

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПСИХОЗА: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА. ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Е.Д. Кочерева^{1*}, А.Ю. Козачук¹, С.С. Каменев¹, В.О. Маева¹, И.К. Иосава¹, М.А. Самушия¹,
И.В. Олейчик², П.А. Баранов², С.А. Столяров², С.А. Голубев^{1,3}, И.Г. Смоленцева⁴

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

³ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», Москва

⁴ ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ, Москва

A CLINICAL CASE OF POSTPARTUM PSYCHOSIS: PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS, ROLE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH

E.D. Kochereva^{1*}, A.Yu. Kozachuk¹, S.S. Kamenev¹, V.O. Maeva¹, I.K. Iosava¹, M.A. Samushiya¹,
I.V. Oleichik², P.A. Baranov², S.A. Stolyarov², S.A. Golubev^{1,3}, I.G. Smolentseva⁴

¹ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation

² Mental Health Science Center, Moscow, Russian Federation

³ Gannushkin Psychiatric Clinical Hospital No 4, Moscow, Russian Federation

⁴ Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russian Federation

*E-mail: e.kochereva@gmail.com

Аннотация

В статье представлен клинический случай послеродового психоза, развившегося у больной с преэклампсией и эклампсией. Интерес к клиническому случаю вызван возникшими у клиницистов сложностями в дифференциальной диагностике психотического расстройства, манифестирующего в послеродовом периоде у пациентки с эклампсией. В статье приведен подробный клинический разбор с дифференциальной диагностикой между соматогенным (экламптическим) психозом и соматогенно спровоцированным случаем шизофренического психоза в рамках приступообразно-прогредиентной формы течения эндогенного заболевания. Своевременная диагностика и установление верных этиологических факторов развития послеродовых психозов определяют успех в своевременном назначении купирующей и при необходимости поддерживающей психофармакотерапии с учетом соматического состояния роженицы.

Ключевые слова: послеродовой психоз, преэклампсия, эклампсия, психотическое расстройство, шизофренический психоз, эндогенное заболевание, психофармакотерапия.

Abstract

The article presents a clinical case of postpartum psychosis that developed in a patient with preeclampsia and eclampsia. The clinical case was of interest to clinicians because they faced some problems in differential diagnosis of psychotic disorders developed in the postpartum period in a patient with eclampsia. The article makes a detailed clinical analysis of differential diagnosis between somatogenic (eclamptic) psychosis and a somatogenically provoked case of schizophrenic psychosis under the paroxysmal-progradient form of endogenous disease course. The timely defined diagnosis and correctly defined etiological factors of developing postpartum psychosis promoted a correct and timely prescribed treatment with controlling and supporting, if necessary, psychopharmacotherapy. The state of a woman in labour was also taken into account.

Key words: postpartum psychosis, preeclampsia, eclampsia, psychotic disorder, schizophrenic psychosis, endogenous disease, psychopharmacotherapy.

Ссылка для цитирования: Кочерева Е.Д., Козачук А.Ю., Каменев С.С., Маева В.О., Иосава И.К., Самушия М.А., Олейчик И.В., Баранов П.А., Столяров С.А., Голубев С.А., Смоленцева И.Г. Клинический случай послеродового психоза: проблемы дифференциального диагноза. Значение мультидисциплинарного подхода. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2023; 3: 101–105.

Введение

В соответствии с современными данными, распространенность послеродового психоза, возникающего в течение первых двух – четырех недель после родораз-

решения, оценивается в пределах одного-двух случаев на тысячу женщин [1–2]. Частота суицидов, одной из важных причин материнской смертности у женщин с послеродовыми психозами, достигает 0.1–0.2% слу-

чаев [3], а распространенность неонатцида – наиболее драматичного последствия послеродового психоза – составляет 4% [4]. Послеродовые психозы являются причиной множества нежелательных психосоциальных последствий как для самих пациенток, так и для семьи и общества в целом [5], что подчеркивает значимость их своевременного выявления и незамедлительного оказания специализированной медицинской помощи.

Хотя послеродовые психозы изучались со времен Гиппократов, до сих пор нет единого мнения об их классификации и нозологии. Исторически послеродовой психоз рассматривался как отдельное заболевание, которое квалифицировалось в рамках симптомокомплекса аментивного помрачения сознания [6–7]. В одном из исследований, проведенном в 60-х годах прошлого столетия [8], была сделана попытка выделить послеродовой психоз в отдельную группу состояний: острый психоз со спутанностью сознания, развивающийся в течение первых двух недель после родов. Впервые был представлен комплекс общих клинических характеристик этого состояния:

- быстрые изменения уровня сознания, приводящие к спутанности сознания, растерянности или дезориентации (амения), чередующимся со светлыми промежутками;
- психомоторные расстройства, представленные широким спектром расстройств от возбуждения до тяжелой заторможенности и ступора, с соответствующей вербальной коммуникацией, варьирующей от бессвязности мышления со скачкой идей до мутизма;
- аффективные расстройства с эпизодами генерализованной тревоги, чередующиеся с состояниями экстатического счастья;
- галлюцинации и псевдогаллюцинации, как слуховые, так и зрительные;
- бредовые идеи с типичным содержанием, в основном связанным с материнством, новорожденным и т.п.;
- изменчивость всей клинической картины во времени, ее калейдоскопичность.

Несмотря на попытки многих исследователей выделить послеродовой психоз в отдельную диагностическую категорию, в современных системах классификации послеродовой психоз был устранен. Однако в большинстве исследований подчеркивается, что психозы в послеродовом периоде часто проявляются атипичными чертами, такими как спутанность сознания и растерянность. Многие авторы сходятся во мнении, что примерно 75% пациенток, госпитализированных по поводу послеродовых психических расстройств, соответствуют критериям аффективных и шизоаффективных расстройств, однако одновременно ими признается тот факт, что по сравнению с непослеродовыми аффективными расстройствами наблюдается более высокая частота спутанности сознания, психотических симптомов, лабильности настроения и симптомов первого ранга К. Schneider [9–10]. В современных классификациях послеродовые психические расстройства не классифицируются как отдельная клиничко-диагностическая единица. В DSM-5 послеродовой психоз представлен в разделе «кратковременное психотическое расстройство» шизофренического спектра и других психотических расстройств. МКБ-11 по-прежнему имеет категорию «психические

или поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках» с психозом или без него.

Послеродовые психозы, как и послеродовые депрессии, представляют собой гетерогенную группу расстройств, значительно варьирующих как по синдромальным характеристикам, так и нозологической принадлежности и требующих дифференциальной диагностики с другими состояниями.

Для первоначальной оценки статуса необходимы тщательный сбор анамнеза, медицинский осмотр и лабораторные исследования с целью исключения органической причины острого психоза. Лабораторные обследования должны включать клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, азота мочевины, креатинина, глюкозы, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, гормонов щитовидной железы, кальция, анализ мочи и посев мочи у пациента с лихорадкой, а также скрининг мочи на наркотики. Необходима тщательная неврологическая оценка для исключения острого нарушения мозгового кровообращения (дифференциальная диагностика с послеродовым психозом проводится по наличию артериальной гипертензии или преэклампсии в анамнезе, признаков водно-электролитного дисбаланса и жалоб на сильную головную боль, односторонней слабости, нарушения чувствительности и даже судорог при неврологическом событии) [11].

Экламптический психоз занимает второе место по частоте среди всех психоневрологических расстройств, сопровождающих роды. По данным многочисленных исследований, проведенных за последние десятилетия, распространенность экламптического психоза составила менее 1%.

Экламптический психоз был впервые упомянут в медицинских трактатах в XVII–XVIII вв. Он был описан в прямой связи с судорожными припадками, а именно как развивающийся сразу после или непосредственно перед судорогами и протекающий с явлениями нарушения сознания в виде оглушения, нередко – со зрительными галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями, амнезией. В доступной литературе середины XIX и начала XX вв. описано несколько случаев эклампсии, когда психотические симптомы предшествовали первой конвульсии. Во многих представленных случаях экламптический психоз начинался сразу после того, как пациентки выходили из постсудорожной комы или ступора. Некоторые специалисты рассматривали психотические расстройства после судорог как эквиваленты постэпилептических состояний спутанности сознания.

Однако после публикаций некоторых случаев стало ясно, что психозы могут начинаться после «светлого промежутка», то есть гораздо позже судорожного синдрома. Так, в одном из клинических описаний отмечено, что психоз развивался через несколько дней после судорожного припадка:

«У первородящей начались судороги во время родов. После завершения судорожного припадка в течение трех-четырёх дней пациентка чувствовала себя удовлетворительно, психотической симптоматики не наблюдалось. На пятый день после родов появилось психомоторное возбуждение, нарушение сознания по типу спутанности. На третий день после начала психоза»

тической симптоматики пациентка скончалась (восьмой день после родов)» [12].

Одним из первых исследователей, описавших эclamптические психозы вне связи с судорожным синдромом, был английский врач Артур Донкин, который описал случай 23-летней женщины, родившей близнецов:

«Лицо пациентки было опухшим и отечным, отмечалась альбуминурия. На первый день после родов пациентка стала возбужденной, жаловалась на беспокойство и легкость в голове, гиперестезию, барабанную дробь в ушах, нарушился сон. На третий день у пациентки развилось моторное возбуждение, агрессивность, что потребовало фиксации. Возникли бредовые высказывания, фабула бреда была связана с рождением еще одного ребенка, пациентка настаивала на вскрытии матки, до фиксации старалась себя повредить. Клиническая картина бредового расстройства наблюдалась в течение 12 дней, после чего расстройства самостоятельно редуцировались» [13].

А. Донкин впервые признал эclamптическую природу описанного психоза, что вызвало большой интерес в Британском научном сообществе. Сорок лет спустя, в 1904 г., был опубликован второй случай:

«У 31-летней женщины во время первой беременности развились отеки и альбуминурия. Роды прошли 7 октября. Через неделю, 14-го числа, у нее появились головные боли и нарушилось сознание по типу спутанности. Пациентка непрерывно бормотала, клиническая картина психотического расстройства была представлена развернутыми картинами фантастических сновидных и псевдогаллюцинаторных онейроидных переживаний. На фоне ухудшения психического состояния отмечался подъем температуры до 39,5 °С, а также повторно развилась альбуминурия, исчезнувшая после родов. Состояние психического неблагополучия длилось 28 дней, после чего психические расстройства самостоятельно редуцировались с частичной амнезией психотической симптоматики» [14].

Эти случаи доказали наличие более широкого спектра психопатологических нарушений в структуре эclamпсии, нежели проявления в виде судорожных припадков. Как позже было отмечено немецкими исследователями, психоневрологическая симптоматика при эclamпсии «калейдоскопична» и включает в себя фасцикуляции, миоклонические гиперкинезы, слепоту вследствие отслойки сетчатки, апатию, ступор, кому, сумеречное помрачение сознания и онейроид.

Таким образом, был выделен тип эclamптического психоза, который может развиваться вне связи с судорожным синдромом, в современной литературе можно встретить его название «Донкин психоз», в честь описавшего его в середине XIX столетия английского врача Артура Донкина.

На сегодняшний день выделяют клинические признаки, характерные для эclamптических психозов [12]:

- психоз развивается не более чем в 5% случаев эclamпсии или немного чаще, если судорожный синдром развивается после родов;
- первородящие матери более подвержены риску эclamпсии и эclamптических психозов;
- психоз развивается после родов, но в 10–25% случаев может наблюдаться во время беременности (чаще в третьем триместре);

- начало психоза в послеродовом периоде отмечается в первые три дня после родов (самое позднее начало, описанное в литературе, – седьмой день после родов);
- продолжительность психоза – три-четыре дня (максимально до 14 дней);
- клиническая картина обычно соответствует делирию, при этом имеет место сходство с инфекционными психозами в отношении представленности в структуре признаков мании;
- когнитивные расстройства представлены ретроградной амнезией;
- характерны дисфазия и гемиплегия.

В современной практике врачи продолжают сталкиваться с психозами, развившимися на фоне гестоза и эclamпсии. Важным диагностическим моментом является установка факта соматогенной или эндогенной природы психоза, что определяет дальнейшую тактику купирующей и поддерживающей терапии, а также необходимость длительного наблюдения, лечения и реабилитационных мероприятий этой группы больных.

Клинический случай

Пациентка А., 19 лет, поступила в психиатрическую клинику с нелепыми высказываниями, агрессивным неупорядоченным поведением, двигательными нарушениями, отказом от принятия пищи. Настоящее состояние развилось остро в роддоме после экстренного, в связи с эclamпсией, родоразрешения путем кесарева сечения на 39-й неделе беременности у больной, страдавшей преэclamпсией.

Из анамнеза: наследственность психопатологически отягощена наркозависимостью старшего брата. Раннее детство – без особенностей. Несмотря на то что росла в семье, придерживающейся христианских традиций, личной инициативы в духовном образовании не проявляла, но в 14-летнем возрасте увлеклась исламом: читала специальную религиозную литературу, замечала вокруг себя знаки, указывающие на то, что должна принять эту религию. Начала одеваться в соответствии с мусульманскими традициями, стала общаться только с единомышленниками-мусульманами, отдалась от прежних знакомых, семьи. Жизненный уклад подчинила новой вере, остро реагировала на непонимание со стороны родных, высказывала идеи «единственно верной» религии, критики к резкой перемене мировоззрения не обнаруживала. По окончании девяти классов поступила в кулинарный колледж, с учебой справлялась. В дальнейшем состояние стабилизировалось, наладила общение с родными, стала более общительной, настойчивости в проповедовании новой религии не проявляла, сохранив, однако, ей приверженность. В 18 лет вышла замуж за мусульманина, забеременела. Во время беременности стала тревожной, с большим, чем ранее, рвением соблюдала религиозные нормы, настаивала на том, чтобы родить по мусульманским обычаям естественным путем, категорически отрицала возможность врачебных вмешательств в процесс родов. Плановые осмотры во время беременности не проходила, анализы не сдавала. 25.11.2022, на 39-й неделе беременности, стала жаловаться на головную боль, ухудшение зрения. Вызванная бригада скорой помощи зафиксировала повышение артериального давления (АД)

(170/130 мм рт. ст.), и пациентка была госпитализирована в перинатальный центр с диагнозом «тяжелая преэклампсия».

Во время транспортировки начались судороги в конечностях. В связи с развившейся клинической картиной эклампсии была экстренно родоразрешена путем кесарева сечения. Родила здоровую дочь. После операции пациентке в состоянии медикаментозной комы была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга, структурных изменений выявлено не было. Несколько дней после родов находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, сохранялись эпизоды повышенного АД. Во время пребывания в стационаре была тревожной, растерянной, ей казалось, что окружающие предметы передвигаются, разговоры окружающих принимала на свой счет, считала, что над ней посмеиваются, снимают кино. Лечащим врачом состояние было расценено как соматогенный послеродовой психоз, 02.12.2022 была выписана домой под амбулаторное наблюдение.

Дома состояние не улучшалось, больная оставалась замкнутой, тревожной. Говорила, что ей запрещают спать, иначе она умрет, не откликалась на обращенную к ней речь, игнорировала ребенка, без видимой причины становилась агрессивной, могла выплеснуть на мужа сок, говорила, что одержима шайтаном, что умерла и ее тело «пустое», застывала, отказывалась от еды и питья. Родственниками была госпитализирована в психиатрическую больницу 12.12.2022.

В отделении оставалась недоступной продуктивному контакту, на обращенную речь не реагировала. Выражение лица оставалось зачарованным, губы запекшимися, руки были напряжены, согнуты в локтях, при попытке разогнуть отмечался выраженный негативизм. Полностью обслуживалась медицинским персоналом. С первого дня госпитализации отмечался подъем температуры с 37.6 до 38.6 °С. Состояние было расценено как фебрильная кататония в рамках манифестного психотического эпизода приступообразной шизофрении. На фоне сеансов электросудорожной терапии (ЭСТ) № 6 и психофармакотерапии (Olanzapini, Sol. Haloperidoli, Trihexyphenidyl) отмечалось незначительное улучшение состояния с частичной редукцией кататонической симптоматики. В повторных анализах крови от 20.12.2022 были выявлены анемия (Hb 95.0) и признаки воспаления (скорость оседания эритроцитов – 24 мм/ч, повышение уровня нейтрофилов в лейкоцитарной формуле, С-реактивный белок ++++), в связи с чем была инициирована антибактериальная и дезинтоксикационная инфузионная терапия. Несмотря на начатое лечение, ночью 21.12.2022 состояние ухудшилось, отмечался подъем температуры до 39.1 °С с присоединением признаков дыхательной недостаточности второй степени. При рентгенографии органов грудной клетки была диагностирована двусторонняя нижнедолевая пневмония, в связи с чем пациентка была переведена в многопрофильный стационар в отделение интенсивной терапии.

Заключение по результатам компьютерной томографии органов грудной клетки от 21.12.2022: «двусторонняя полисегментарная пневмония с преимущественным поражением левого легкого, левосторонний плевральный выпот с признаками компрессионного

воздействия на легочную паренхиму и выпот в области перикарда». Соматический статус усугублялся состоянием кахексии (индекс массы тела (ИМТ) пациентки на момент госпитализации 16, согласно медицинской документации, из родильного дома пациентка была выписана с ИМТ 17.9) и развитием антибиотик-ассоциированного колита. После регресса пневмонии и стабилизации лабораторных показателей при отсутствии положительной динамики в психическом статусе пациентка была вновь переведена в психиатрическую больницу.

На момент повторной госпитализации в психиатрический стационар, 14.01.2023, психический статус определялся проявлениями кататонического ступора с симптомами мутизма и негативизма; на обращенную речь не реагировала, самостоятельно себя не обслуживала. Несмотря на проводимую психофармакотерапию (Sol. Bromdihydrochlorphenilbenzodiazepini, Tab. Olanzapini) сохранялись недоступность продуктивному контакту, каталепсия, симптом Дюпре, мышечный гипертонус – по пластическому типу. На фоне однократного проведения сеанса ЭСТ 07.02.2023 отмечался подъем температуры до 39 °С, в связи с чем по решению врачебной комиссии дальнейшее проведение ЭСТ было отменено. В рамках диагностического поиска на аутоиммунные заболевания 18.01.2023 была проведена спинальная пункция, по результатам которой: цитоз – 1/3, белок – 0.9 г/л, глюкоза – 2.5 ммоль/л. Идентифицирован олигоклональный IgG тип 1. В крови были обнаружены антитела к GAD – 1665.41 МЕ/мл. По результатам проведенных исследований, с учетом недостаточного ответа на проводимую психофармакотерапию, было предположено наличие неуточненного аутоиммунного энцефалита, в связи с чем 09.02.2023 врачебной комиссией к терапии была назначена гормональная пульс-терапия (Sol. Methylprednisoloni 1.0 + Sol. Natrii Chloridi № 5), на фоне которой отмечались выраженное психомоторное возбуждение, галлюцинаторно-бредовая симптоматика. На фоне коррекции фармакотерапии (Clozapini, Risperidoni, Viperidoni) отмечалась положительная динамика с купированием кататонической симптоматики. Вслед за редукцией проявлений кататонии на первый план выступил галлюцинаторно-бредовый синдром с бредовыми идеями одержимости, греховности, вербальным галлюцинозом. В удовлетворительном состоянии на фоне дезактуализации бредовой симптоматики 24.03.2023 пациентка с диагнозом «параноидная шизофрения, период наблюдения менее года» была выписана из психиатрического стационара под амбулаторное наблюдение в психоневрологическом диспансере по месту жительства.

Обсуждение

Как упоминалось ранее, в случае развития послеродового психоза дифференциальная диагностика в первую очередь проводится между соматогенным (истинно послеродовым), транзиторным эндогенноморфным и соматогенно провоцированным психозом в рамках эндогенного психического расстройства, клиническая картина которых на начальном этапе протекает схожим образом. Полиморфизм симптоматики, обусловленный сложным соматическим статусом данной группы больных, также затрудняет своевременную постановку диаг-

ноза и, как следствие, подбор соответствующей тактики лечения. В случае соматогенного психоза (делирия) потребность в использовании психофармакотерапии минимальна и ограничивается периодом три-четыре, максимально семь дней, в течение которых происходит полная редукция психопатологической симптоматики. Эндогенноморфные психозы (F06.2 «органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство» по МКБ-10) предполагают комплексный подход в лечении, требующий длительного (от двух недель до одного месяца) наблюдения и лечения у психиатров. При соматогенно спровоцированном (в связи с развитием или обострением соматического заболевания, в том числе поражающего центральную нервную систему) шизофреническим психозом в рамках приступообразно-прогредиентной формы течения шизофрении необходимо проведение длительной поэтапной полноценной психофармакотерапии (от трех – шести месяцев) под динамическим наблюдением врачей-психиатров [15].

Несмотря на схожесть клинической картины, ряд отличительных черт (длительность психотического эпизода, превышающая три-четыре дня; отсутствие положительной динамики на фоне улучшения соматического статуса; наличие атипичной симптоматики, выходящей за пределы диагностических критериев делирия) служат врачу-клиницисту маркером необходимости проведения дифференциальной диагностики состояния с использованием инструментальных методик для исключения органической природы патологии и привлечения врача-психиатра для проведения корректной оценки психического статуса пациентки. Распространенность проведения инструментальной диагностики (МРТ и КТ головного мозга) у рожениц с картиной эклампсии объясняется наличием клинических рекомендаций, определяющих тактику ведения пациенток, в связи с риском острых нарушений мозгового кровообращения на фоне высоких цифр АД [16], что позволяет обеспечить исключение органической природы психотического эпизода на раннем этапе, в отличие от состояний, обусловленных течением эндогенного расстройства, достоверная верификация которых возможна лишь врачами-психиатрами. Выписка роженицы из медицинского учреждения без проведения соответствующих диагностических мероприятий в случае недоагностированного шизофренического психоза приводит к усугублению психопатологической симптоматики, позднему началу необходимой психофармакотерапии, снижает благоприятность дальнейшего прогноза для матери как с медицинской, так и социальной точки зрения [5].

Заключение

Представленный клинический случай доказывает важность мультимодального подхода в ведении пациенток с картиной послеродового психоза. Взаимодействие врачей различных специальностей позволяет своевременно оценивать как психический, так и соматический статус больного. Отсутствие комплексной оценки приводит к несвоевременному определению нозологической принадлежности расстройства и, как следствие, позднему началу соответствующей терапии.

Данные клинического случая представлены с устного согласия пациентки.

Литература

1. Jones I. et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the postpartum period // *Lancet*. – 2014. – V. 384. – №. 9956. – P. 1789–1799. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
2. Bergink V. et al. Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: a Danish population-based cohort study // *Psychol Med*. – 2015. – V. 45. – №. 16. – P. 3481–3489. DOI: 10.1017/S0033291715001385.
3. Weindling A.M. The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH) // *Arch Dis Child*. – 2003. – V. 88. – №. 12. – P. 1034–1037.
4. Davidson J. et al. A follow-up study of postpartum illness, 1946–1978 // *Acta Psychiatr Scand*. – 1985. – V. 71. – №. 5. – P. 451–457.
5. Tainaka H. et al. Long-term effect of persistent postpartum depression on children's psychological problems in childhood // *J Affect Dis*. – 2022. – V. 305. – P. 71–76.
6. Carp E.A.D.É. et al. Psychosen op exogenen grondslag en geestelike defecttoestand. – Scheltema & Hokema's boekhandel en uitgeversmaatschappij, 1947.
7. Silbermann R.M. et al. Clinical treatment of postpartum delirium with perfenazine and lithium carbonate // *Psychiatr Clin (Basel)*. – 1975. – V. 8. – №. 6. – P. 314–326.
8. Hamilton J.A. Chapter 12, History: In *Postpartum Psychiatric Problems*. – St Louis: Mosby Harwin. – 1962. – P. 127–136.
9. Brockington I.F. et al. Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis // *Arch Gen Psychiatry*. – 1981. – V. 38. – №. 7. – P. 829–833.
10. Katona C.L.E. Puerperal mental illness: comparisons with non-puerperal controls // *Br J Psychiatry*. – 1982. – V. 141. – №. 5. – P. 447–452.
11. Lanska D.J. et al. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis // *Stroke*. – 2000. – V. 31. – №. 6. – P. 1274–1282.
12. Brockington I. Donkin psychosis // *Arch Women's Ment Health*. – 2017. – V. 20. – P. 77–82.
13. Donkin A.S. The pathological relation between albuminuria and puerperal mania // *J Ment Sci*. – 1863. – V. 9. – №. 47. – P. 401–405.
14. Lauty M.E.E. Dix cas de psychose post-puerpérale observés au service de l'isolement des délirants de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux 1902–1903: Diss. – 1904.
15. Тиганов А.С. Симптоматические психозы: руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1992. [Tiganov A.S. Symptomatic psychoses: guide to psychiatry. – Moscow: Medicine, 1992. In Russian].
16. Ходжаева З.С. и др. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. – 2021. – 2.4. [Khodjaeva Z.S. et al. Preeclampsia. Eclampsia. Edema, proteinuria and hypertensive disorders during pregnancy, childbirth and the postpartum period. – 2021. – 2.4. In Russian].