



АО «Медицинский Университет Астана »
Кафедра : Психиатрии и наркологии

Тема : Психические расстройства связанные с беременностью и родами . Послеродовые психозы .

Выполнила : Маркабаева А .М
Проверила : Мукашева Г.Р

Этиология и патогенез психических расстройств зависит от :



- 1 **ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ**
- 2 **Реактивности и резистентности организма**
- 3 **ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ХАРАКТЕРА**
- 4 **Темперамента и интеллекта**
- 5 **Образования ,социальных связей и УСТАНОВКИ**



Наиболее вероятными факторами , обуславливающими развитие патологии со стороны психики ,являются

- **Генетические особенности индивидуума** ,определяющие не само психическое заболевание ,а предрасположенность к нему, вследствие врожденных особенностей различных структур головного мозга и организм в целом , создающие условия к развитию психической патологии
- **Факторы органического ,анатомического повреждения головного мозга в результате патологии беременности ,родов ,внутриутробных аномалий** развития ,черепно – мозговых травм ,особенно в детском возрасте
- **Хронические аутоинтоксикации**
- **Острые и хронические инфекции нервной системы** , в частности энцефалиты ,менингоэнцефалиты
- **Психогенные факторы ,как причина патологии психики ,вследствие шокового действия .**
- **Неблагоприятные условия социальной среды** : плохое питание , хроническое недосыпание , истощение , антигигиенические условия быта , постоянная тревога, озабоченность ,неудовлетворенность собой и окружающими .

Психические расстройства в период беременности



Представления о связи психических нарушений с репродуктивной функцией восходят к глубокой древности. Между тем, основная масса исследований посвящена психозам послеродового периода, а *психические нарушения период беременности изучены значительно меньше*. Это, возможно, связано с их существенно меньшей распространенностью. Так, риск развития психоза генерационного периода (ГП) в общей популяции составляет **0,1 -0,25 %**. При этом на послеродовые психозы приходится **45 -86 %** всех психозов ГП, на лактационные (то есть в период кормления) - **10- 42%** и психозы периода беременности - **3- 15%**. *Послеродовые психозы встречаются с частотой 1-2 на 1000 родов.*



Психозы периода беременности являются сборной нозологической группой. При этом беременность сама по себе не является причиной психозов (за исключением экламптических), а может лишь провоцировать начало или обострение уже имеющихся психических нарушений. Психическим расстройствам может способствовать различная соматическая патология, развивающаяся в этот период. Существенное значение имеют психологические трудности (семейная дисгормония, одиночество, смерть близких). Некоторые учащение психических расстройств наблюдается лишь в последний триместр беременности и достигает максимума на 6-15 день после родов.



Истерические расстройства чаще наблюдаются в 1-м и 3-м триместрах беременности, чем во 2-м.

При нежелательной беременности тревога и депрессия развиваются в 1-м триместре.

В 3-м триместре возникают страх перед предстоящими родами и беспокойство, связанное с неуверенностью в нормальном развитии плода.



Возможно и первичное появление психических нарушений в период беременности, являющихся предвестниками эндогенных психозов, когда у больных возникают необоснованная тревога, беспокойство, боязнь нарушений сна.

Возможны депрессивные состояния с суицидальными тенденциями. Развивающиеся на начальном этапе беременности реактивные депрессии в большинстве наблюдений прекращаются к 4—5-му месяцу беременности, даже в тех случаях, когда ситуация остается не разрешенной. Однако в том случае, когда имеют место выраженные психопатические черты характера, депрессия принимает затяжной характер, продолжаясь до конца беременности.



Наиболее типичным расстройством периода беременности является **депрессия различной этиологии**. При этом, если расстройства неглубокого уровня наблюдаются на ранних сроках беременности, то глубокие депрессивные нарушения чаще развиваются в поздние сроки. Достаточно характерной являются **тревожная депрессия**. Иногда высказываются идеи самообвинения. После родов нередко отмечается ухудшение состояния со склонностью к затяжному течению.





Шизофрения является одной из самых распространенных во время беременности психических болезней, уступая по частоте только психогенным заболеваниям. Приступы шизофрении, развивающиеся непосредственно в период беременности, зачастую носят транзиторный характер, а расстройства аффективного уровня, наблюдающиеся незадолго до родов, характеризуются стертыми, невыраженными нарушениями. Вместе с тем можно выделить *“критические” периоды – во втором (на 18-22 неделях) и последнем триместре (на 18-22 неделях) – наиболее уязвимые для возникновения приступов шизофрении*.



Аффективные расстройства, манифестирующие до родов, чаще всего протекают с преобладанием анксиозной симптоматики (тревожные опасения по поводу исхода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти и т. д.). Аффективные расстройства на начальном этапе развивающегося в поздние сроки беременности приступа шизофрении, как правило, носят атипичный характер, что обуславливает необходимость дифференциальной диагностики с нарушением психической деятельности при тяжелых формах поздних токсикозов беременности. Разграничению указанных состояний способствует обнаружение за астеническим фасадом снижение витального, чувства соматопсихической измененности, депрессивного реагирования, установление связи замедленности действия и реакций не с повышением порога реагирования, установление связи замедленности действий и реакций не с повышением порога реагирования на внешние раздражители, что характерно для состояний оглушенностью, наличие суточных колебаний, диффузной тревоги, ощущение витального неблагополучия.

Послеродовые психозы



Послеродовой психоз представляет собой психическое нарушение, возникающее после родов и характеризующееся бредом и тяжелой депрессией. Довольно типичными являются желаниа нанести повреждение новорожденному или самой себе, что представляет реальную опасность.





Послеродовой психоз возникает у 1—2 женщин на 1000 рожениц. Риск развития послеродового психоза увеличивается, если у матери больной или у нее самой в прошлом имел место послеродовой психоз или в семейном анамнезе есть расстройства настроения. В редких случаях отмечены послеродовые психозы у отцов; но заболевание в целом относится к матерям.

Классификация :



Экзогенный психоз происходит под действием внешних факторов. Он может развиваться вследствие инфекционных заболеваний, интоксикаций, а также психических травм.

Эндогенный психоз провоцируется внутренними нейроэндокринными факторами. К данному виду относят шизофрению, биполярное аффективное расстройство, вызванные возрастными изменениями, часто развивается при заболеваниях сосудов.

Этиология



Послеродовой
психоз

Внезапное
снижение уровня
эстрогенов и
прогестерона

Шизофрения

изменение
содержания
кортизола,
серотонина,
тиреоидного
гормона,
кальция и
эндорфинов.

биполярные
нарушения

Клинические признаки и симптомы



Послеродовой
психоз

Органичес
кий

Аффективный

Шизофрени
ческий



Очень важно выяснить отношение матери к ребенку. При тяжелой депрессии мысли о том, что ребенок неполноценен, приводят к попытке убить младенца, «чтобы избавить его от будущих страданий».

При шизофрении мать может быть уверена в том, что ребенок ненормален или несет в себе зло, — здесь высок риск покушения на убийство ребенка, а также попытки самоубийства (как при депрессиях).





Клинические симптомы обычно проявляются на 3-й день после родов

- Больная начинает жаловаться на бессонницу, беспокойство, чувство усталости
- Обнаруживает расстройство настроения или страхи.
- Позже возникают подозрительность, спутанность, бессвязность речи, высказываются нелепые идеи и навязчивости, касающиеся здоровья и благополучия ребенка.
- Иногда больная не желает ухаживать за ребенком, не испытывает к нему любви, а в некоторых случаях хочет причинить ему зло или нанести повреждения самой себе или обоим.
- Бредовые переживания могут заключаться в том, что ребенок мертв или калека.
- Иногда отрицает факт, что она родила ребенка или высказывает идеи, что она не замужем или девушка
- Иногда развивается бред преследования или извращенная сексуальность.
- Могут иметь место галлюцинации сходного содержания, иногда голоса говорят матери, чтобы она убила ребенка.



Диагностика послеродового психоза



Объективных патологических признаков не наблюдается. Обычно при сборе анамнеза .Особое внимание уделяют наличию **депрессивных заболеваний у родственников**. Если такое имеется, то практически в 50% случаев встречается послеродовой психоз. После сбора анамнеза проводится физикальное исследование. Необходимо определить степень выраженности состояния. После чего приступают к лабораторным исследованиям. **Важно сдать анализ крови, бактериальный посев**. Это позволит определить уровень лейкоцитов, СОЭ и прочих компонентов, которые влияют на состояние человека.

Далее проводится скрининг. Это специальное обследование матери, по итогам которого можно зафиксировать у нее наличие депрессивного состояния. Особо выраженная симптоматика наблюдается на 6-й неделе после родов. После того, как основные исследования будут проведены, назначается качественное лечение. Если есть какие-то сомнения, проводят дополнительные исследования. Это касается тех случаев, когда женщина до родов имела психические отклонения.

Дифференциальный диагноз



Женщинам, ранее болевшим шизофренией и расстройствами настроения, следует ставить диагноз обострения этих заболеваний, а не атипичного психоза. Если эти заболевания отсутствуют, диагноз послеродового психоза можно ставить, если во время беременности были стрессы. Всегда следует обратить внимание на гипотиреозидизм, поскольку он вызывает клинические проявления, сходные с послеродовыми психозами. Синдром Кушинга, который может появляться после беременности, часто вызывает состояние депрессии. Довольно часто встречается депрессия, вызванная применением лекарств, особенно антигипертензивных или других, в отношении которых известно депрессирующее влияние на центральную нервную систему. Имеются данные о том, что пентазоцин, лекарство, которое иногда применяется в послеродовом периоде, может вызывать причудливые психические проявления. У больных с выраженным органическим психосиндромом следует производить тщательную оценку на наличие инфекции или энцефалопатии, связанной с токсемией и неоплазмой.

Лечение



Послеродовой психоз — психическое заболевание, требующее неотложной помощи. Депрессивным больным с послеродовым психозом можно назначать антидепрессанты. Для предотвращения суицидальных попыток **больных надо госпитализировать.** Больным, страдающим манией, показана терапия карбонатом лития, одним или в сочетании с антипсихотическими препаратами в течение первых 7 дней. Для матери всегда полезно общаться с ребенком, если она этого хочет. Однако во время этих обещаний надо соблюдать осторожность, особенно если мать одержима идеей погубить ребенка. Показаны также изменения в окружающей больную обстановке. Усиленная забота со стороны мужа и других лиц, окружающих больную, может помочь ей справиться со стрессом. По имеющимся данным, большинство больных, перенесших это заболевание в острой форме, выздоравливают.

Лекарства



Амитриптилин. Дозировка препарата должна назначаться в индивидуальном порядке. Обычно назначают по 50-75 мг в сутки, это равно 2-3 таблеткам. Доза может корректироваться в зависимости от состояния пациентки. Противопоказания: гиперчувствительность, сердечная недостаточность, острые заболевания печени и почек, язвенная болезнь. Побочные действия: запор, сухость во рту, головная боль, тошнота.

Пиразидол. Доза назначается также в индивидуальном порядке. Назначать нужно с минимальной дозировки. Обычно это 50-75 мг 2-3 раза в сутки. Со временем доза может как увеличиваться, так и уменьшаться. Противопоказания: острые воспалительные заболевания печени, гиперчувствительность, заболевания крови. Побочные действия: сухость во рту, потливость, тахикардия.

Пароксетин. Средство принимается один раз в сутки утром. На начальном этапе достаточно одной таблетки. Доза подбирается индивидуально на протяжении 2-3 недель после начала лечения. Противопоказания: беременность, период лактации, гиперчувствительность. Побочные действия: запор, сухость во рту, нарушение зрения, задержка мочи.

Циталопрам. Средство обладает таким же действием, как и Пароксетин. Принимать его нужно в утрени часы один раз в сутки. Со временем дозировка может корректироваться в зависимости от состояния человека. Противопоказания: гиперчувствительность. Побочные действия: сухость во рту, тошнота, усиленное



Список использованной литературы:

- Виткин Дж. Женщина и стресс. – СПб.: Питер Пресс, 1997
- Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. Учеб. пособие. – М.: Академия, 2002, 208с
- Журнал «Эскулап» №5 ст 9-10 2013 год
- Журнал «Наука и здравоохранение» 2012 год № 4 ст 79-80