 мес. сохранился в 16 случаях (19%), к 6 мес. – на 1 стопе (1.2%).

До настоящего времени имеются немногочисленные публикации, посвященные данной технике. Объективизация результатов подобной операции сложна. Принятые шкалы (Kitaoka, AOFAS) включают в себя, в том числе, оценку параметров, не связанных с вмешательством на центральных плюсневых костях. Кроме того, общий результат во многом определяется успехом вмешательства по поводу hallux valgus. Чтобы минимизировать влияние операции на первом луче на результат вмешательства по поводу центральной метатарсалгии, мы отобрали в исследуемую группу пациентов, которым не выполнялись остеотомии первой плюсневой кости. Таким образом, изменение взаимоотношений длин плюсневых костей и взаиморасположения их головок определялось только вмешательством на центральных плюсневых костях.

Клинические характеристики пациентов представленной серии по основным параметрам совпадают с данными других публикаций, посвященных дистальным и диафизарным остеотомиям центральных плюсневых костей. Большинство составили женщины 6 десятка [1,4-6,8-12], оперированные одновременно на 1 луче. Средняя оценка по шкале Kitaoka до операции 54.2 балла – сопоставима с другими сериями [3,7,14]. Средняя послеоперационная оценка по шкале Kitaoka 90.1 балла чуть ниже, чем в исследованиях дистальных метафизарных остеотомий Darcel [3] (92.3 балла) и Bauer [1] (97 баллов). Однако средний рост оценки по шкале Kitaoka 35.8 балла практически совпадает с результатами этих исследований и сравним с лучшими опубликованными сериями. 96.4% пациентов довольны или удовлетворены резуль-

татом этапа операции, направленного на устранение метатарсалгии. Данный показатель является высоким, однако, не сопоставим с результатами других исследований, поскольку в них не проводилась подобная изолированная оценка отдельного этапа операции. Подвижность плюснефаланговых суставов сохранена в 69 случаях (82.1%). Грубой тугоподвижности не отмечено. Darcel [3], также исследовавший дистальную метафизарную остеотомию, зафиксировал сохранение нормальной подвижности плюснефаланговых суставов в 85% и развитие резко выраженной контрактуры в 0.5% случаев. Jarde [10], использовавший технику Weil, получил в 19% случаев выраженное ограничение подвижности плюснефаланговых суставов. Внесуставной характер дистальных метафизарных остеотомий, возможно, является ключевым моментом в сохранении подвижности плюснефаланговых суставов. Еще одно осложнение остеотомии Weil – отсутствие контакта пальцев с опорой в положении стоя (“floating toe”), отмечается в 25-40% случаев [6,13,15]. Данное состояние не характерно для выполняемых чрескожно дистальных метафизарных остеотомий.



Рис. 3. Пример чрескожной субкапитальной остеотомии 2-3 плюсневых костей (фрагменты рентгенограмм): а – до операции; б – сразу после; в – через 3 месяца; г – через 6 месяцев после операции: консолидация костных фрагментов.

Ни в одном случае нами не зафиксировано формирование ложного сустава, что сопоставимо с результатами других исследований (1 ложный сустав на 222 операции в серии Darcel [3] и ни одного на 90 стоп в серии Bauer [1]). Для диафизарных остеотомий формирование ложных суставов является характерным осложнением [12,15].

Самым частым осложнением оказался сохранявшийся у 19 пациентов (16%) до 3 мес. после операции отек стопы. Отек являлся транзитным и к 6 месяцам оставался лишь у одного больного. Зафиксированная нами частота послеоперационных отеков сопоставима с данными других исследований [1,2,3]. Darcel с соавторами [3] полагают, что отеки после дистальных метафизарных остеотомий являются специфическим осложнением

чрескожной хирургии, не влияющим на конечный результат и до настоящего времени не получившим адекватной оценки и объяснения. В свою очередь, Bauer [1] предложил рассматривать отеки как характерный признак послеоперационного периода, а не осложнение. Мы полагаем, что отеки после выполняемой через прокол кожи остеотомии могут являться проявлением синдрома замкнутого пространства, развивающегося вследствие ограничения оттока раневого отделяемого из зоны операции.

Переходная метатарсалгия зафиксирована после 3 операций: в одном случае – под головку 4 плюсневой кости после остеотомии 2-3 плюсневых и в двух случаях – на 5 луч после остеотомии 2-4 плюсневых. В обоих последних случаях метатарсалгия проявлялась увеличением выбухания к тылу головки 5 плюсневой кости и дискомфортом в этой области. Повторное вмешательство не потребовалось. Наш подход к выбору количества остеотомий отличался от рекомендованного De Prado [4]: при наличии локального гиперкератоза несколько дистальнее головки 2 плюсневой кости и значимом преобладании на рентгенограммах ее длины над длинами 1 и 3 плюсневых, что характерно для толчковых метатарсалгий, мы допускаем выполнение остеотомии только 2 плюсневой. Ни в одном случае мы не отметили развития переходной метатарсалгии после изолированной остеотомии 2 плюсневой кости, что, на наш взгляд, подтверждает правильность избранной нами тактики.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование демонстрирует, что чрескожная дистальная метафизарная нефиксированная остеотомия центральных плюсневых костей является эффективным и воспроизводимым методом лечения статических метатарсалгий, позволяющим в значительном проценте случаев добиваться удовлетворенности пациентов и значительного роста индекса Китаока (AOFAS). Полная подвижность плюснефаланговых суставов сохраняется более чем в 82% случаев. Частота осложнений низкая и сходна с данными других опубликованных исследований. Преходящие отеки относительно часты, однако не оказывают влияния на конечный результат. Техника достаточно проста и в подавляющем проценте случаев допускает амбулаторное лечение. Предложенный нами подход к определению количества остеотомий показал свою эффективность и сделал вмешательство еще менее травматичным.

Литература

1. Bauer T. Distal metatarsal mini-invasive osteotomy for the treatment of metatarsalgias: a prospective study of 98 feet // *Orthopaedics and Traumatology*. – 2009. – Vol. 96, Issue 4. – P. 407-416.
2. Besse J.I. Comparative study between Weil osteotomy and distal metatarsal mini-invasive osteotomy // *Int. Orthop.* – 2009. – Vol.31, Issue 4. – P. 1079-1082.
3. Darcel V., Villet L., Chauveux D., Laffenetre O. Treatment of static metatarsalgias by distal percutaneous osteotomies: a prospective study of 222 feet. // *J. Bone Joint Surg.* – 2008. – Vol. 62B. – P. 212-216.
4. De Prado M., Ripoll P.L., Golano P. Cirugia percutanea del pie. // Masson, 2003, P. 167-180.
5. Helal B. Metatarsal osteotomy for metatarsalgia // *J. Bone Joint Surg. Br.* – 1957, – Vol. 57, – P. 187-192.
6. Hofstaetter S.G. et al. The Weil osteotomy: a seven-year follow-up. *J. Bone Joint Surg. Br.* 2005, 87: 1507-1511.
7. James R. Gait Analysis: Principles and Applications // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 1995, – Vol. 77, – P. 1607-1623.
8. Jarde O. Osteotomies basimetatarsiennes (metatarsiens lateraux) // *Rev. Chir. Orthop.* – 2003, – Vol. 89 (suppl. 5), – P. 120-121.
9. Jarde O. et al. Gauthier's subcapital osteotomy in the treatment of metatarsophalangeal luxation of the 2nd ray. Apropos of 44 cases with 5 year follow up // *Acta Orthop. Belg.* – 1999, – Vol. 65, – P. 503-509.
10. Jarde O. et al. Weil's cervicocapital osteotomy for median metatarsalgia. Report of 70 cases // *Acta Orthop. Belg.* – 2001, – Vol. 67, – P. 139-148.
11. Jarde O. "Chevron" basal osteotomy of the middle metatarsal bones for static metatarsalgia. Apropos of 69 cases // *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.*, – 1996, – Vol. 82, – P. 437-445.
12. Jarde O. Metatarsalgia and modified Helal's operation. Apropos of a series of 40 cases // *Ann. Chir.* – 1993, – Vol. 47, – P. 348-351.
13. Kitaoka H., Patzer G.L. Chevron osteotomy of lesser metatarsals for intractable plantar callosities // *J. Bone Joint. Surg. Br.* –

1998, – Vol. 80, – P. 516-518.

14. Lauf E., Weinraub G.M. Asymmetric “V” osteotomy: a predictable surgical approach for chronic central metatarsalgia // J. Foot Ankle Surg. – 1996, – Vol. 35, – P. 550-559.

15. Trnka H.J. Metatarsalgia. Treatment of the dorsally dislocated metatarsophalangeal joint // Orthopade. – 2000, – Vol. 29, – P. 470-478.

THE POSSIBILITIES OF MINIMAL INVASIVE SURGERY IN TREATING CENTRAL METATARSALGY

S.YU. BEREZHNOY

“Medintsentr” Branch of the Principle Board of Diplomatic Personnel of the Ministry of Foreign Affairs, Moscow

The article highlights the problems of central metatarsal osteotomy being one of the most frequent reasons of seeking help by patients with foot pathology.

Key words: central metatarsalgia, foot, metatarsophalangeal joint.

616.89-008.44

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Д.М. ИВАШИНЕНКО, С.В. КУЛТЫГИНА*

В статье представлены результаты исследования, в ходе которого была установлена распространенность послеродовой депрессии у пациенток. Наиболее частые симптомы послеродовой депрессии – нарушение сна, аппетита, тревога, плаксивость. Наличие прерывания беременности в анамнезе гинекологических заболеваний, преждевременных родов, хронического пиелонефрита и осложнений со стороны плода повышает риск развития послеродовой депрессии. **Ключевые слова:** послеродовая депрессия, шкала Монтгомери-Асберга, Эдинбургская шкала, симптомы.

Послеродовая депрессия (ПД) представляет собой огромную проблему для органов здравоохранения, поскольку показатель ее распространенности, по данным эпидемиологического анкетирования, колеблется от 10 до 15%. ПД рассматривается как фактор, воздействующий на развитие ребенка в ранний период его жизни и частично определяющий его будущее [2].

Огромную роль на психическое здоровье женщины оказывают социальные, психологические, межличностные и биологические факторы. У женщин с низким социально-экономическим статусом материнство, по-видимому, является тем событием, которое часто сопровождается депрессией. Материнство – переходный, кризисный период, в котором вновь вступает в игру непостоянство, изменчивость идентификации женщины и матери.

Для женщин, страдающих послеродовыми депрессиями, характерно отсутствие желания обращаться за помощью. Это можно объяснить глубоким чувством виновности, которое они испытывают, сталкиваясь с трудностями, связанными с уходом за ребенком. Тревожные расстройства, часто наблюдаемые у рожениц, могут приводить к «избегающему» поведению, отказу от каких бы то ни было социальных контактов, нарушению взаимоотношений с ребенком. Данные обстоятельства приводят к тому, что процент выявления депрессий в послеродовом периоде остается весьма низким. По данным различных авторов нераспознанными остаются от 50 до 90% послеродовых депрессий не-психотического уровня [1].

Однако, очевидно, что депрессия, возникающая после рождения ребенка, атипична, в частности в перинатальном периоде среди матерей отмечается меньшее количество самоубийств. Учитывая то, что женщины во время материнства постоянно контактируют со специалистами, послеродовый период дает более благоприятные возможности для выявления и лечения депрессии [2].

Во время обследования матери чаще всего обнаруживаются следующие симптомы депрессии: тревога; субъективное чувство печали и грусти; отсутствие сил; плаксивость; бессонница; нарушения аппетита.

По данным литературы, материнская депрессия оказывает большее влияние на развитие ребенка в первые месяцы его жизни,

чем в любом другом возрасте [2]. Поэтому мы считаем особенно важным выявление группы матерей, имеющих признаки ПД, для последующего лечения.

Цель исследования – анализ распространенности ПД; изучение отношения женщин к психиатрической помощи; анализ психопатологической структуры депрессивных расстройств при наличии акушерской патологии; изучение особенности медико-социальных характеристик пациентов с ПД по сравнению со здоровыми женщинами.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе МУЗ «Родильный дом №1» г. Тулы. На момент обследования женщины жалоб не предъявляли. Анкетирование проводилось на 3-5 день послеродового периода. Роды протекали без осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода. Средний возраст женщин – 26,5±5,8 лет, от 19 до 38 лет. Первородящие составляют 62,5%, повторнородящие – 37,5%.

Проведено:

1. Ретроспективный анализ 80 индивидуальных карт беременных и историй родов,

2. Проспективный анализ 80 разработанных нами анкет, включающих стандартные методики:

- Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS).

- Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (ЭШПД); относится к субъективным шкалам и применяется для скринингового выявления депрессивных расстройств у женщин в послеродовом периоде.

- Методика оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey».

3. Обработка полученных данных методами математической статистики с использованием программ Statistica 7.0 и MS Excel 2003.

Ход исследования:

Критерий высокого риска наличия депрессии: более 15 баллов – по шкале MADRS, более 12 баллов – по ЭШПД. По результатам анализа анкет, у 14 женщин из 80, что составляет 17,5% от общего числа обследованных матерей, было выявлено наличие депрессии (рис.1).



Рис. 1. Распространенность ПД.

В ходе исследования все пациентки были разделены на две клинические группы (I и II). Первую группу (основную) составили пациентки с наличием ПД (n=14). Во вторую (контрольную) группу (n=66) были включены женщины в послеродовом периоде без признаков депрессии. В дальнейшем анализ проводился внутри каждой из групп. Средний возраст пациенток I группы составил 25,4±6,8 лет, II группы – 26,7±5,6 лет. Возрастной состав обеих групп достоверно не различался.

В табл. 1 приведены факторы, которые могут оказывать влияние на эмоционально-психическое состояние женщины, и их частоты в обеих группах.

По данным нашего исследования, значения показателей VT и MH в I группе были значимо ниже, чем во II.

В I группе с признаками ПД были выявлены следующие симптомы депрессии (рис. 2):

1. нарушение сна
2. нарушение аппетита
3. тревога
4. субъективное чувство печали и грусти
5. отсутствие сил
6. плаксивость

* Тульский государственный университет, медицинский институт, лечебный факультет, кафедра внутренних болезней, 300600, Тула, Болдина, 128