

Т. П. Жук, Л. В. Дудаль**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПСИХОЗОВ**

КГП «Областной психоневрологический диспансер» (Караганда)

В статье описаны особенности клинических проявлений послеродовых психозов и депрессий. Описаны клинические примеры с применением атипичного нейролептика кветиапина и антидепрессанта сбалансированного спектра действия – велаксина.

Ключевые слова: послеродовой психоз, послеродовая депрессия, велаксин, кветиапин

Послеродовой психоз (или согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра – психические и поведенческие расстройства, возникающие в первые 6 нед. после родов) – редкое расстройство психики, возникающее обычно в первые 2-6 нед. после родов.

Возникающие после родов психические расстройства были известны еще во время Гиппократов, который упоминал о послеродовом «бреду» и «мании». В последующем широкое распространение получил термин «родовая горячка». Причиной развития послеродовых психозов Гиппократ считал нарушение отделения лохий, «которые, попадая в голову, вызывают психические нарушения». Существовала теория, по которой «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. В дальнейшем взгляды на причины, вызывающие психоз в послеродовой период, менялись, и значение стало придаваться наследственному предрасположению, психогенным факторам, эндокринно-диэнцефальным нарушениям и др. В настоящее время проблема послеродовых нарушений обобщена в большом количестве научных работ, отражающих противоречивые взгляды на этиологию, патогенез, клинические проявления и нозологическую принадлежность послеродовых психических расстройств. Неясно, что именно провоцирует послеродовые психозы. Одна из гипотез связывает их с гормональными изменениями, в частности, уровня эстрогенов. Другие гипотезы содержат указание на изменение содержания уровня кортизола, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов. Риск развития психоза увеличивается при отягощенной наследственности психическими нарушениями. Имеет место и интоксикационно-инфекционная природа развития послеродового психоза. Некоторые авторы считают важнейшей составляющей социально-психологические проблемы, возникающие у женщин в

семье, психотравмирующие события и осложнения во время родов. Большинство исследователей относят послеродовые психозы к соматическим, однако, считая, что в их развитии принимает участие комплекс не только соматических, но и психологических факторов. На первое место среди них выдвигаются факторы, обусловленные самими родовыми процессами (соматическое напряжение, эндокринная перестройка и вегетативные сдвиги, кровопотеря, затяжные и тяжелые роды, дегидратация, белковые сдвиги, страх перед родовым актом, переутомление, психотравмирующие семейные обстоятельства, особенности преморбидной личности, перенесенные в прошлом ЧМТ, тяжелые психотравмы). В данное время нет точных причин, объясняющих происхождение послеродовых психозов [3].

С. С. Корсаков указывал, что на 10 000 родов встречается 6-16 случаев психоза. По данным Добиана и Тиньоля, послеродовые психозы составляют 2-9% среди психических заболеваний у женщин. По данным ряда исследований, послеродовые психозы встречаются чаще у первородящих женщин, чем после повторных родов [6].

Клинические проявления обычно развиваются на 2-3 нед. на фоне астении. Чаще им предшествует продромальный период: бессонница, истощаемость, лабильность аффекта, опасение за ребенка, генерализованные страхи, растерянность. Клинические проявления послеродовых психозов отличаются полиморфизмом, могут проявляться в виде аффективных расстройств, чаще депрессивных, депрессий с бредом, галлюцинаторно-бредовых состояний, делирия, аменции, онейроида. Однако в последнее время клиническая картина изменилась – на смену аментивно-делириозных, кататонических и кататонически-онейроидных состояний пришли астено-депрессивные, депрессивно-тревожные, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-

бредовые синдромы. Это, возможно, связано со снижением частоты послеинфекционных заболеваний и особенно септических состояний. Основным фактором, влияющим на постановку диагноза, – это связь с послеродовым периодом, в течение 6 нед. после родов [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В течение последних 3 лет в острое психотическое женское отделение были госпитализированы и пролечены 10 пациенток с психическими нарушениями после родов. В 2010 г. – 3 больных (1,09% из числа пролеченных психических больных), в 2011 г. – 4 (1,02%) и в 2012 г. – 3 больных (1,07%). Из 10 пациенток 3 были переведены из роддомов после консультации врача-психиатра, 4 – по неотложным показаниям доставлены из дома по направлению врача психиатрической бригады, 3 – по направлению участковых психиатров. Длительность психических нарушений на момент госпитализации составляла от 3 дней до 2 нед. В среднем нарушения возникали через 10-14 сут после родов. Из госпитализированных женщин 4 проживали в сельской местности, 6 – в городе. В 9 случаях послеродовые психические расстройства возникли впервые, в одном случае – повторно после 2 родов (первые роды, произошедшие 2 г. назад также сопровождались психическими нарушениями). В одном случае роды были преждевременными в срок 33-34 нед. здоровым плодом. В одном случае было сделано кесарево сечение, плод оказался нежизнеспособным, в одном случае роды сопровождались разрывом шейки матки и промежности. В 9 случаях роды были физиологические, срочные. Возраст пациенток составлял от 20 до 25 лет. Сопровождающей беременностью соматической патологии не отмечалось.

Следует отметить, что клиническая картина послеродовых больных в 6 случаях из 10 (60%) проявлялась депрессией и депрессией с психическими нарушениями (бред, галлюцинации) и в 4 случаях (40%) – бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, сопровождающимися аффектом, страхом и возбуждением. Психозы с измененным сознанием (аментивным или аментивно-онейроидным) не отмечались.

Наиболее частым видом послеродового психоза у наблюдаемых женщин была послеродовая депрессия. Появление депрессивных состояний отмечалось с 7 по 20 сут после родов. Сначала появлялась вялость, плохое самочувствие, бессонница, снижалось настроение, далее появлялись идеи самообвинения.

Кроме приема психотропных препаратов, с целью прекращения лактации все пациентки принимали бромокриптин 5 мг/сут от 5 до 10 сут. Средняя длительность лечения в стационаре у больных с послеродовыми психозами составила 34 дня. Все пациентки выписаны с улучшением психического состояния.

Приводим примеры собственного наблюдения послеродового психоза:

Первый пример. Больная А., 24 г. Образование высшее: кооперативный институт по специальности учет и кредит. Замужем с 20 лет, муж находится в местах лишения свободы. Наследственность отягощена психическим заболеванием родной сестры. Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Беременность и роды повторные. Первая беременность и роды протекали без патологии. Старшему ребенку 3 года. Вторая беременность – без особенностей, роды срочные. В родах отмечались разрывы шейки матки, промежности. Из роддома выписана на 8 сут. Психические нарушения появились через 2 нед.: снизилось настроение, перестала ухаживать за ребенком, нарушился сон, много плакала. Стала безразличной, безучастной к детям, не подходила к младенцу, отказалась от еды. Появились суицидальные мысли. Госпитализирована по направлению участкового психиатра.

Психическое состояние: ориентирована правильно, доступна словесному контакту. Фон настроения снижен, плаксива, малоподвижна, высказывает пессимистический настрой на настоящее и будущее. Время проводит в пределах постели, не общается с родственниками, не проявляет интереса к детям. Заявляет, что она «плохая и недостойная мать», не может воспитать детей и ей лучше умереть. Отмечалось снижение аппетита, поверхностный сон с частыми пробуждениями.

Было проведено лечение: амитриптилин 150 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней с дальнейшим переводом на таблетированную форму велаксина в дозе 150 мг/сут. При улучшении психического состояния дозировка была снижена. Выписана с улучшением на поддерживающей дозе велаксина 7,5 мг/сут.

Второй пример. Больная У., 25 лет. Родилась в Монголии. Образование высшее, окончила университет. Работала преподавателем казахского языка. Менструации с 14 лет, регулярные. Замужем. Беременность и роды протекали без особенностей. На 3 сут после родов стала беспокойной, агрессивной, бросалась на окружающих, разговаривала сама с собой, не спала ночами.

Психическое состояние: ориентировка всех видов сохранена. Внешний вид неряшливый, волосы растрепанные, за собой не ухаживает. На месте не удерживается, стремится куда-то идти, разговаривает сама с собой. Эпизодически становится злобной, бьет кулаком по стене, по столу, нецензурно бранится. Сообщила, что в ушах слышит мужские и женские голоса, которые смеются над ней, дразнят, говорят, что она плохая мать. Считает, что соседки по палате следят за ней, снимают ее на камеру, обсуждают ее. Заявила, что медицинский персонал хочет ее отравить и поэтому отказывается от пищи. Считает, что муж нанял каких-то людей, чтобы убили их ребенка и следили за ней.

Получала лечение: левомепромазин 100 мг/сут внутримышечно, галоперидол до 15 мг/сут (утром 5 мг внутривенно капельно, в обед и вечером по 5 мг внутримышечно) на фоне приема тригексифенидила 6 мг/сут в течение 7 сут, но появление нейролептического синдрома вынудило отменить галоперидол и левомепромазин. Больная была переведена на прием кветиапина (кетилепт), суточная доза составила 25 мг и постепенно повысилась до 150 мг/сут. На фоне лечения отмечалось снижение враждебности и агрессивности, нормализовался сон, отмечалась редукция галлюцинаций и бредовых идей. Выписана с улучшением на поддерживающей дозировке кветиапина 50 мг/сут.

ВЫВОДЫ

1. Послеродовой психоз – достаточно редкое расстройство психики и носит поли-

морфный характер: от поведенческих расстройств по форме тревожных, эмоционально-неустойчивых, до психозов с изменением сознания.

2. Лечение послеродовых психозов в определенной степени зависит от особенностей ведущего психопатологического синдрома. Прекращение лактации благоприятно влияет на исход послеродовых психозов.

3. Использование препаратов сбалансированного спектра действия (велаксин) и атипичного нейролептика (кветиапин) показало высокую эффективность при лечении послеродовых психозов.

ЛИТЕРАТУРА

1 Авруцкий Г. Я. Лечение психических больных /Г. Я. Авруцкий, А. Г. Недува. – М.: Медицина, 1981. – С. 101-103.

2 Быстровский В. Ф. Предмет и принципы семейной медицины //Русский врач. – 2003. – №3. – С. 27-29.

3 Капьян А. Клиническая психиатрия. – М., 1994. – С. 78-81.

4 Обухов С. Г. Психиатрия /Под ред. Ю. А. Александровского. – М., 2007. – С. 59-64.

5 Общепрактическая и семейная медицина /Под ред. М. Кохен. – Минск, 2006. – С. 21-24.

6 Смулевич А. Б. Депрессия в общей медицине. – М., 2001. – С. 29-31.

7 Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных /Под ред. Р. Я. Вовина, Г. Е. Кюне. – М.: Медицина, 1998. – С. 89-98.

Поступила 17.03.2014 г.

Т. П. Жук, Л. В. Дудаль

КЛИНИКАЛЫҚ АЙҚЫННЫҢ ЖӘНЕ ТУҒАННАН КЕЙІНГІ ПСИХОЗДЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Мақалада туылғаннан кейінгі психоздың және жабығудың клиникалық айқыны сипатталған. Клиникалық мысалдар мен қолданыстағы кветиапін және әрекеттің тендестіру спектрінің антидепрессантқа ұқсамаушылық нейролептигін велаксин суреттейді.

Кілт сөздер: босанғаннан кейінгі психоз, босанғаннан депрессия, велаксин, кветиапин

T. P. Zhuk, L. V. Dudal

FEATURES OF CLINICAL DISPLAYS AND TREATMENT OF POSTPARTUM PSYCHOSIS

The clinical manifestations of postpartum psychosis and depression are described in this article. The clinical samples with application the atypical neuroleptic – quetiapine and antidepressant balanced spectrum – velaxsin are else described in this article.

Keywords: postpartum psychos, postpartum depressia, velaxsin, quetiapin