

Послеродовые психозы (обзор литературы)

О.В. Голяновский, А.А. Падалко, В.В. Мехедко, М.В. Хименко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

В статье представлен обзор данных отечественной и зарубежной медицинской литературы по вопросам этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения различных форм послеродовых психозов. Акцентировано внимание на роли ранней диагностики и профилактики послеродовых психозов на этапе родовспомогательных учреждений.

Ключевые слова: послеродовые психозы, беременность, роды.

Послеродовой психоз – это серьезное осложнение, которое возникает в период после родов, иногда на фоне полного благополучия, но без адекватного лечения может привести к катастрофическим последствиям (смерти новорожденного или самой женщины). Важно, что неотложная психиатрическая помощь нужна именно в начальной стадии психоза. Еще Гиппократ и К. Гален обозначили причину послеродовых психозов как нарушение отделения лохий: «горячая кровь после родов попадает женщине в голову и вызывает психоз». Эти представления были распространены вплоть до XVIII века [1, 5].

Основное, что характеризует большинство исследований послеродовых психозов XIX века, – отсутствие у авторов сомнений в наличии непосредственной причинной связи между беременностью, родами, лактацией и развившимися в этот период психозами. При этом многие авторы рассматривали послеродовой психоз как единое заболевание с более или менее характерной клинической картиной. Большая роль в его происхождении нередко отводилась «аутоинтоксикации» [1, 5].

С середины XX столетия инфекционная теория утратила свое доминирующее значение. К настоящему времени стали говорить о самостоятельном «послеродовом (пуэрпераль-

ном) психозе», непосредственно связанном с эндокринно-диэнцефальными нарушениями в послеродовой период и во время лактации. Многие исследователи рассматривают роды как «соматопсихический стресс», что приводит к нарушению эндокринно-гормонального баланса, который способствует развитию психоза.

Во второй половине XX века большое внимание уделялось эпидемиологическим исследованиям и изучению связи между различными демографическими переменными и психическими нарушениями в послеродовой период, в частности послеродовой депрессии [1, 5].

Таким образом, накопленные к настоящему времени данные об этиологии и патогенезе послеродовых психических расстройств свидетельствуют, что последние представляют собой гетерогенную группу. Своеобразие гормональных изменений в послеродовой период позволяют предположить, что именно эндокринный фактор может привносить специфические черты не только в патогенез, но и в клинику послеродовых психических расстройств.

Согласно диагностическим критериям **DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), **психические расстройства послеродового периода** определяют как расстройства, начало или обострение которых происходит в послеродовой период (до 42 суток после родов) [1, 5, 13]. Частота развития послеродового психоза составляет 1:500 – 1000 родов [1, 13, 15]. Виды послеродовых психозов приводятся в табл. 1.

Беременность и роды как явления физиологические сами по себе у здоровой, уравновешенной женщины не могут быть причиной психоза, за счет стабилизирующего влияния плацентарных гормонов и физиологических изменений в ЦНС

Таблица 1

Виды послеродовых психозов [1, 5]

Диагностические критерии	Группы послеродовых психических расстройств		
	Обостряющиеся психические заболевания	Инфекционно-токсические психозы	Соматореактивные психические расстройства
Виды психических расстройств	Шизофрения; аффективные психозы (маниакальные, депрессивные или смешанные состояния)	Аментивный синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Легкие неврозоподобные расстройства • Послеродовые аффективные расстройства • Тяжелые послеродовые психозы (бредовый, кататонический, острый парафренный, Кандинского-Клерамбо синдромы и др.)
Патогенетический механизм	Роды – пусковой механизм психоза. Гормональный фон и послеродовой период способствуют патологическим изменениям	Связаны с инфекционно-воспалительными послеродовыми заболеваниями	Группа расстройств патогенетически связана с нарушениями гормональной регуляции процесса родов и послеродового периода, эндокринный фактор играет здесь основную роль
Этиологический и предрасполагающий фактор	Наличие психического заболевания до беременности или генетическая предрасположенность. Роды являются "пусковым механизмом"	Акушерские: мастит, эндометрит, метроэндометрит. Неакушерские: инфекции, не связанные с родами (туберкулез, пневмония, тонзиллит и др.)	Основная роль – эндокринологические факторы*. Эндокринная перестройка организма в послеродовой период (снижение плацентарных гормонов, выделение пролактина и т.д.)

Примечания: *Исследователи из Национального Института Здоровья (США) считают, что одним из основных эндокринных факторов, влияющих на течение послеродового периода принадлежит аденокортикотропному гормону (АКТГ).

(снижение возбудимости коры головного мозга и за счет снижения мозгового кровотока на 25–40%) [10]. Считается, что уровень возникновения тяжелых психических расстройств в период беременности такой же или более низкий по сравнению с вероятностью возникновения этих расстройств у небеременных, однако частота возникновения психических расстройств резко повышается после родов, превышая частоту таких расстройств у нерожавших, что связывают со снижением плацентарных гормонов и с восстановлением функции желез внутренней секреции [1, 16]. По данным некоторых авторов, риск развития психоза в 35 раз выше в послеродовой период, чем в другие периоды жизни женщины [12].

Факторы риска возникновения послеродового психоза [1, 5, 11, 14]

- Чаще болеют первородящие и женщины молодого возраста. В 86% случаев психические расстройства возникают после первых родов в возрасте 18–29 лет, а пик заболеваемости – в 20–24 года.
- Женщины, страдающие биполярными аффективными расстройствами или перенесшие послеродовой психоз, находятся в группе повышенного риска развития послеродовых психозов (встречаются чаще в 3 раза).
- Отягощенная наследственность наблюдается у 40–50% пациенток (наличие психических заболеваний у родственников первой 1–2 степени родства).

Предрасполагающие факторы

Психологические травмы (семейная дисгармония, одиночество, смерть близких людей, проблемы с новорожденным). Осложнения и патология родов (затяжные роды, разрывы влагалища и промежности, инструментальные роды, выраженный болевой компонент).

- Тяжелые формы поздних гестозов.
- Тяжелая анемия (гемоглобин <70 г/л).
- Инфекционные процессы.
- Астеновегетативные расстройства.
- Алкоголизм и курение.

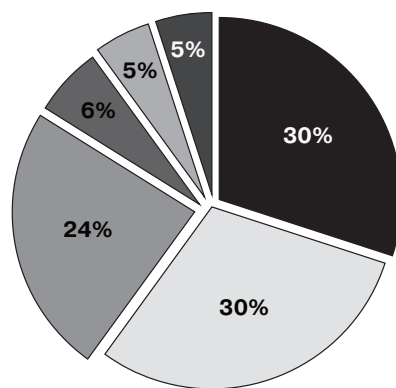
В III триместре беременности уровень содержания АКТГ в крови женщин начинает быстро расти (повышенный синтез плацентой – увеличение уровня приблизительно в 3 раза). Столь значительное увеличение уровня кортикотропина в крови эффективно влияет на подавление стресса при беременности и в родах. Сразу после родов его уровень снижается и в течение 6 нед остается низким (в 50 раз ниже, чем при беременности), и лишь позднее начинает приходить к норме, т. е. к уровню, предшествовавшему периоду беременности [1, 2].

Клинические проявления

Несмотря на большой полиморфизм психопатологических расстройств при тяжелых послеродовых психозах, отсутствие четких клинических отличий между отдельными синдромами, выделяют ряд характерных психопатологических синдромов (рисунк).

1. Неврозоподобные расстройства. В качестве наиболее распространенных послеродовых психических нарушений, описывают различные неврозоподобные расстройства, которые относятся к легким послеродовым психозам. Один из наиболее часто встречаемых – «материнская грусть» или «послеродовые блюзы» (maternityblues). Эти расстройства встречаются у 50–70% родильниц. Это непродолжительные (7–10 дней) эмоциональные расстройства, начинающиеся сразу после родов и достигающие пика на 3–4-й день послеродового периода.

В клинической картине доминируют: периоды раздражительности, эмоциональной лабильности, беспричинной слезливости и неустойчивого настроения. Часто пациентки говорят о «спутанности сознания», что не подтверждается



- Аффективный синдром
- Аффективно-бредовый синдром
- Кататонический синдром
- Синдром Кандинского-Клерамбо
- Острый парафренный синдром
- Полиморфная психопатологическая картина

Психопатологические виды тяжелых послеродовых психозов

результатами тестирования когнитивных функций (от латинского «cognitio» – познание).

Симптомы развиваются стереотипно, начиная с первого дня. Женщина ощущает усталость, слабость, отсутствие аппетита, неспособность сосредоточиться, нарушения сна. Иногда наблюдается легкая растерянность и дезориентация. В первые 3 дня наблюдается эйфоричное состояние (радостное, приподнятое настроение, чрезмерная словоохотливость) как реакция на рождение ребенка. На 4-й день возникает подавленное настроение, возбуждение, беспокойство, раздражительность, плаксивость. Переход настроения от депрессии к эйфории и наоборот возможен в течение одного часа.

Эта категория пациенток требует особого внимания со стороны медицинского персонала, умения оценить их состояние, найти к ним подход, провести конструктивную беседу. При нарушении сна – назначить препараты, обладающие седативным и снотворным эффектом (предпочтительно на основе лекарственных трав); при нарушении аппетита – уговорить поесть. За женщинами с послеродовыми блюзами следует вести наблюдение, пока не наступит полного выздоровления, так как с похожих симптомов могут начаться более серьезные психические нарушения [2, 5].

2. Аффективные расстройства. Классический вариант аффективных расстройств – биполярное расстройство с чередованием депрессивных и маниакальных состояний (фаз). Аффективные расстройства чаще всего начинаются на первой неделе после родов (70%), у некоторых больных – на второй (23%), редко – на третьей (3,5%) и в более поздние сроки (3,5%). Все они достоверно чаще возникают весной и осенью (62%), реже – зимой и летом (38%). Волнообразность течения при этой форме послеродового психоза встречается реже (16% пациентов), чаще наблюдается превалирование одной из фаз, чему способствуют (у 35% случаев) ситуационные (психотравмирующие) моменты (угроза выкидыша, осложненные роды, послеродовой метроэндометрит, мастит и др.) [5].

Депрессивная фаза представлена триадой симптомов: подавленное настроение, замедленное мышление и двигательная заторможенность. Также для этого состояния характерны расстройства сна: бессонница, неглубокий сон с частыми пробуждениями; отсутствие аппетита. Депрессивным состояниям присущи колебания настроения в течение суток с ухудшением общего состояния в вечернее время суток.

Классификация депрессивного синдрома [3–5]

По степени тяжести	Легкой степени Средней степени Тяжелые
Варианты течения	<ul style="list-style-type: none"> • Единственный депрессивный эпизод • Повторяющаяся (рекуррентная) депрессия • Биполярные расстройства (смена депрессивных и маниакальных фаз)
В соответствии с клиническими проявлениями	<p>А. Простые депрессии:</p> <p>– Меланхолические (тоскливые). В клинике на основное место выходит гнетущая безысходная тоска, сопровождающаяся неприятными ощущениями в эпигастрии и области сердца. Все окружающее пациентки воспринимают в мрачном свете. Больные целые дни проводят в однообразной позе: часами сидят, низко опустив голову, лежат в постели; движения их крайне замедлены; стремление к деятельности отсутствует.</p> <p>– Тревожные</p> <p>1) Тревожно-ажитированные. Преобладает эмоциональное возбуждение, сопровождаемое чувством тревоги и страха, переходящее в двигательное беспокойство.</p> <p>2) Заторможенные. В клинике на первый план выходит чувство тоски, тревожно-тоскливое содержание мышления и двигательная заторможенность. Возникает чувство самообвинения и суицидальные мысли.</p> <p>– Анестетические. Преобладание в картине болезни психической анестезии (утрата эмоциональных реакций).</p> <p>– Динамические. На первый план выступают: повышенная слабость, бессилие, невозможность или затруднение в выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, стремления к деятельности.</p> <p>– Апатические. На первый план выступают невозможность выполнения умственных или физических нагрузок всех видов психической активности.</p> <p>– Дисфорические. На фоне сниженного настроения возникают раздражительность, гневливость, агрессивность.</p> <p>– Депрессия с навязчивостями. Встречаются навязчивые мысли и представления, разнообразные страхи, опасения и влечения.</p> <p>Б. Сложные депрессии:</p> <p>– Сенесто-ипохондрические. При данном варианте аффективные расстройства отступают на второй план, а ведущими становятся жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела.</p> <p>– Депрессии с бредом, галлюцинациями и кататонией.</p>

Чем тяжелее депрессия, тем менее выражены колебания настроения в течение дня. Классификация депрессивного синдрома приведена в табл. 2.

Кроме жалоб пациентки, нужно обращать внимание и на внешние признаки депрессии (выражение лица, голос, моторика). Лицо приобретает скорбное выражение: взгляд грустный, уголки рта опущены, углублены носогубные складки; голос – жалобный, тихий; замедляются движения и реакции [3–5]. Хотя некоторые авторы описывают послеродовые депрессии, как «**улыбающиеся**», характеризующиеся внешней видимостью «нормальности» [9].

Депрессии в послеродовой период отличаются своей атипичной картиной, полиморфизмом и разной степенью тяжести. Только у 20% пациентов наблюдается типичная меланхолическая форма с классической депрессивной триадой. Страх за ребенка и чувство вины перед родственниками, наблюдающиеся в инициальный период психоза, в дальнейшем могут переходить в чувство отчужденности от них, вражды и агрессии. Продолжительность послеродовых депрессий обычно составляет от 1,5 до 3–4 мес [2, 5].

Маниакальная фаза характеризуется наличием триады симптомов: повышением настроения, ускорением мыслительных процессов и повышением двигательной активности. Маниакальные состояния в послеродовой период протекают атипично. Начинаются они, как правило, с нарушения сна, чрезмерной говорливости, приподнятого или дурашливого настроения, сочетающегося с раздражительностью и даже агрессией. В моторике наблюдаются разнообразные стереотипии. Для мышления характерны: непоследовательность, переоценка своих сил, возможностей, бред величия и отсутствие критики. Половина женщин высказывают суицидальные мысли, из них 16% совершают суицидальные попытки [5].

Обобщая все данные, следует подчеркнуть, что доля больных с аффективными расстройствами при послеродовых психозах довольно значительна (30%). В клинической картине преобладают депрессии (85%). Также при аффективной патологии выделяется группа больных, у которых психическая картина развивается медленно и продолжительность аффективного приступа затягивается до 5 мес. Эта же группа пациентов очень опасна в отношении суицидов! [5].

3. Аффективно-бредовый синдром. В основе этого синдрома лежит обязательное наличие аффективных расстройств разной степени выраженности (депрессия, мания, страх, тревога и др.) и бредовых идей.

В эмоциональной сфере доминируют растерянность, тревога, страх. Настроение большинства пациенток характеризуется скорее подавленностью, чем витальной депрессией. Редко встречаются и типичные маниакальные состояния.

Бредовые идеи характеризуются незавершенностью и разноплановостью. Чаще других встречается бред преследования, колдовства, ипохондрический, инсценировки. Меняется и отношение женщины к новорожденному, от бесчувствия и до раздражения, неприязни. Суицидальные мысли и попытки встречаются реже, чем при аффективных расстройствах. В их мотивации бредовая аргументация преобладает над депрессивной.

Данная группа психических расстройств чаще возникает на первой неделе послеродового периода (72%), реже – на второй (20%) и в более поздние сроки (8%). Средняя продолжительность данного синдрома составляет 2–3 месяца. В 42% случаев наступает полное выздоровление, в 55% – улучшение без потери трудоспособности, в 3% – улучшение с потерей трудоспособности [5].

4. Кататонический синдром. Это психопатологический синдром (группа синдромов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства, характеризующиеся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

Кататонический ступор проявляется двигательной заторможенностью, повышением мышечного тонуса, мутизмом (отказ от речевого общения при отсутствии органических поражений речевого аппарата).

Кататоническое возбуждение проявляется постепенным или внезапным развитием двигательного и речевого возбуждения (бывает не при всех формах) [3].

Кататонические расстройства начинаются чаще всего на первой неделе послеродового периода (68%), реже – на второй (26%) и позже (6%). У большинства пациенток (77%) в послеродовой период развивается кататоническое возбуждение с негативизмом, недоступностью контакта, разорванностью мышления, стереотипиями речи и движений, импульсивностью, стелестопными движениями могут приближаться к гиперкинезам. Также в клинической картине имеют место галлюцинации (зрительные и слуховые). Почти у половины больных (45%) отмечается повышение температуры тела – от субфебрильных до фебрильных цифр. Практически во всех случаях температура тела нормализуется через одну-две недели.

Из других особенностей кататонического синдрома в послеродовой период следует отметить волнообразность течения (48%). Обычно на фоне наметившегося улучшения внезапно, без видимой причины, наступает ухудшение состояния. Суицидальные мысли и попытки в данной группе пациентов наблюдаются относительно редко, обычно в начале приступа. Отношение пациентки к новорожденному зависит от этапа болезни. Вначале чаще всего возникает тревога за него (ребенок может казаться необычным, нереальным), реже встречается враждебность. На высоте приступа ребенок нередко может становиться персонажем фантастических переживаний больной.

Прогноз при послеродовой кататонии благоприятный. В 63% случаев наблюдается практически полное выздоровление, в 37% случаев улучшение без потери трудоспособности. Средняя продолжительность данного синдрома 2–3 мес. Как свидетельствуют данные катанамнеза большинство женщин с послеродовой кататонией в дальнейшем заболевают повторно. Очередной приступ может возникнуть после повторных родов, провоцироваться соматическим заболеванием, наступать спонтанно.

5. Галлюцинаторно-бредовый синдром (синдром Кандинского–Клерамбо). Этот синдром включает бред преследования и воздействия, проявления психического автоматизма и псевдогаллюцинации. Пациенты могут ощущать воздействие, осуществляемое различными способами, – от колдовства и гипноза до самых современных средств (радиация, энергия, лазер и др.). Эти явления делятся на три типа: идеаторные (мнимое воздействие на процессы мышления), сенсорные (неприятные ощущения, в результате мнимого воздействия посторонних сил) и моторные (убеждения, что все движения возникают помимо их воли, под влиянием извне). Также в структуру данного синдрома входят разнообразные псевдогаллюцинации (не проектируются в реальный мир): зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и др. [3].

У большинства пациенток психоз начинается с нарушения сна, растерянности, тревоги, страхов, у других пациенток преобладает приподнятое настроение со злобностью. Поведение характеризуется диссоциированностью, растерянностью, амбивалентностью; речь – разорванностью. Чаще всего возникают слуховые псевдогаллюцинации с императивным характером. Больные испытывают наплывы и за-

держки мыслей, их путаницу. Синдром развивается быстро, оставаясь, как правило, незавершенным. Его структуру характеризует постоянное наличие бредовых идей (разноплановые, незавершенные).

В первые дни заболевания преобладает тревога за новорожденного. В дальнейшем, на высоте расстройства тревога сменяется безразличием и даже враждебностью. Суицидальные мысли и попытки встречаются редко. Средняя продолжительность данного синдрома составляет 2 мес. Примерно в 39% случаев возникает практически полное выздоровление, в 61% – улучшение без потери трудоспособности [5].

6. Острый парафренный синдром. Это состояние представляет собой сочетание фантастического бреда величия, бреда преследования и воздействия, симптомов психического автоматизма и аффективных расстройств [3].

Клинические проявления крайне полиморфные, динамичные, трудно поддающиеся синдромологической оценке, с волнообразным течением. Меняется и отношение к ребенку в худшую сторону. Часто возникают суицидальные мысли и попытки. Средняя продолжительность острого парафренного синдрома составляет 2 мес. Практическое выздоровление наступает в 33% случаев, улучшение без потери трудоспособности – в 8% [5].

7. Аментивный синдром. Это вид помрачения сознания, для которого характерны растерянность и инкогеренция (невозможность понимания и оценки окружающего и собственной личности). Характерно появление выраженного возбуждения, ограничивающегося пределами постели: больные совершают движения головой, конечностями, ненадолго успокаиваются, затем опять возникает возбуждение. Настроение больных крайне изменчиво: плаксивость, веселье, безразличие к окружающему. Выражение лица у больных тревожно-недоуменное; вид растерянный; речь бессвязная, состоящая из эпизодов прошлого и настоящего. В течение дня, чаще вечером или ночью, возникают отдельные зрительные галлюцинации, эпизоды образного бреда или признаки делирия. Аментивный синдром продолжается от нескольких недель до 2–3 мес. Выход из него постепенный, волнообразный, с образованием резко выраженной астении и психической истощенности. Аментивный синдром наблюдается при тяжелых формах соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваний, реже при интоксикациях. Его возникновение свидетельствует о крайне тяжелом соматическом состоянии больного [3, 4].

Лечение [2, 5]

Терапия послеродовых психозов в доступной литературе освещена в ограниченном числе работ. На данный момент единого подхода к их лечению не разработано.

Лечение послеродовых психозов должно начинаться как можно раньше, так как они могут трансформироваться в более тяжелые формы.

- Лечение легких форм послеродовых психозов (неврозоподобные расстройства) проводится в родильном доме с обязательным консультированием психоневролога. Женщины создаются оптимальные условия для отдыха; регулируют сон; назначают поливитамины, ноотропы, седативные препараты на основе трав и тщательное наблюдение за пациенткой [5, 10].

- В акушерском отделении на фоне клинических проявлений послеродового психоза необходимо исключить послеродовые гнойно-воспалительные заболевания (эндометрит, метроэндометрит, мастит и др.), в некоторых случаях с вялотекущим течением.

- При наличии аффективных расстройств или тяжелых форм послеродовых психозов, родильницы должны быть переведены в психосоматическое отделение психиатрической клиники со специфическим наблюдением и лечением аку-

шера-гинеколога. Важным фактором является изоляция пациентки от новорожденного.

- Лечение послеродовых психозов должно быть комплексным – направленным на коррекцию не только психических расстройств, но и соответствующих соматических нарушений, а также нормализацию психологической ситуации в семье. Одним из обязательных компонентов лечения является подавление лактации (нивелирование попадания антипсихотических препаратов к новорожденному).

- В большинстве рекомендаций с этой целью используют бромкриптин (агонист дофамина) и сцеживание молока из грудных желез. Было проведено несколько исследований, где в комплексном лечении послеродовых психозов применяли бромкриптин. Препарат способствовал более быстрой редукции симптомов расстроенного сознания и уменьшению стационарного лечения по сравнению с группой пациенток, где он не использовался [5, 8]. Рекомендованные дозы бромкриптина – 2,5 мг 2 раза в день в течение 3–5 дней.

Современные агонисты дофаминовых рецепторов (**до-стинекс, норпролак**) не используют в комплексном лечении послеродовых психозов в связи с возможным обострением психических расстройств!

- В условиях психиатрических клиник для лечения аффективно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых, парафренических и кататонических состояний назначают аминазин внутримышечно, реже внутривенно, в дальнейшем переходят на таблетированный прием. Максимальная суточная доза – 0,5–0,75 г/сут. Одновременно назначают димедрол, учитывая его седативные свойства.

- При наличии интоксикационного синдрома проводят дезинтоксикационную терапию (кристаллоидные и коллоидные растворы), под контролем диуреза, аускультативной картины легких, центрального венозного давления; антибиотики широкого спектра действия; антиоксиданты и обязательно – санацию очага инфекции.

- **Депрессии** в послеродовой период лечат антидепрессантами различных химических групп в зависимости от особенностей депрессивного синдрома. В первые 10–15 дней дополнительно назначают аминазин, до 0,05–0,1 г/сут. В комплексное лечение включают: ноотропные препараты, антиоксиданты, витамин В₆, низкие дозы препаратов лития.

Післяпологові психози (огляд літератури)

О.В. Голяновський, А.А. Падалко, В.В. Мехедко, М.В. Хименко

У статті представлено огляд даних вітчизняної і зарубіжної медичної літератури з питань етіології, патогенезу, діагностики, клініки та лікування різних форм післяпологових психозів. Підкреслена роль ранньої діагностики та профілактики післяпологових психозів на етапі родопомічників закладів.

Ключові слова: післяпологові психози, вагітність, пологи.

При лечении маниакальных состояний применяют соли лития, аминазин, хлорпротиксен. Препараты лития можно применять не только для лечения, но и для профилактики послеродового психоза у родильниц с его наличием в анамнезе. Результаты небольших исследований позволяют предположить, что лучшие исходы наблюдаются в случаях, когда литий назначают сразу же после родов [6, 7].

- Эффективность гормональной терапии (эстрогены, прогестерон) в качестве профилактических или терапевтических средств лечения послеродовых психозов не доказана.

- Пациенткам, не отвечающим на медикаментозную терапию, может быть показана электросудорожная терапия, внедрение которой в медицинскую практику ассоциируется со значительным снижением смертности при послеродовых психозах [6].

- В качестве дополнительного к психотропным препаратам метода лечения показана поддерживающая психотерапия, направленная на улучшение родительских навыков, укрепление связи между матерью и ребенком.

Выход из психотического состояния при послеродовых психозах постепенный. На фоне лечения у части больных отмечают спонтанные обострения (волнообразность течения), клиническая картина которых повторяет первоначальные расстройства, но амплитуда выраженности психических расстройств уменьшается.

ВЫВОДЫ

1. Послеродовые психозы – важная проблема современного акушерства, которая, оставшись незамеченной, может привести к тяжелым нарушениям психического и соматического здоровья (нарушение трудоспособности, смерть пациентки и новорожденного).

2. В этом аспекте очень важна роль врача акушера-гинеколога в распознавании начальных симптомов послеродовых психозов с последующим консультированием врача-психоневролога.

3. В профилактике послеродовых психических расстройств необходимо уделять особое внимание подготовке супружеской пары к партнерским родам, психологической поддержке женщины во время беременности, родов и послеродовой период как со стороны семьи, так и медицинского персонала родовспомогательных учреждений.

Postpartum psychosis (overview)

O. V. Golyanovskiy, A. A. Padalko, V. V. Mekhedko, M. V. Khimenko

The article provides an overview of data of domestic and foreign medical literature on the etiology, pathogenesis, diagnosis, clinic and treatment of various forms of postpartum psychosis. The role of early diagnosis and prevention of postpartum psychosis at the obstetric facilities level were emphasized.

Key words: postpartum psychosis, pregnancy, childbirth.

Сведения об авторах

Голяновский Олег Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-49-35, (067) 741-77-68; Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1

Падалко Андрей Анатольевич – Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (093) 774-07-76. E-mail: and-13@ukr.net

Мехедко Виктор Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-49-35, (067) 741-77-68; Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (067) 727-70-44

Хименко Марьяна Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-49-35, (067) 741-77-68; Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (050) 574-06-64

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васюк Л.В. Послеродовые психозы. Часть I // Психиатрия (научно-практический журнал), 2010. – № 1. – С. 71–84.
2. Васюк Л.В. Послеродовые психозы. Часть II // Психиатрия (научно-практический журнал), 2010. – № 2. – С. 72–82.
3. Дмитриева Т.Б. и др. Психиатрия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 490–525.
4. Сметаников П.Г. Психиатрия, 1995. – Санкт-Петербург. – С. 213–234.
5. Сорокина Т.Т. Роды и психика. – Минск: ООО «Новое знание», 2003.
6. Ушалева Е.А. и др. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации. – М.: Инфра-М, 2013. – С. 99–102.
7. Austin M.P. Puerperal affective psychosis: is there a case for lithium prophylaxis? Br J Psychiatry 1992; 161: 692–4.
8. Borenstein P., Soret C.//Ann. Med. Psychol. – 1998. – Vol. 136, № 9. – P. 1046–1049.
9. Dalton K. Successful prophylactic progesterone for idiopathic postnatal depression // Int. J. Prenatal and Perinatal Studies. – 1989. – Vol. 1. – P. 323–327.
10. Datta S., Kodali B.S., Segal S. Obstetric Anesthesia, Handbook, Fifth Edition, Springer Science+Business Media, LLC 2010. – P. 12–14.
11. Dean C., Kendell R.E. The symptomatology of puerperal illnesses // Brit. J. Psychiatr. – 1981. – Vol. 139, Aug. P. 128133.
12. Kendell R.E., Rennie D., Clarke J.A. et al. The social and obstetric correlation of psychiatric admission in the puerperum // Psychol. Med. – 1981. – Vol. 11. – P. 341–350.
13. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective // Soc. Psychiatry.Psychiatr. Epidemiol. – 1994. – Vol. 29. – P. 250–264.
14. McNeil T.F., Blennow G.A prospective study of postpartum psychoses in a highrisk group. 6. Relationship of birth complication and neonatal abnormality // ActaPsychiatr. Scand. – 1988. – Vol. – 78, N 4. – P. 478–484.
15. Meltzer E.S., Kumar R. Puerperal mental illness, clinical features and classification: A study of 142 mother and baby admissions // Brit. J. Psychiatr. – 1985. – Vol. 147, Dec. – P. 647654.
16. Targum S.D. Dealing with psychosis during pregnancy // Amer. Pharmacy. – 1979. – Vol. NS, N 9. – P. 18–21.

Статья поступила в редакцию 10.02.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**УЧЕННЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТ БАКТЕРИИ
ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ РАКА И ДИАБЕТА**

В первом исследовании, ученые из Массачусетского технологического института (MIT) и Калифорнийского университета в Сан-Диего использовали безвредный штамм кишечной палочки под названием Ниссле 1917. Бактерии производили люминесцентные сигналы, когда они сталкивались с опухолью, которая затем была обнаружена с помощью простого анализа мочи. Животным, которым были даны эти бактерии, не показали каких-

либо вредных побочных эффектов, говорят исследователи.

Исследователи заявили, что они были в состоянии обнаружить опухоль печени, размером около одного кубического миллиметра. Этот вид диагностики может быть наиболее полезным для мониторинга пациентов, после удаления толстой кишки, поскольку они имеют больший риск для рецидива.

Во втором исследовании, инженеры использовали бакте-

рии, под названием E.coli с целью обнаружения биологических сигналов в моче, которые генерируют видимые цветовые изменения. Исследователи продемонстрировали свои так называемые bactosensors в образцах мочи от пациентов с сахарным диабетом и обнаружили, что они точно и надежно обнаруживали аномальные уровни глюкозы в моче.

medkarta.com