

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2024.143.63>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСИХОЗА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

История болезни

Демченко А.А.^{1,*}, Шикин Ю.М.², Рыбас Я.С.³, Панченко З.И.⁴, Абакарова А.Р.⁵, Мнацакян Г.Э.⁶, Хубиева М.А.⁷, Тхагапсова К.М.⁸, Ешерев Д.Р.⁹

¹ ORCID : 0009-0002-4952-2849;

³ ORCID : 0009-0005-0388-2584;

⁴ ORCID : 0009-0005-4076-6515;

⁵ ORCID : 0009-0007-1652-1360;

⁶ ORCID : 0000-0001-7632-0017;

⁷ ORCID : 0009-0002-7822-332X;

⁸ ORCID : 0009-0007-7562-2567;

⁹ ORCID : 0009-0007-3935-7428;

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9} Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (eb_ebr[at]mail.ru)

Аннотация

В данной статье рассматривается клинический случай послеродового психоза, развившийся после первых родов с осложнениями в них у женщины средних лет. Подчеркнута редкая встречаемость данной патологии в настоящее время и полиморфность расстройств психики при ней. Описаны анамнез жизни пациентки с послеродовым психозом (ПП), ее соматическое состояние, а также психический статус на момент осмотра врачом-психиатром при поступлении в ГБУЗ СК «СККСПБ №1». Указаны препараты, входящие в план лечения пациентки, кратко изложены результаты проведенной терапии. Рассмотрена гормональная теория развития ПП, косвенно объясняющая частый дебют послеродового психоза после первых родов, особенно при наличии в них осложнений.

Ключевые слова: шизофрения, психоз, послеродовый период.

A CLINICAL CASE OF PSYCHOSIS IN THE POSTPARTUM PERIOD

Case study

Demchenko A.A.^{1,*}, Shikin Y.M.², faker T.S.³, Panchenko Z.I.⁴, Abakarova A.R.⁵, Mnatsakanyan G.E.⁶, Khubieva M.A.⁷, Tkhagapsova K.M.⁸, Yeshеров D.R.⁹

¹ ORCID : 0009-0002-4952-2849;

³ ORCID : 0009-0005-0388-2584;

⁴ ORCID : 0009-0005-4076-6515;

⁵ ORCID : 0009-0007-1652-1360;

⁶ ORCID : 0000-0001-7632-0017;

⁷ ORCID : 0009-0002-7822-332X;

⁸ ORCID : 0009-0007-7562-2567;

⁹ ORCID : 0009-0007-3935-7428;

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9} Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

* Corresponding author (eb_ebr[at]mail.ru)

Abstract

This article examines a clinical case of postpartum psychosis that developed after the first labour with complications in it in a middle-aged woman. The rare occurrence of this pathology at present and the polymorphic nature of mental disorders in it are emphasized. The life history of a patient with postpartum psychosis (PP), her somatic condition, and mental status at the time of examination by a psychiatrist at the time of admission to the State Budgetary Healthcare Institution "SKKSPB №1" are described. The drugs included in the patient's treatment plan are specified, and the results of therapy are summarized. The hormonal theory of PP development is discussed, which indirectly explains the frequent debut of postpartum psychosis after the first labour, especially in the presence of complications.

Keywords: schizophrenia, psychosis, postpartum period.

Введение

Возникающие в послеродовом периоде психические расстройства были известны еще во время Гиппократа, который в своих трудах сообщал о развитии «бреда» и «мании». В последующем на смену этим понятиям пришел термин «родовая горячка», получивший более широкое распространение, что поспособствовало его длительному сохранению в анналах мировой и отечественной медицины. В течение большей части XX в. клиническая психиатрия пренебрегала темой послеродовых психических расстройств, однако в 1968 г. Брюс Питт предложил термин «депрессия послеродового периода», появление которого в дальнейшем оказало большое влияние на возникновение нового направления – перинатальной психиатрии [1].

Послеродовой психоз является редким полиморфным расстройством психики. В 2016 г. международный ресурс Orphanet определил ПП как самостоятельное заболевание в рамках биполярного спектра. Послеродовый психоз

возникает в 1-2 случаях на 1000. Как правило, его проявления отмечаются в первые 20 дней после родов. Частота ПП составляет от 0,5 до 2,6, а по некоторым исследованиям – до 5 случаев на 1000 родов [2], [3], [4]. Вариабельность имеющихся данных обусловлена неопределенностью сроков развития послеродовых психических расстройств. Часть исследователей считает, что временные рамки их развития ограничены началом не позднее 4 недель после родов, другие ограничивают этот период 6 неделями или 12 месяцами.

Описанные выше данные свидетельствуют об относительно низком распространении ПП, однако существующая при этом недостаточность исследований указывает на значительный пробел в знаниях о распространенности послеродового психоза, полученных в результате крупномасштабных исследований по всему миру. ПП является ключевым маркером риска будущего аффективного расстройства. Таким образом, проблема послеродовых психозов отражает современные проблемы психиатрии в целом.

Клинический случай

Больная Л., 32 года была госпитализирована в ГБУЗ СК «СККСПБ №1» из родильного отделения ГБУЗ СК «ГКБСМП» в состоянии психомоторного возбуждения. На момент нахождения в родильном отделении диагноз: «Беременность 35 недель. Головное предлежание плода. Роды 1, преждевременные. Разрыв промежности 1 степени».

Из анамнеза жизни пациентки известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена, окончила 9 классов и торговый техникум, в настоящее время проходит обучение в ВУЗе. Не замужем, проживает одна. В ходе беседы удалось узнать, что с детства по характеру эмоционально неустойчивая, мнительная, конфликтная, часто ссорилась с соседями. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания. На вторые сутки после родов психическое состояние изменилось: перестала спать в ночное время суток, проявляла агрессию к окружающим (персоналу родильного отделения), высказывала убеждения, что окружающие хотят убить её, отобрать ребенка.

Соматическое состояние: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. На волосистой части головы отмечается наличие множественных старых шрамов, которые, со слов пациентки, возникли после дорожно-транспортного происшествия в прошлом (медицинской документации о травме нет).

Психический статус: при поступлении в ГБУЗ СК «СККСПБ №1» пациентка была крайне взбудоражена, не могла удержаться на одном месте, контакт был непродуктивный, речь бессвязная, оказывала сопротивление осмотру и лечебным процедурам. После купирования психомоторного возбуждения (на вторые сутки) остаётся подозрительной, считает, что вокруг нее всё подстроено – отделение расценивает как «тюрьму», больных считает актерами, а медицинский персонал – экспериментаторами и убийцами. Установлено, что больная испытывает наплыв голосов угрожающего содержания, в словах и жестах, окружающих видит угрозу для себя.

В ходе проводимой терапии отмечается положительная динамика. Больная даёт о себе необходимые сведения, сотрудничает с персоналом психиатрической больницы, следует всем врачебным назначениям.

В ходе продолжительных бесед удалось выяснить, что вскоре после родов у пациентки появилось ощущение наигранности происходящих вокруг нее событий: все окружающие хотят ее смерти, забрать ребенка. Слышала угрожающие мужские и женские голоса в голове, которые переговаривались между собой и угрожали расправиться с ней. В настоящее время согласилась с необходимостью терапии, беспокоится о состоянии ребенка.

Проводимое лечение включало нейролептики: клопиксол-акуфаз (50 мг/мл внутримышечно 1 раз в 3 дня), диазепам (0,5% 4 мл 2 раза в день в течение недели), оланзапин (10 мг на ночь), а также психологическую коррекцию в форме образовательной психотерапевтической группы.

На фоне проводимого лечения психическое состояние пациентки несколько улучшилось: стала спокойнее, пассивно следует режиму отделения, жалоб не предъявляет. Охотно следует всем рекомендациям, отмечает улучшение самочувствия, снижение враждебности и агрессивности, нормализацию сна. Пребыванием в стационаре не тяготится.

Обсуждение

Психическое состояние Больной Л. можно квалифицировать как параноидную шизофрению (депрессию), поскольку в клинической картине доминируют бредовые убеждения (бред отношения – считает, что окружающие хотят убить ее и отобрать ребенка), а также слуховые галлюцинации угрожающего характера (например, голоса в голове, которые переговариваются между собой и хотят убить её). Кроме того, имеют место кататонические проявления – выраженные двигательные расстройства (при поступлении в психиатрическую больницу была взбудоражена, не могла удержаться на одном месте, оказывала сопротивление осмотру и лечебным процедурам). Степень систематизации идей, однако, несколько выходит за рамки параноидального уровня, в пользу чего говорит наличие персекуторных переживаний, ограничивающихся бредом физического воздействия (считает медицинский персонал экспериментаторами и убийцами). Содержание бредовых идей типично для параноидной шизофрении.

Несмотря на очевидность связи между родами развитием послеродового психоза, в настоящее время нейробиологические основы данного спектра расстройств остаются малоизученными. Наиболее популярной остаётся гормональная теория развития ПП, согласно которой резкое снижение концентрации эстрогенов в крови у женщин в послеродовом периоде приводит к повышению чувствительности постсинаптических рецепторов головного мозга, поскольку первым присущи антидопаминергические свойства. Подобный «гормональный спад» выступает в роли триггера для развития психоза. Кроме того, снижение концентрации эстрогенов опосредует снижение содержания транскортина в плазме, что приводит к снижению уровня кортизола в крови, который играет ключевую роль в реакциях организма на стрессовые условия. Описанные данные также косвенно объясняют наиболее частый дебют ПП после первых родов, особенно если в них имелись осложнения, как в приведенном нами клиническом случае. В литературе зарегистрировано множество сведений о развитии острых психотических реакций на фоне адреналовой или стероидной недостаточности, а также имеются сообщения, что небольшие дозы синтетических аналогов кортизола снижали тяжесть симптомов у женщин с послеродовым психозом [5], [6].

Подходы к лечению послеродового психоза до сих пор остаются неоднозначными. В связи с нежелательностью фармакологической терапии в период кормления грудью предпочтительным методом лечения служит психотерапия. В острый период показана только психофармакотерапия. Препаратами первой линии в период лечения без обострений являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), помимо которых также оправдано использование трициклических антидепрессантов (ТЦА) и нейролептиков. Если у пациентки есть опыт эффективной терапии антидепрессантами в связи с депрессивными эпизодами в прошлом – предпочтение отдается ранее назначавшимся препаратам [7], [8].

В случае лечения пациентки от депрессии в период беременности, следует не только продолжать терапию тем же антидепрессантом, но также и учитывать возможную необходимость дополнительного лечения в период лактации, ввиду того что женщины, принимающие антидепрессанты во время беременности, с меньшей вероятностью будут кормить ребенка грудью при выписке [9], [10].

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует, что послеродовые психозы могут быть представлены острыми психическими состояниями, которые сопровождаются поведенческими расстройствами с изменением сознания. Для них характерно развитие бредовых идей различного характера и слуховых галлюцинаций (например, угрожающего характера), что указывает на необходимость ранней диагностики и лечения ПП, при отсутствии которых состояние больной может явиться угрозой для здоровья ребенка и окружающих.

Непосредственно роды – это состояние высокой стрессовой нагрузки, которая может быть причиной формирования различных психопатологических проявлений. Осложнения беременности и родов – статистически значимый фактор риска, поскольку это распространенное явление.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Жук Т. П. Особенности клинических проявлений и лечения послеродовых психозов / Т. П. Жук, Л. В. Дудаль // Медицина и экология. — 2014. — № 2(71). — С. 17–19.
2. VanderKruik R. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review / R. VanderKruik, M. Barreix, D. Chou [et al.] // BMC psychiatry. — 2017. — № 17(1). — P. 272. DOI: 10.1186/s12888-017-1427-7
3. Bergink V. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood / V. Bergink, N. Rasgon [et al.] // The American journal of psychiatry. — 2016. — № 173(12). — P. 1179–1188. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16040454
4. Kamperman A. M. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study / A. M. Kamperman, M. J. Veldman-Hoek, R. Wesseloo // Bipolar disorders. — 2017. — № 19(6). — P. 450–457. DOI: 10.1111/bdi.12523
5. Хвостова И. И. Послеродовой психоз: эволюция представлений об этиопатогенезе / И. И. Хвостова, Т. В. Докукина, К. А. Бондарь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2021. — Т. 12. — № 2. — С. 318–326. DOI: 10.34883/PI.2021.12.2.012
6. Payne J. L. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression / J. L. Payne, J. Maguire // Frontiers in neuroendocrinology. — 2019. — 52. — P. 165–180. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001
7. Anderson P. O. Antidepressants and Breastfeeding. Breastfeeding medicine / P. O. Anderson // The official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine. — 2021. — 16(1). — P. 5–7. DOI: 10.1089/bfm.2020.0350
8. Сиволап Ю. П. Послеродовая депрессия: предвидеть и не пропустить / Ю. П. Сиволап // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2021. — Т. 23. — № 6. — С. 23–27.
9. Leggett C. Antidepressant Use in Late Gestation and Breastfeeding Rates at Discharge from Hospital / C. Leggett, L. Costi, J. L. Morrison [et al.] // Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association. — 2017. — № 33(4). — P. 701–709. DOI: 10.1177/0890334416678209
10. Venkatesh K. K. Impact of antidepressant treatment during pregnancy on obstetric outcomes among women previously treated for depression: an observational cohort study / K. K. Venkatesh, V. M. Castro, R. H. Perlis [et al.] // Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association. — 2017. — № 37(9). — P. 1003–1009. DOI: 10.1038/jp.2017.92

Список литературы на английском языке / References in English

1. Zhuk T. P. Osobennosti klinicheskikh pojavlenij i lechenija poslerodovyh psihozov [Features of clinical manifestations and treatment of postpartum psychoses] / T. P. Zhuk, L. V. Dudal // Medicina i jekologija [Medicine and Ecology]. — 2014. — № 2(71). — P. 17–19. [in Russian]
2. VanderKruik R. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review / R. VanderKruik, M. Barreix, D. Chou [et al.] // BMC psychiatry. — 2017. — № 17(1). — P. 272. DOI: 10.1186/s12888-017-1427-7
3. Bergink V. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood / V. Bergink, N. Rasgon [et al.] // The American journal of psychiatry. — 2016. — № 173(12). — P. 1179–1188. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16040454

4. Kamperman A. M. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study / A. M. Kamperman, M. J. Veldman-Hoek, R. Wesseloo // *Bipolar disorders*. — 2017. — № 19(6). — P. 450–457. DOI: 10.1111/bdi.12523
5. Khvostova I. I. Poslerodovyy psihoz: jevoljucija predstavlenij ob jetiopatogeneze [Postpartum psychosis: the evolution of ideas about etiopathogenesis] / I. I. Khvostova, T. V. Dokukina, K. A. Bondar // *Psihijatrija, psihoterapija i kliničeskaja psihologija* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. — 2021. — Vol. 12. — № 2. — P. 318–326. DOI: 10.34883/PI.2021.12.2.012 [in Russian]
6. Payne J. L. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression / J. L. Payne, J. Maguire // *Frontiers in neuroendocrinology*. — 2019. — 52. — P. 165–180. DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001
7. Anderson P. O. Antidepressants and Breastfeeding. Breastfeeding medicine / P. O. Anderson // *The official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. — 2021. — 16(1). — P. 5–7. DOI: 10.1089/bfm.2020.0350
8. Sivolap Yu. P. Poslerodovaja depressija: predvidet' i ne propustit' [Postpartum depression: to anticipate and not to miss] / Yu. P. Sivolap // *Psihijatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. — 2021. — Vol. 23. — № 6. — P. 23–27. [in Russian]
9. Leggett C. Antidepressant Use in Late Gestation and Breastfeeding Rates at Discharge from Hospital / C. Leggett, L. Costi, J. L. Morrison [et al.] // *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*. — 2017. — № 33(4). — P. 701–709. DOI: 10.1177/0890334416678209
10. Venkatesh K. K. Impact of antidepressant treatment during pregnancy on obstetric outcomes among women previously treated for depression: an observational cohort study / K. K. Venkatesh, V. M. Castro, R. H. Perlis [et al.] // *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. — 2017. — № 37(9). — P. 1003–1009. DOI: 10.1038/jp.2017.92