



УДК:616.89-008.1:618.3-06

## ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

**Р.Т. КУЛИЕВ**  
**В.А. РУЖЕНКОВ**

*Белгородский  
государственный  
национальный  
исследовательский  
университет*

*e-mail:*  
*ruzhenkov@bsu.edu.ru*

Клинико-психопатологическим, психометрическим и статистическим методами обследована сплошная выборка – 450 беременных с физиологически протекающей беременностью. Установлено, что в 121 (26,9%) случае имелись клинически очерченные психические расстройства: в 19,3% случаев диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в 3,8% – эндогенные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство и аффективные расстройства настроения), в 2,4% – органические, включая симптоматические психические расстройства, в 2% – алкоголизм и в 1,8% случаев – умственная отсталость. Большинство пограничных психических расстройств формировались задолго до беременности и в ее период под влиянием нейроэндокринных сдвигов обострялись. На синдромальном уровне преобладали симптомы депрессии и тревоги. Обсуждаются подходы к психофармакотерапии и вопросы взаимодействия акушеров и психиатров в лечении данного контингента женщин.

Ключевые слова: беременность, психические расстройства, депрессия, антидепрессанты, малые нейрорептики.

Беременность и перинатальный период характеризуются существенными биологическими и психосоциальными изменениями, которые влияют на мать и плод, а также на их взаимодействие с окружающей средой. Перестройка организма при беременности (гормональная, биологическая, перенапряжение) могут привести как к патологии беременности, так и вызвать расстройства психической сферы [7]. Имеются данные, что до 40% женщин во время беременности принимают психотропные препараты [3].

У женщин с первой беременностью в 70% случаев акушерами выявлены проблемы психического функционирования: у 45% – «невротические реакции на беременность» и у 25% – «невротическое развитие личности» [1, 2, 10]. Другие авторы [8, 13] выявляли психические расстройства у 30% беременных, более половины – 56% из которых составляли депрессивные расстройства. Распространенность депрессии в течение беременности колеблется между 10% и 16% [7], причем в ее генезе существенную роль играют неблагоприятные социальные факторы [11]. Депрессия на протяжении всей беременности несет риск и для матери и для ребенка [9], поэтому важно своевременно ее диагностировать и обеспечивать адекватную терапию. Предлагается [7] для этой цели использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые не увеличивают риск врожденных уродств [5, 14]. В то же время невылеченная депрессия [12] несет существенные перинатальные риски (прямые риски плоду или риск вторичный – нездоровым материнским поведением, являющимся результатом депрессии).

**Целью** исследования была разработка дифференцированных алгоритмов психофармакотерапии при физиологически протекающей беременности на основе верификации распространенности и клинической структуры психических расстройств.

**Материал и методы исследования.** В течение 2010-2011 гг. обследовано 450 женщин с беременностью, протекающей без серьезных осложнений на всем ее протяжении. Критериями отбора беременных были: наличие психических расстройств, отсутствие гестозов первой и второй половины беременности. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический и статистический (описательная статистика, критерий Стьюдента *t*). Эффективность проведенной психотерапии и психофармакотерапии оценивалась клиническим методом.

**Результаты исследования и обсуждение.** Клинический анализ показал, что у 121 (26,9%) беременной имелись клинически очерченные психические расстройства: в 19,3% случаев диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в 3,8% – эндогенные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство и аффективные расстройства настроения), в 2,4% – органические, включая симптоматические психические расстройства, в 2% – алкоголизм и в 1,8% случаев – умственная отсталость. Непсихотические пси-



хические расстройства формировались задолго до беременности и в ее период под влиянием нейро-эндокринных сдвигов обострялись. На синдромальном уровне преобладали симптомы депрессии и тревоги. При всех клинических формах психометрическим методом были выявлены в разной степени выраженности и сочетании астенические, тревожные и депрессивные расстройства, а также поведенческие особенности, которые создавали predisposition к социальной дезадаптации, что требовало назначения психофармакотерапии.

При **отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы с неврозоподобным синдромом**, периодически возникал страх закрытых пространств – клаустрофобия, который наблюдался и до беременности, но обострился в конце первого триместра, возникая приступами, обычно при необходимости оставаться одной дома или ехать в маршрутном такси, сопровождался головокружениями, учащенным сердцебиением, дрожью, сухость во рту, повышенным потоотделением. При **психопатоподобном синдроме** во втором триместре беременности усиливалась несдержанность, повышенная раздражительность, вспыльчивость, периодами возникали головные боли, давящего характера в затылочной области. Наряду с этим беспокоила тошнота, связанная с беременностью и это усиливало астению и, в ряде случаев, демонстративность жалоб. Психологическое обследование выявило во всех случаях состояние легкой депрессии и тревоги, а также высокие показатели авторитарности, эгоистичности и агрессивности. При **неврозоподобном синдроме**, особенно в случаях редуцированных панических атак требовалось назначение психофармакотерапии. При наличии депрессии назначался флуоксетин в дозе 20 мг однократно в сутки утром, диазепам 0,005 1/2 таблетка утром и на ночь в первую неделю терапии, затем по 1/2 таблетки утром в течение 7-10 дней.

При **психопатоподобном синдроме** назначались невысокие дозы малых нейрорептиков (сонапакс 0,01 по 1 таблетке утром и на ночь) и антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин 0,02 1 раз в сутки). Как правило, эффективность терапии беременные отмечали с первых дней лечения.

При **алкоголизме** в наших наблюдениях на период обследования все пациентки были в состоянии ремиссии. Несмотря на то, что у них имелись аффективные расстройства и тревога, все они отказались от психофармакотерапии в пользу психотерапии.

При **шизофрении** в состоянии ремиссии, со второго-третьего месяца от начала беременности появилась утомляемость, тревога, мысли о том, что может обостриться их заболевание и они не смогут ухаживать за ребенком и в результате потеряют семью. Характерными были диссомнические расстройства, пессимистическая оценка будущего. К врачу-психиатру не обращались в связи с тем, что боялись «назначения лекарств, которые негативно повлияют на ребенка». Пациентки обследованы на сроке беременности 6 месяцев. Их психическое состояние квалифицировалось тревожно-субдепрессивным синдромом. Как правило, во всех случаях требуется терапия. В состоянии качественной ремиссии, при появлении депрессивных, тревожно-депрессивных расстройств, амбулаторно назначался флуоксетин в дозе 20 мг в сутки и хлорпротиксен в дозе 45-60 мг в сутки. При обострении симптоматики, или возникновении нового приступа заболевания показана госпитализация в психиатрический стационар и в зависимости от срока беременности, совместно с акушерами решается вопрос дальнейшей тактики лечения и ведения беременности.

При **шизопатическом расстройстве** со второго месяца от начала беременности появлялась астеническая симптоматика, апатичность, тревожность, замкнутость, возобновлялись опасения за состояние здоровья, наплывы мыслей о «сглазе» или «порче» внушенные при прежнем обращении к т.н. «народным целителям». При наличии астенической симптоматики, апатичности, тревожности, замкнутости, актуализации опасений за состояние здоровья, наплывах мыслей о «сглазе» или «порче» внушенных при прежнем обращении к т.н. «народным целителям», пациенткам амбулаторно назначались: флуоксетин 20 мг, сонапакс до 30 мг, пантогам 500 мг в сутки. Через 10-14 дней состояние пациенток улучшалось: улучшалось настроение, снижалась тревога, появлялась активность, желание что-либо делать. Они начинали ухаживать за собой, выполняли работу по дому. Лекарственные препараты принимали до родов.

При **аффективных расстройствах настроения** во втором триместре беременности у пациенток беспричинно снизилось настроение, аппетит, появилась повышенная утомляемость, слезливость. В последующем присоединялось рассеянность внимания, наплывы пессимистических мыслей о будущем, возникали опасения, что «муж может бросить», так как стала «непривлекательными», снизилось либидо, «избегали сексуальной близости», «не успевали выполнять домашнюю работу». Отмечались диссомнические расстройства. Ближе к обеду и вечером состояние несколько улучшалось, они становились активнее, появлялся интерес к своей внешности, ухаживали за собой. Психометрическое обследование выявило во всех случаях легко выраженные симптомы депрессии и тревоги. Со второго триместра при подавленном настроении, снижении аппетита, расстройствах сна, назначались антидепрессанты (флуоксетин 20 мг в сутки), малые нейро-



лептики (сонапакс, хлорпротиксен 20-30 мг в сутки), ноотропы (фенибут по 250 мг 2 раза в сутки). Состояние улучшалось в течение 10-14 дней, прием лекарств продолжался до родов и в более чем в половине случаев и после родов.

При **невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств** терапия назначалась в зависимости от ведущего синдрома и эффективности психотерапии.

*Тревожно-фобические расстройства* были представлены социальными и специфическими фобиями. *Социальные фобии*, проявлялись страхом перед экзаменами, эрептофобией, сопровождающихся тахикардией, похолоданием и потливостью конечностей. После начала беременности во всех случаях навязчивые страхи и опасения усилились и приобрели содержание, связанное с актуальной ситуацией. Некоторые из них стали суеверными (возвращались, если дорогу перебежала черная кошка или перешли с пустым ведром). В связи с этим нарушалась социальная адаптация, пациентки увольнялись с работы, брали отпуск за свой счет. При *специфических фобиях* часть обследуемые к 5 летнему возрасту боялись инъекций – «начиналась истерика», они бледнели, плакали навзрыд, по несколько раз были «предобморочные состояния», замедлялся пульс, появлялось головокружение. В период беременности они испытывали страх, что если будет слабость родовой деятельности, то необходимо будет делать инъекции для стимуляции родов. При одной мысли об этом возникало внутреннее напряжение, побледнение кожных покровов, похолодание конечностей. В других случаях пациентки боялись пауков, мышей, вида крови, крупных собак. При *социальных и специфических фобиях* проводилась индивидуальная и групповая психотерапия.

*Другие тревожные расстройства* были представлены генерализованным тревожным расстройством и смешанным тревожным и депрессивным расстройством, которые были сформированы с раннего детства. В преморбиде пациентки характеризовались тревожно-мнительными чертами характера, испытывали широкую гамму различных страхов и опасений, представляющих собою сочетание и взаимопереплетение социальных и изолированных фобий, которые усиливались после ситуаций психоэмоционального напряжения и конфликтов. В ряде случаев наряду с тревогой и фобиями в клинической картине имела место легкая депрессивная симптоматика. После начала беременности появлялась легкая астения, тревожность, опасение за исход беременности и возможные проблемы с воспитанием ребенка. При осмотре их психическое состояние характеризовалось эмоциональным напряжением, опасениями по поводу вынашивания беременности, неуверенностью в том, что смогут родить самостоятельно (рассчитывали на кесарево сечение). Психометрическое исследование выявило во всех случаях симптомы тревоги и депрессии. При генерализованном тревожном расстройстве и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве при наличии в клинической картине депрессивной симптоматики, которая не редуцировалась в результате психотерапии, назначались СИОЗС (флуоксетин 0,02 1 таблетка утром), ноотропы с транквилизирующим эффектом (пантогам 0,25 утром и на ночь).

При *расстройствах адаптации*, которые возникали преимущественно у беременных с тревожно-мнительными и эмоциональной неустойчивыми чертами характера в ответ на психическую травму, возникающую в период беременности (разрыв значимых отношений с отцом будущего ребенка, измена супруга, смерть мужа, арест мужа или угроза привлечения его к уголовной ответственности). Клиническая картина определялась сниженным настроением, тревожностью, беспокоейством о предстоящем воспитании ребенка, фиксацией на конфликтных отношениях. Психометрическое обследование выявляло признаки легкой депрессии и тревоги. Все пациентки посещали сеансы индивидуальной психотерапии. Состояние улучшалось после 3-5 сеансов и нормализации семейных отношений.

*Соматоформная вегетативная дисфункция* наблюдалась изолированно только в 4 случаях у пациенток с возбудимыми чертами характера, перенесшими в анамнезе ряд психических травм (смерть родителей, угроза жизни). После этого у них кратковременно наблюдалось подавленное настроение, тахикардия, тревога, опасения за свое будущее.

После проблем на работе или бытовых конфликтов у пациенток возникали сердцебиение, тревога, неприятные ощущения в области сердца и эпигастрии. В последующем такие приступы стали повторяться до 2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением и конфликтами. Пациентки лечились у неврологов. Со второго-третьего месяца беременности у всех из них появилась легкое физическое недомогание, несколько подавленное настроение, снижение аппетита, повышенная потливость. Им стало труднее справляться с работой. Во втором триместре в 2-х случаях (кардиальный вариант соматоформной вегетативной дисфункции) присоединилась тревожность, они ожидали, что могут вновь появиться приступы, самостоятельно, при усилении тревоги принимали феназепам. В остальных двух случаях примерно с 4-5 месяцев отмечалось некоторое снижение аппетита, отрыжка, тяжесть и неприятные ощущения в области эпигастрия. В таких случаях назначались СИОЗС (флуоксетин 20 мг утром, сонапакс 20 мг в сутки [по 10 мг ут-



ром и на ночь], при наличии панических расстройств к терапии подключали диазепам [реланиум по 0,005 2-3 раза в сутки]).

При *неврастении*, симптоматика расстройства была сформирована задолго до беременности и была связана с гиперсоциальностью и повышенной ответственностью обследуемых. Во всех случаях женщины были активными, целеустремленными, ставили перед собою завышенные планы, а затем старались добиться поставленной цели. С 3-го месяца беременности усиливалась астения, им было сложнее справляться с работой, появилась повышенная слезливость, раздражительность, неглубокий сон. Снижалось либидо, отказывались от сексуальной близости, что провоцировало семейные конфликты. Осмотрены врачом-психиатром в рамках настоящего исследования на 5-6 месяце беременности. Психическое состояние их определялось повышенной утомляемостью, физической слабостью, раздражительностью вспыльчивостью, рефлексией, диссомническими расстройствами. В некоторых случаях отмечалось подавленное настроение, эмоциональная напряженность, тревога. При лечении таких пациенток основным методом была психотерапия, лишь в некоторых случаях, при ее неэффективности и наличии повышенной раздражительности, утомляемости кратковременно назначались ноотропы с транквилизирующим эффектом (пантогам 0,25 утром и на ночь) и малые нейролептики (сонапакс 0,01 утром и на ночь).

При *расстройствах личности* значительная часть женщин курили, употребляли алкогольные напитки, некоторые эпизодически курили анашу. В большинстве случаев в семье были конфликтные отношения. Со второго триместра беременности практически во всех случаях периодически возникали спонтанные колебания настроения в сторону понижения, повышенная раздражительность, усиливающие и без того проблемные семейные отношения. Для «релаксации» беременные периодически употребляли алкогольные напитки, что провоцировало новые конфликты. Психометрическое обследование выявило легкие симптомы тревоги и депрессии. Во всех случаях применялись методы индивидуальной и групповой психотерапии, в большинстве случаев – 7 (53,8%) требовалось назначение антидепрессантов (флуоксетин 20 мг утром) и малых нейролептиков (сонапакс 20 мг в сутки [по 10 мг утром и на ночь]).

При *легкой умственной отсталости* все беременные в период учебы в школе в связи с неуспеваемостью обследовались врачом-психиатром, проходили медико-педагогическую комиссию, диагноз умственной отсталости верифицирован (во всех случаях IQ был < 69 баллов). Обследуемые не имели увлечений, свободное время проводили праздно, смотрели телепередачи, «ходили в гости», помогали по дому; половина работали разнорабочими, остальные были домохозяйками. На период обследования (2 триместр) в 4 (50%) случаях у замужних пациенток беременность была желательной, у остальных – формальное отношение (в 3 случаях воспитывать ребенка намеревались родители и в 1 – планировалось оставить ребенка в роддоме). В 3 (37,5%) случаях клинически определялись психопатоподобные расстройства (эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность) которые, были присущи «с рождения», а в период беременности стали проявляться более выражено. Пациентки пытались доминировать в семье, требовали особого отношения, мотивируя это беременностью, что часто провоцировало конфликты как с мужем, так и с родителями. В остальных 5 случаях пациентки были «домашними», пассивно подчиняемыми, исполнительными, ведомыми. У них со второго триместра беременности отмечались признаки астении (повышенная утомляемость, слабость, сонливость, периодами повышенная слезливость). При астенических и аффективных расстройствах назначались малые нейролептики (сонапакс 0,01 утром и на ночь) и ноотропы с транквилизирующим действием (пантогам 0,25 утром и в обед).

Таким образом, исследование показало, что при физиологически протекающей беременности в 26,9% случаев выявляются клинически очерченные психические расстройства, частота которых отражает их распространенность в женской популяции. Большинство психических расстройств сформировались задолго до беременности. Физиологически протекающая беременность сама по себе не вызывает психических расстройств. Нейрогуморальные сдвиги при беременности проявляют психические расстройства, имеющие ранее (но не диагностированные), либо обостряют латентно протекающие невротические, органические и эндогенные. На синдромальном уровне преобладают симптомы депрессии и тревоги. Это диктует необходимость более чем в половине случаев назначения терапии (психотерапии и психофармакотерапии). При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах показано проведение дифференцированной психотерапии в амбулаторных условиях, а при эндогенных психических расстройствах и расстройствах личности – психофармакотерапии (антидепрессанты, малые нейролептики и транквилизаторы). Из антидепрессантов предпочтение отдается СИОЗС, не увеличивающих риск врожденных уродств, тем более, что риск неполучения адекватной антидепрессивной терапии к настоящему времени явно превышает риск побочных эффектов от использования антидепрессантов как у матери, так и у плода (P.Blier, 2006). Необходимо тесное сотрудничество акушеров-гинекологов и



психиатров при ведении беременности у женщин, страдающих любой психической патологией. Психиатры должны не только оказывать консультативную помощь, но и принимать активное участие в процессе наблюдения и лечения этих женщин.

### Литература

1. Кочнева, М. А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01/ М. А. Кочнева ; Моск. обл. НИИ акушерства и гинекологии. – М., 1992. – 22 с.
2. Кочнева, М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М. А. Кочнева, А. Е. Сумовская, М. М. Орлова // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 3. – С. 13-16.
3. Психосоматические аспекты беременности / А. А. Северный, Т. А. Баландина, К. В. Солоед [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4. – С. 17-22.
4. Blier, P. Pregnancy, depression, antidepressants and breast-feeding / P. Blier // J. Psychiatry Neurosci. – 2006. – Vol. 31, № 4. – P. 226-228.
5. Gentile, S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding / S. Gentile // Drug Saf. – 2005. – Vol. 28, № 2. – P. 137-152.
6. Halbreich, U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions – the need for interdisciplinary integration / U. Halbreich // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, № 4. – P. 1312-1322.
7. Hallberg, P. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects / P. Hallberg, V. Sjöblom // J. Clin. Psychopharmacol. – 2005. – Vol. 25, № 1. – P. 59-73.
8. Kelly, R. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics / R. Kelly, D. Zatzick, T. Anders // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 213-219.
9. Nonacs, R. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update / R. Nonacs, L. S. Cohen // Psychiatr. Clin. North Am. – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 547-562.
10. Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records / R. E. Kendell, K. McInnery, E. Juszcak [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176, № 6. – P. 516-522.
11. Pearlstein, T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas / T. Pearlstein // J. Psychiatry Neurosci. – 2008. – Vol. 33, № 4. – P. 302-318.
12. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy / L. Bonari, N. Pinto, E. Ahn [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 49, № 11. – P. 726-735.
13. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review / H. A. Bennett, A. Einarson, A. Taddio [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 103, № 4. – P. 698-709.
14. Rahimi, R. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials / R. Rahimi, S. Nikfar, M. Abdollahi // Reprod Toxicol. – 2006. – Vol. 22, № 4. – P. 571-575.

## PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF PSYCHIC DISORDERS AMONG WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL PREGNANCY

**R.T. KULIEV**  
**V.A. RUZHENKOV**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

By clinical and psychopathological, psychometric and statistical methods were examined the solid sample of 450 pregnant women with physiological gestation course. It was revealed that in 121 (26,9%) cases occurred a clinically-defined mental disorders: in 19,3% of cases neurotic, stress-related and somatoform disorders were diagnosed, in 3,8% – endogenous mental disorders (schizophrenia, schizotypal disorder and affective mood disorders), in 2,4% – organic, including symptomatic, mental disorders, in 2% – alcohol and in 1,8% of cases – mental retardation. The majority of borderline mental disorders were formed long before the pregnancy and within its period under the influence of neuroendocrine shifts became aggravated. At the syndromal level symptoms of depression and anxiety were dominating. We discuss approaches to psychopharmacotherapy, and the interaction between obstetricians and psychiatrists while treatment of this group of women.

Keywords: gestation, mental disorders, depression, counterdepressants, anxiolytics.