

СПб ГБПОУ «Акушерский колледж»

Лекция № 2

**Эндогенные психозы: шизофрения,
аффективные расстройства.
Особенности протекания у беременных
и родильниц. Доврачебная помощь при
НИХ**

План:

1. Определение понятия шизофрения.
2. Синдромальные формы шизофрении.
3. Лечение и уход при шизофрении.
4. Основные проблемы больных шизофренией.
5. Ургентные состояния при шизофрении.
6. Определение МДП, типичные клинические проявления, основные мероприятия по уходу за больными МДП на разных этапах болезни.

БАР Биполярное аффективное расстройство

Биполярное аффективное расстройство (ранее — маниакально-депрессивный психоз) — расстройство, характеризующееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены.

Особенностью течения БАР у женщин является преобладание депрессивных симптомов как в начале заболевания, так и на протяжении всей жизни, что осложняет его своевременную диагностику

- ▶ Речь зачастую идет не просто о грусти или веселье, как часто бывает у эмоциональных людей, а о **крайних степенях то отчаяния, то эйфории**. Смена этих настроений может проходить как постепенно, так и внезапно, причем зачастую без видимых причин. Этот недуг приписывают Байрону и Хемингуэю, Вирджинии Вулф и Эдгару По, Ван Гогу, Шуману, Вивьен Ли и многим другим. Есть предположение, что легкой степенью БАР страдал даже «наше все» (современники нередко упоминали о сменах настроения) А. С. Пушкин.
- ▶ Современные звезды — Кэтрин Зета-Джонс и Мэл Гибсон — открыто признаются в наличии у себя этого психического расстройства. А рэпер Канье Уэст на обложке своего альбома даже поместил надпись: «Я ненавижу быть биполярным, это потрясающе». Очень точная характеристика сути этого заболевания.

МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД

Выделяют следующие эпизоды БАР:

- мания;
- гипомания;
- депрессия;

смешанные.

Маниакальный эпизод характеризуется повышенным настроением и увеличением объема и темпа физической и психической активности. К наиболее распространенным симптомам мании относятся: чрезмерно хорошее или раздражительное настроение, повышение энергии и активности, чрезмерная возбудимость, сокращение потребности во сне.

- ▶ Коварство БАР в том, что это заболевание невозможно вылечить раз и навсегда. Но, увы, зачастую, когда медикаментозным способом удается выровнять настроение пациента и тот начинает себя чувствовать хорошо (такое состояние – интермиссия — совершенно неотлично от состояния полного здоровья), он может прекратить прием препаратов. Это большая ошибка, которая не позволяет добиться стабильного результата лечения. Иногда применять лекарства (обязательно под контролем врача) требуется в течение нескольких месяцев, но чаще — годами (с периодическими визитами к доктору). Именно длительный прием индивидуально подобранной врачом поддерживающей терапии позволяет пациентам достичь стабильного хорошего состояния и ощущать радость жизни на протяжении долгих лет.

Для биполярной депрессии характерно наличие таких симптомов, как высокий уровень психомоторной заторможенности, «свинцовая» тяжесть в теле, лабильность эмоций, гиперфагия (увеличение аппетита) с увеличением массы тела и гиперсомния

К смешанным маниакально-депрессивным эпизодам относят состояния, соответствующие критериям как мании, так и депрессии, длящиеся более 7 дней. Смешанные эпизоды могут возникать на любом этапе заболевания и ассоциируются с ухудшением кратковременного и долгосрочного прогноза.

Влияние беременности на течение биполярного аффективного расстройства

Беременность сопряжена с более высоким риском развития рецидивов БАР.

Клинически рецидивы преимущественно (74% случаев) проявлялись эпизодами **депрессии** или смешанными состояниями.

У женщин, резко (в течение 1–14 дней) отменивших нормотимический препарат, риск развития рецидива в течение 2 нед составил 50%.

У женщин, отменявших препараты более медленно, аналогичный уровень риска наблюдался через 22 нед после отмены.

Влияние биполярного аффективного расстройства на течение и исходы беременности

У женщин с БАР (депрессивный эпизод) повышен риск преждевременных родов, а также риск рождения ребенка с низкой массой тела.

В маниакальной фазе беременная может совершить импульсивные действия, способные нанести существенный вред ее собственному здоровью и плоду.

Рискованное поведение в эпизоде мании также включает **повышенную сексуальную активность и злоупотребление психоактивными веществами.** Согласно результатам ряда исследований, частота коморбидного злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами может достигать у пациентов с БАР 60%, что сопряжено с высоким потенциальным риском неблагоприятных исходов беременности

Ведение женщин с биполярным аффективным расстройством в период беременности

1. При наступлении незапланированной беременности на фоне приема вальпроата или карбамазепина их следует по возможности отменить.
2. Если женщине показано применение нормотимиков во время беременности, предпочтение в связи с невысоким абсолютным риском тератогенности и достаточно хорошей изученностью рекомендуется отдавать литию
3. У женщин с преобладанием депрессий в анамнезе показана высокая эффективность ламотриджина, однако его применение в последние годы ограничивают данные о возможном повышении риска врожденных аномалий
4. Беременных, которым назначили антидепрессант, необходимо предупреждать о возможности развития у новорожденного неблагоприятных эффектов (синдром плохой адаптации и легочная гипертензия), которые в большинстве случаев носят транзиторный характер.

Ведение женщин с биполярным аффективным расстройством в родах и в послеродовом периоде

1. С целью предотвращения токсических эффектов рекомендуют отмену лития или снижение его дозы за 7–10 дней до родов с последующим возобновлением приема после родов
2. Женщинам с БАР, не получавшим ЛС во время беременности, но с высоким риском развития острого аффективного эпизода, фармакотерапию следует назначить сразу же после стабилизации состояния после родов и восстановления водного баланса.
3. Ранний послеродовой период особенно опасен с точки зрения риска развития рецидивов БАР и послеродовых психозов. Симптомы рецидива, как правило, появляются на поздних сроках беременности или в первые несколько дней или недель после родов и быстро нарастают. К факторам, повышающим риск развития рецидивов и послеродовых психозов, относятся: аффективный эпизод в послеродовом периоде при предыдущей беременности, депрессия во время настоящей беременности, депривация сна и эйфория после родов. Возобновление лечения нормотимиком перед родами или сразу же после них позволяет значительно снизить этот риск

Женщину с обострением заболевания в послеродовом периоде, особенно с психозом, не рекомендуется оставлять наедине с ребенком.


Поскольку депривация сна является одним из главных факторов риска развития рецидива и психоза в послеродовом периоде, следует взвешивать пользу грудного вскармливания и его неблагоприятного влияния на сон.

Следует учитывать, что все психотропные препараты в той или иной степени выделяются с молоком матери, поэтому грудное вскармливание нежелательно для детей с потенциальными нарушениями метаболизма ЛС, обусловленных выраженной незрелостью ферментативных систем (недоношенные дети) или заболеваниями новорожденного

Шизофрения — это хроническое психическое, прогрессирующее расстройство, протекающее с психотическими симптомами позитивного (бред, галлюцинации) и негативного регистра (нарушение мышления, аутизм, эмоциональная тупость) с исходом в апатико-абулический дефект.

Клиника

Параноидная форма. Проявляется преимущественно бредом. Является наиболее частой формой шизофрении и составляет около половины всех случаев. Наиболее распространен бред воздействия, бред преследования, бред отравления. *Параноидный синдром* — основным содержанием которого является синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо). Больные утверждают, что являются предметом дистанционного воздействия, часто они мысленно общаются со своими преследователями.



Откуда эти голоса?

Я видел слонов под
своей кроватью.

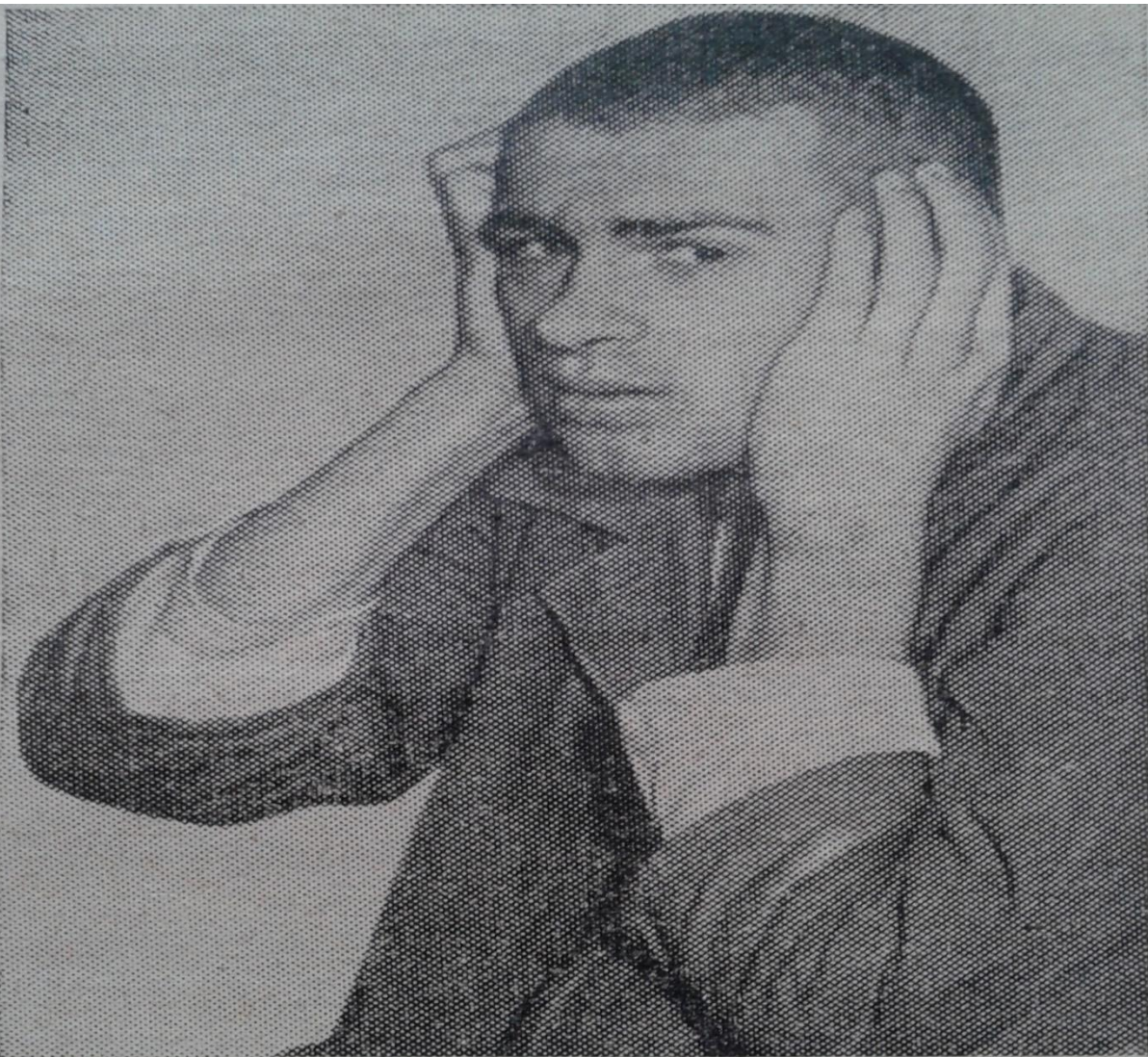
Может я Иисус?

Радио приказало мне
освободить всех животных
из зоопарка...

Пришельцы контактируют со мной

За мной следят!






Больной с галлюцина-
торно-параноидной формой ши-
зофрении.

СОЛОВЬЁВА А.А.





Больным кажется, что их мысли слышат окружающие, что их мыслями, движениями, словами кто-то руководит - бред воздействия. Псевдогаллюцинации проявляются звучанием чужого голоса в голове больного.

- ▶ Больная рассказывает, что ей позвонили в квартиру и когда она открыла дверь, там никого не было. Она собралась и пошла к родственникам, встретившись на лестничной площадке с группой подростков, одетых в черные джинсы, кепки и спортивные штаны с лампасами. Когда она прошла мимо них, то обратила внимание, что трое из парней пошли вслед за ней до самой остановки. У больной сразу возникло чувство что её преследуют. На остановке уже сидело двое людей, одетых также, и больная поняла, что эти все люди следят за ней и <сдают, как по смене> её друг другу. Когда приехал автобус двое мужчин вошли за ней. В автобусе перед больной встал человек, который держал перед её лицом пилку, от чего она испытывала огромный ужас и воспринимала это как знак угрозы ей, опасности, ощущение, что ее собираются убить. Мужчина с пилкой проехал с ней две остановки и еще через остановку больная вышла. Сразу за ней стали следить люди из машины, всё также одетые. Пациентки удалось скрыться дворами, вслед она услышала как один мужской голос кричал <убей её>. В автобусе к ней подходил мужчина, что больную очень напугало, и демонстрировал ей наколку на руке, говорил что <он только что вышел, сидел ни за что, они все ему должны>. Пациентка отнесла эти слова на свой счет.



ПАРАЛЛЕЛИЗМ ТОТАЛИТАРНЫХ СЕКТ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

- ▶ **Что такое тоталитарная секта?**
- Это авторитарная организация, главный смысл существования которой - власть и деньги для руководства. Секта распознается по ряду свойств: обман при вербовке, контроль сознания адептов, регламентация всех аспектов их жизни, обожествление лидера.
- ▶ **КАК ЖЕ ЧЕЛОВЕК ВОВЛЕКАЕТСЯ В СЕКТУ?** В религиозных сектах человеку обещается спасение души, райское блаженство на небесах или на земле, рост духовности, изучение Библии. В медицинских культах обещают излечение всех болезней. В педагогических - скоростные методы обучения, повышение интеллектуального потенциала, поступление в элитные вузы. Культы по оказанию психологических услуг обещают улучшить отношение в семье, повысить коммуникабельность, обрести друзей, также увеличить интеллектуальный потенциал. Коммерческие культы обещают успех в бизнесе и быстрое обогащение. Псевдодуховные университеты и ЦЕНТРЫ, которые в подавляющем большинстве являются теми же деструктивными культами, обещают достижение сверхспособностей, сверхсознания. Некоторые - обещают все вместе (как у Норбекова или Бронникова).

► Секты, действующие сейчас в России, можно классифицировать следующим образом:

1. Конфессии, или секты, являющиеся относительно традиционными для России - католики, баптисты, адвентисты, лютеране и др.
2. Тоталитарные секты псевдобиблейской ориентации - "Церковь Христа", "Новоапостольская церковь", харизматические движения.
3. Секты, претендующие на обладание новым "откровением" - "мормоны" (или "Церковь Иисуса Христа святых последних дней"), иеговисты, "Белое братство", "Богородичный центр", движение Муна (или "Церковь объединения"), Аум Сенрике, "Церковь последнего Завета" лжехриста Виссариона и др.
4. Учения и секты, имеющие оккультный характер, ставящие своей задачей развитие в человеке паранормальных и экстрасенсорных способностей: целители и колдуны, восточные культы - кришнаизм, йогическая практика, трансцендентальная медитация, неоведантизм, теософия, антропософия, "живая этика Рерихов", секта сайентологии Рона Хаббарда (центр "Дианетики"), астрология, неоязыческий центр "Ювенир" и др.
5. Сатанинские культы, носящие изуверский характер и опирающиеся в основном на молодежь. В такие группы молодых людей толкают юношеский нигилизм, отрицание авторитета родителей и Бога, жажда безнаказанности. Вербовка в них осуществляется на различных молодежных сборищах, где ребят привлекают оккультными фокусами или наркотиками. Подростков соблазняют обещанием чудесной силы, полной свободы, обогащением сексуального опыта. Девиз - "делай все, что хочешь, ты имеешь право на все и можешь убить тех, кто посягает на твои права". Все моральные преграды сознательно нарушаются, безнравственность возводится в принцип, сила и безжалостность - в культ.

Психозы, ассоциированные с культуровой травмой

- ▶ индуцированный религиозный паранойяльный бред,
- ▶ малопрогрессирующая шизофрения с параноидными расстройствами











Белорусские кришнаиты прошли маршем в поддержку МТС под лозунгом: МТС и Кришнаизм: Адчуйце смак беларускасці

Кататоническая форма. Преобладают двигательные расстройства в виде ступора или возбуждения. *Кататонический ступор* отличается тем, что больной длительное время сохраняет вычурную, неудобную, неестественную позу, не чувствуя утомления. При этом тонус мышц резко повышен, что позволяет больным придать любую позу, которую они будут в дальнейшем сохранять (каталепсия — восковая гибкость). Для больных характерен негативизм (отказ от выполнения инструкций) и мутизм (полное отсутствие речи при наличии способности понимать слова собеседника).



Симптомы кататонического синдрома:

В структуре кататонического синдрома выделяют кататоническое возбуждение и кататонический ступор

- ▶ полная или частичная обездвиженность (ступор);
- ▶ странная неестественная поза (утробная поза, симптом воздушной подушки и др.);
- ▶ общее повышение тонуса мышц и каталепсия (восковая гибкость);
- ▶ негативизм (активный и пассивный);
- ▶ Мутизм (лат. mutus - немой). Нарушение волевой сферы, проявляющееся отсутствием ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к больному речь.

Ступор – вид двигательного расстройства, представляющий собой полную обездвиженность с МУТИЗМОМ и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое.







Кататонический ступор(форма шизофрении)-
Больная с кататоническим ступором. На фото четко видно
хоботообразное движение губами(стереотипия), вычурную позу в
которой пациентка может находиться часами.
МЫ СМЕЕМСЯ НАД НИМИ, А ОНИ ВЕДЬ БОЛЕЮТ!







Гебефреническая форма. Считается самым злокачественным вариантом болезни. Наблюдаются все признаки *гебефренического синдрома*. Он проявляется непродуктивным, бессмысленным возбуждением, детским дурашливым поведением, нелепым смехом и негативизмом.



SCHIZOPHRENIA







СОЛОВЬЕВА А.

- ▶ **Поведение характеризуется отсутствием каких-либо этических норм, манерно, назойливо. Пациент может упрямо повторять одни и те же асоциальные жесты и манеры.**
- ▶ **Повышенное эйфорическое состояние, не имеющее под собой основы - пустая эйфория.**
- ▶ **Общее поведение и деятельность пациента характеризуется инфантилизмом - пациент ведет себя несоответственно своему настоящему возрасту, повторяя манеры и движения, свойственные более раннему этапу развития.**
- ▶ **Гиперсексуальность является практически традиционным симптомом гебефрении. Публичный показ половых органов и мастурбация, сопровождаемые оскорблениями и нелепой бранью в ответ на замечания - излюбленное занятие гебефреников. Мальчики демонстративно производят мочеиспускание и публично онанируют. Девочкам свойственно нелепое кокетничанье с противоположным полом, недвусмысленные жесты и призывы, публичный эксгибиционизм.**
- ▶ **Повышенный аппетит на фоне неряшливого поведения за столом.**





В горнице на столе стояли три
миски с кашей. Девочка
попробовала кашу из всех мисок -
в маленькой каша была самой

вкусной, и Маша ее всю съела.
Потом девочка стала качаться
на стуле - да и сломала его.

- ▶ Девочка взяла самую большую ложку и похлебала из самой большой чашки; потом взяла среднюю ложку и похлебала из средней чашки, потом взяла маленькую ложечку и похлебала из синенькой чашечки; и Мишуткина похлебка ей показалась лучше всех.

Девочка захотела сесть и видит у стола три стула: один большой — Михайлы Иваныча, другой поменьше — Настасьи Петровнин, и третий, маленький, с синенькой подушечкой — Мишуткин. Она полезла на большой стул и упала; потом села на средний стул — на нем было неловко; потом села на маленький стульчик и засмеялась — так было хорошо. Она взяла синенькую чашечку на колени и стала есть. Поела всю похлебку и стала качаться на стуле.

Стульчик проломился, и она упала на пол. Она встала, подняла стульчик и пошла в другую горницу. Там стояли три кровати: одна большая — Михайлы Иванычева, другая средняя — Настасьи Петровнина, третья маленькая — Мишенькина. Девочка легла в большую, ей было слишком просторно; легла в среднюю — было слишком высоко; легла в маленькую — кроватка пришлась ей как раз впору, и она заснула.

Сказка про трёх медведей.

**Папа у медведей — типичный
эпилептоидный психопат,
который заразил этой
страстью к порядку всё
семейство.**

**Маша: там отхлебнула, тут
чуть ли не в тарелку
плюнула, у медвежонка
всю еду съела, мебель
разломала, да ещё и спать
улеглась прямо в кровати
любимого медвежьего
сына!**

**Тут какой-то лёгкий флёр
гебефренной шизофрении
проглядывает, с её
безбашенно-дурной
детскостью.**

Потом стала качаться на стульчике, да и сломала его.



Простая форма. Проявляется в первую очередь негативной симптоматикой, т.е. *апатико-абулическим дефектом*.

Апатико-абулический дефект:

- Исчезает интерес к тому, что раньше привлекало
- Ничем не занимается (забрасывается работа, учеба и т. д.)
- Молчание по своей инициативе, ни к кому не обращается
- Утрачивается способность к сопереживанию
- Деревянный голос
- Растормаживаются влечения, исчезает чувство стыда
- Утрата гигиенических навыков



СОЛОВЬЁВА А. А.





СОЛОВЬЁВА А.А.

50

А. Соловьёва



Неотложные состояния при шизофрении.

- **Отказ от еды**

Наблюдается у многих пациентов с кататоническим синдромом. Кормление таких больных осуществляется через назогастральный зонд. Так же вместо этого можно использовать парентеральный путь кормления пациентов с использованием питательных растворов (глюкоза, витамины, аminosол, аминостерил, инфезол) внутривенно капельно.

- **Фебрильная шизофрения**

К признакам острого психоза (возбуждение, растерянность, галлюцинации, ступор, бред) присоединятся гипертермия до 40 градусов. Почти всегда наблюдаются признаки обезвоживания, покраснение лица, тахикардия, а также выраженные изменения в составе крови и мочи. При неблагоприятном течении снижается АД, развивается глубокое помрачение сознания, нарушение координации движений.

- **Острые осложнения психофармакотерапии**

Причиной их могут быть несоблюдение режима приема лекарств, недопустимые их сочетания, резкая отмена лекарств и трудно предсказуемые токсико-аллергические реакции.

Коллапс - резкое падение АД. Возникает нередко при приеме нейролептиков и некоторых антидепрессантов. Отмечается резкая бледность, похолодание конечностей, нитевидный пульс. Таких больных необходимо уложить в горизонтальное положение, голову опустить, ноги приподнять. Можно также ввести подкожно кордиамин или дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) проявляется резким повышением тонуса всех мышц, подъемом температуры тела, тахикардией, профузным потом, нарушение сознания. Может возникать при приеме антипсихотических препаратов, но наиболее часто возникает при приеме типичных нейролептиков. Более высокий риск возникновения ЗНС отмечается у лиц с органическими поражениями ЦНС в анамнезе. При первом подозрении на ЗНС немедленно прекращают прием препаратов.

Злокачественная гипертермия рассматривается как вариант ЗНС. Однако не сопровождается мышечной ригидностью и тремором.

Серотониновый синдром связан с антидепрессантами: учащение стула, скопление газов в кишечнике, появление беспокойства, мышечные подергивания, профузный пот, тремор, нарушение координации движений. Без оказания помощи тяжесть состояния нарастает, появляется хаотичное возбуждение, нарушается сознание, нарушается работа ССС, что может стать причиной смерти.

Холинолитический делирий может возникать при назначении больших доз средств с выраженным атропиноподобным действием. Этим свойством обладают многие нейролептики, антидепрессанты, противопаркинсонические средства. Появлению делирия способствуют перенесенные травмы головы, злоупотребление алкоголем и наркотическая зависимость. После отмены холинолитических средств и назначения физостигмина бензодиазепиновых транквилизаторов отмечается полное выздоровление.

Острые аллергические реакции могут возникать при приеме любых лекарственных средств.

Агранулоцитоз — резкое снижение количества нейтрофильных лейкоцитов в крови. Проявляется гнойничковой сыпью, стоматитом, тяжелой ангиной, пневмонией, гипертермией, расстройствами ЖКТ. Требуется немедленная отмена препарата, вызвавшего агранулоцитоз.

- *Отравление психотропными средствами*

Встречается редко, серьезная угроза для жизни возникает при употреблении чрезвычайно больших доз (30-50 стандартных таблеток). Чаще всего прием таких доз наблюдается у лиц, с суицидальными намерениями.

Лечение и уход за больными шизофренией

Основной метод лечения — это применение антипсихотических средств (нейролептиков). Эти лекарства позволяют не только купировать острые проявления болезни, но и предотвратить новые приступы, улучшают адаптацию пациентов, повышают качество жизни, позволяют сохранять трудоспособность. Успех лечения во многом зависит от правильного ухода за больными .

Уход за больными шизофренией

- **Острый приступ болезни, начало лечения** психотропными средствами: надзор, предупреждение социально опасных действий; организация регулярного приема лекарств; раннее выявление и купирование побочных эффектов

Формирование ремиссии: восстановление трудоспособности и социальная реабилитация; обоснование необходимости поддерживающей терапии

- **Ремиссия, стабильное состояние:** строгое соблюдение поддерживающей терапии
- **Конечное состояние, стойкий дефект:** обеспечение необходимой гигиены; вовлечение пациентов в посильный труд и различные виды активности

Влияние беременности на течение шизофрении

В большинстве случаев течение заболевания в период беременности ухудшается.

Влияние шизофрении на течение и исходы беременности

1. У женщин с шизофренией чаще наблюдаются **незапланированные и нежелательные беременности**, чем у населения в целом
 - ▶ Это обусловлено тем, что они редко используют контрацепцию, ведут неупорядоченную сексуальную жизнь, имеют многочисленных половых партнеров, вступают в половые контакты в обмен на деньги и другие материальные ценности и чаще становятся жертвами насилия. Эти факторы обуславливают и более высокий риск инфицирования женщин с шизофренией, в том числе беременных, инфекциями, передающимися половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

2. Многие из них либо вообще не обращаются в женские консультации, либо пропускают более 50% пренатальных посещений врача.

Большинство беременных с обострением шизофрении избегают контактов с лечащим психиатром.

3. По сравнению с психически здоровыми женщинами у женщин с шизофренией в период гестации чаще наблюдаются возбуждение, межличностные и материальные проблемы, тревога в целом, паника и выраженная тревога по поводу родов, сомнения в отношении своих способностей выполнять родительские обязанности.

Пренатальный стресс приводит к повышению риска рождения ребенка с низкой массой тела и/или с врожденными аномалиями и оказывает длительное воздействие на гипоталамо-гипофизарно-адреналовую систему ребенка, что сопряжено с отрицательным влиянием на его поведение, эмоциональную сферу и когнитивные функции в отдаленном периоде.

4. Развитие острого психоза в период гестации ассоциируется с негативным влиянием на питание матери, ее гигиену, самообслуживание, способствует повышению риска самоубийства, попытки вызвать преждевременные роды или развитию стремительных родов

5. Наиболее опасным симптомом у пациенток с шизофренией является психотическое отрицание беременности – состояние, при котором женщина не признает беременность, несмотря на наличие ее четких признаков, что влечет за собой отказ от пренатальной помощи, самостоятельные попытки досрочного прерывания беременности или неассистируемые роды, отказ от ребенка, а в наиболее тяжелых случаях – членовредительство и инфантицид

6. У женщин с шизофренией чаще, чем у психически здоровых женщин, наблюдаются акушерские осложнения, включая преждевременные роды, низкие массу тела и оценку по шкале Апгар при рождении, задержку роста плода, аномалии плаценты, антенатальные кровотечения, врожденные мальформации, мертворождения и перинатальную смертность, в том числе связанную с синдромом внезапной смерти.

7. У больных шизофренией чаще возникает необходимость в индукции и аугментации родов, оперативном родоразрешении, ручном пособии при родах через естественные родовые пути и амниотомии

Акушерские осложнения вызваны преимущественно не самим заболеванием, а связанным с ним рискованным поведением, в том числе злоупотреблением психоактивными веществами и курением. Уровень злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами у женщин, страдающих шизофренией, достигает 47–78%, никотиновой зависимости – 55–92% и НЕ снижается во время гестации

- ▶ 8. Особенно опасен с точки зрения развития рецидива **послеродовый период**. В постнатальном периоде обострение шизофрении наблюдается у 24–75% женщин. Наиболее часто психотический эпизод возникает в первые 3 мес после родов, что может быть обусловлено снижением в этот период уровня эстрогенов. Согласно результатам метаанализа, риск развития психоза в послеродовом периоде у больных шизофренией повышается в 7,86 раз. Наряду с психозом, быстрое падение уровня эстрогенов ассоциируется с развитием послеродовой депрессии, которая у больных шизофренией встречается чаще, чем у психически здоровых женщин.
- ▶ Ухудшение психического статуса матери в послеродовом периоде сопряжено с ухудшением выполнения ею родительских обязанностей и нарушением взаимодействия между матерью и ребенком, что может оказать длительное негативное влияние на когнитивное и поведенческое развитие последнего. В этот период возможно причинение матерью вреда здоровью ребенку и неонатацид.

Литература

Основная:

1. Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону: Феникс, 2012.- (Медицина).
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Наркология: учебное пособие – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.
3. Тюльпин Ю.Г. Психические болезни с курсом наркологии: Учебник.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012.
4. Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 2-е изд., дополненное и переработанное М.: ФГОУ “ ВУНМЦ Росздрава“, 2008.

Дополнительная:

1. Справочник для медицинской сестры психиатрической службы: методические рекомендации: Общерос. обществ.орг. мед. сестер «Ассоц. мед. сестер России »; [сост.; Саркисова В.А. и др.]. Санкт – Петербург: ООО «Береста»; 2010.
2. Ушкалова, Е. А. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации [Текст] : учеб. пособие / Е. А. Ушкалова, А. В. Ушкалова, Е. М. Шифман. - М. : ИНФРА-М, 2013. – 284 с.табл.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

