

# Послеродовые психические расстройства

*Ассистент Зубатюк О.В.*

- ❑ **Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (F53)**

Эта рубрика включает только психические расстройства, связанные с послеродовым периодом (возникшие в течение 6 недель после родов), которые не соответствуют критериям, применяемым к расстройствам, классифицированным в каких-либо других рубриках этого класса.

- ❑ **F53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках**

Депрессия:

постнатальная БДУ

послеродовая БДУ

- ❑ **F53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках**

Послеродовой психоз БДУ

- ❑ **F53.8 Другие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках**
- ❑ **F53.9 Послеродовое психическое расстройство неуточненное**

**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

- Легкие неврозоподобные расстройства
- Послеродовые аффективные расстройства
- Тяжелые послеродовые психозы (бредовый, кататонический, Кандинского-Клерамбо с-мы 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.

Акушерские: мастит, эндометрит, метроэндометрит. Неакушерские: инфекции, не связанные с

Основная роль – эндокринологические факторы\*. Эндокринная перестройка организма в послеродовой период (снижение плацентарных гормонов, выделение

# Факторы риска возникновения послеродового психоза

- ▶ 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.

# «Материнская грусть» или «послеродовые блюзы» (maternity blues)

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. 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, так как с похожих симптомов могут начаться более серьезные психические нарушения.

# Характеристика послеродовой депрессии

- Субъективно женщина испытывает тяжелые, мучительные эмоции и переживания - **подавленность, тоску, отчаяние.**
- *Резко снижены влечения*, волевая активность, мотивация к выполнению определенных действий, стремлений, желаний.
- Характерны мысли о собственной ответственности за неприятные события, формируется **комплекс вины** в сочетании с бесперспективностью, нет адекватного видения ситуации
- Резко снижена самооценка
- Изменяется восприятие времени (оно течет долго и мучительно)
- Характерны замедленность, быстрая утомляемость
- В тяжелых, длительных состояниях депрессии возможны попытки самоубийства или мысли о суициде

# Классификация аффективных расстройств

По степени тяжести	Легкой степени Средней степени Тяжелые
Варианты течения	<ul style="list-style-type: none"><li>• Единственный депрессивный эпизод</li><li>• Повторяющаяся (рекуррентная) депрессия</li><li>• Биполярные расстройства (смена депрессивных и маниакальных фаз)</li></ul>
В соответствии с клиническими проявлениями	<p><b>А. Простые депрессии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Меланхолические (тоскливые).</b> 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.</li><li>- <b>Тревожные</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>Тревожно-ажитированные.</b> Преобладает эмоциональное возбуждение, сопровождаемое чувством тревоги и страха, переходящее в двигательное беспокойство.</li><li>2) <b>Заторможенные.</b> В клинике на первый план выходит чувство тоски, тревожно-тоскливое содержание мышления и двигательная заторможенность. Возникает чувство самообвинения и суицидальные мысли.</li></ol>

- **Анестетические.** Преобладание в картине болезни психической анестезии (утрата эмоциональных реакций).
  - **Адинамические.** На первый план выступают: повышенная слабость, бессилие, невозможность или затруднение в выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, стремления к деятельности.
  - **Апатические.** На первый план выступают невозможность выполнения умственных или физических нагрузок всех видов психической активности.
  - **Дисфорические.** На фоне сниженного настроения возникают раздражительность, гневливость, агрессивность.
  - **Депрессия с навязчивостями.** Встречаются навязчивые мысли и представления, разнообразные страхи, опасения и влечения.
- Б. Сложные депрессии:**
- **Сенесто-ипохондрические.** При данном варианте аффективные расстройства отступают на второй план, а ведущими становятся жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела.
  - **Депрессии с бредом, галлюцинациями и кататонией.**

# Лечение

- Лечение легких форм послеродовых психозов (неврозоподобные расстройства) проводится в родильном доме с обязательным консультированием психоневролога. Женщине создаются оптимальные условия для отдыха; регулируют сон; назначают поливитамины, ноотропы, седативные препараты на основе трав и тщательное наблюдение за пациенткой.
- 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 акушера-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 прекращение лактации (агонисты дофамина).

# Методы профилактики послеродовой депрессии

- **Распределение нагрузки** - не стоит стараться все сделать самостоятельно, необходимо распределить заботу о малыше и домашние хлопоты на всех членов семьи
- **Борьба с недостатком сна** - сохранение грудного вскармливания и совместный сон
- **Нивелирование фактора монотонности** - необходимо периодически - один или несколько раз в неделю отвлекаться на пару часов, доверив своего малыша близкому человеку
- **Общение** - дефицит общения также негативно влияет на душевное равновесие молодой мамы.