DOI: 10.48612/cgma/1zk6-mfxu-d5tv

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

М.С. Кочергина[1], В.О. Маева[1], С.В. Юренева[2], Т.Г. Колпакова[2], А.А. Бабаян[2], М.А. Самушия[1*]

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

[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова», Москва

POSTPARTUM PSYCHOSIS

M.S. Kochergina[1], V.O. Maeva[1], S.V. Yureneva[2], T.G. Kolpakova[2], A.A. Babayan[2], M.A. Samushiya[1*]

[1] Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

[2] Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

***E-mail:** sma-psychiatry@mail.ru

Аннотация

В статье представлен обзор литературных данных, посвященных актуальной проблеме послеродовых психозов. Затронуты вопросы истории изучения, эпидемиологии, клинической картины и подходов к терапии острой психотической патологии, возникающей в пуэрперальный период. Особое внимание уделяется предикторам возникновения психической патологии в послеродовом периоде, а также подходам к психофармакотерапии этих состояний с учетом фактора грудного вскармливания.

Ключевые слова: послеродовой психоз, психотическое расстройство, пуэрперальный период, психофармакотерапия.

Abstract

The article provides an overview of the literature data on the current problem of postpartum psychosis. Issues of epidemiology, clinical picture and approaches to therapy are discussed. A special attention is paid to the predictors of mental pathology development in the postpartum period and to psychopharmacotherapy modalities applied in these conditions with concern of the breastfeeding factor.

Keywords: postpartum psychosis, psychotic disorder, puerperal period, psychopharmacotherapy.

Ссылка для цитирования: Кочергина М.С., Маева В.О., Юренева С.В., Колпакова Т.Г., Бабаян А.А., Самушия М.А. Послеродовые психозы. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2025; 4: 124–128.

Послеродовой психоз остается одним из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений пуэрперального периода. Несмотря на относительную редкость, его медико-социальную значимость нельзя недооценивать. По мере развития психиатрии появляется все больше данных об эпидемиологии, факторах риска возникновения психических расстройств послеродового периода. Изучаются последствия психических расстройств матери, которые в ряде случаев могут привести к инфантициду, методы их профилактики и терапии.

В соответствии с современными данными распространенность послеродового психоза, возникающего в течение первых шести недель после родоразрешения, оценивается в пределах одного-двух случаев на 1000 женщин [1, 2]. Частота суицидов, одной из важных причин материнской смертности, у женщин с послеродовыми психозами достигает 0.1–0.2% случаев [3], а распространенность инфантицида – наиболее драматичного последствия послеродового психоза – составляет 4% [4]. Послеродовые психозы являются причиной множества негативных психосоциальных последствий, как для самих пациенток и их семей, так и общества в целом [5, 6], что подчеркивает значимость их своевременного выявления и незамедлительного оказания медицинской помощи.

Понимание природы и причин развития пуэрперальных психозов менялось на протяжении веков. Еще в эпоху античности Гален и Гиппократ обращали внимание на возникающие после родов психические расстройства и связывали их возникновение преимущественно с телесными причинами – кровопотерей, перемещением «горячей крови». В дальнейшем, в XIX веке, по мере развития психиатрии как науки произошло выделение соматогенной и психогенной концепций развития психических расстройств; в этот период J. Esquirol предпринял попытку дифференциации послеродовых психических расстройств, выделив транзиторные и стойкие психозы с акцентом на роль генетической предрасположенности в развитии указанных состояний (Des maladies mentales, considérées sous les rapports medical, hygiénique et medico-légal – «О душевных болезнях, рассматриваемых с медицинской, гигиенической и судебно-медицинской точек зрения», 1838 г.). Первое описание послеродового психоза как самостоятельной нозологии принадлежит L.V. Marce с описанием характерной для послеродовых психозов симптоматики: депрессивного бреда, контрастных навязчивых идей о причинении вреда новорожденному (Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des

nourrices et considerations medico-légales qui se rattachent à ce sujet – «Трактат о безумии беременных женщин и кормилиц с медицинско-правовыми соображениями, относящимися к этому вопросу», 1858 г.). XX век знаменуется изменением во взглядах о нозологической принадлежности послеродовых психозов: E. Kraepelin при описании депрессивных и маниакальных эпизодов в рамках послеродовых психотических расстройств впервые предположил принадлежность данного заболевания к группе аффективных психозов, тем самым положив начало рассмотрению послеродового психоза как обострения уже существующего эндогенного психического расстройства (Psychiatrie: ein Lerhbuch für Studierende und Ärzte – «Психиатрия: учебник для студентов и врачей», 1893 г.).

Динамика взглядов на этиологию послеродового психоза нашла отражение в современных классификациях. В используемой в Российской Федерации Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) послеродовые психозы классифицируются в рубрике F53.1 «Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках», с обязательным критерием начала психического расстройства в течение шести недель после родов. В МКБ-11 послеродовой психоз включен в группу 6E21 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом, с психотическими симптомами» с учетом психотических и аффективных симптомов; кроме того, в МКБ-11 пуэрперальный психоз может рассматриваться в контексте категорий 6A23 «Острое транзиторное психотическое расстройство», 6A24 «Бредовое расстройство», 6A25 «Симптоматические проявления первичных психотических расстройств» с указанием на начало манифестации в перинатальном периоде. В отличие от МКБ-10 и МКБ-11, DSM-V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание, 2013 г.) рассматривает послеродовые психозы сугубо в качестве спецификатора внутри уже существующих психотических и аффективных расстройств с учетом начала развития психопатологической симптоматики в пуэрперальном периоде. В настоящее время в Российской Федерации для формулировки диагнозов используется МКБ-10.

Послеродовые психозы рассматриваются большинством специалистов с точки зрения полиэтиологического расстройства и, анализируя факторы риска развития послеродовых психозов, необходимо отметить, что клинически развернутые формы психической патологии в анамнезе (в частности, биполярное расстройство [7, 8], шизоаффективное расстройство, шизофрения) являются основными причинами манифестации психотических расстройств в послеродовом периоде [9]. По данным нескольких исследований, посвященных нозологической принадлежности послеродовых психозов на относительно больших выборках, большая их часть возникает в рамках течения биполярного аффективного расстройства или шизоаффективного расстройства (до 80–90%), в то время как диагноз шизофрении подтверждается не более чем у 10% пациенток [9]. Результаты исследований выявили единственный статистически значимый фактор риска развития послеродового психоза, которым оказались первые роды [10–13]. Высокая частота возникновения послеродового психоза после первой беременности может быть связана с таким осложнением, как преэклампсия, а также с биологическими и психосоциальными различиями между первой и последующими беременностями. Гормональным колебаниям (изменения уровней эстрогена, прогестерона, пролактина, фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона) в развитии послеродовых психозов отводится косвенная роль. Результаты исследований свидетельствуют не о нарушении эндокринной физиологии у женщин с послеродовыми психозами, а об аномальном ответе на нормальные гормональные колебания в послеродовом периоде [14].

Послеродовой психоз представляет собой уникальное пограничное состояние между психиатрией и акушерством, патогенез и этиология которого до сих пор остаются предметом научных дискуссий. В отличие от классических психотических расстройств, психоз пуэрперального периода развивается в строго определенные временные рамки – первые шесть недель после родов – и характеризуется специфическим сочетанием аффективных и продуктивных симптомов. Клиническая картина послеродовых психозов характеризуется крайней гетерогенностью, что подтверждается данными современной литературы [15–17]. В большинстве случаев манифестация психоза приходится на первые шесть недель после родов и сопровождается бессонницей, аффективной лабильностью, ипохондрическими навязчивыми мыслями в отношении состояния здоровья новорожденного; в дальнейшем происходит утяжеление психопатологической симптоматики за счет присоединения бредовых идей различной степени систематизации, в основном в отношении материнства и новорожденного (бред инсценировки, преследования, дерматозойный бред, нигилистический бред с убежденностью в сохраняющейся беременности, отсутствии внутренних органов), истинных и псевдогаллюцинаций, дезорганизации мышления; наблюдаются кататонические и шизофреноподобные расстройства (психомоторное возбуждение, ступор, негативизм, симптомы «первого ранга» по K. Schneider). Нарушения аффективной сферы (депрессивный, маниакальный и смешанный синдромы) широко представлены в клинической картине послеродовых психозов. Также заслуживает внимания атипичная симптоматика: нарушения ориентировки, состояния спутанности сознания, диссоциативные расстройства, что обнаруживает некоторое сродство послеродовых психозов с делириозными состояниями, характерными для соматогенных психозов. К дополнительным аспектам гетерогенности послеродовых психозов относятся: время становления психоза – как правило, первые проявления наблюдаются в первые шесть недель после родов, однако имеет место и более поздняя манифестация симптоматики; его динамика – заболевание характеризуется как острым началом, так и подострым, волнообразным течением; а также вышеупомянутая калейдоскопичность психопатологических феноменов.

Послеродовой психоз может манифестировать до выписки из родильного дома (по клиническим протоколам выписка осуществляется на третьи сутки при естественных родах или на четвертые-пятые – после кесарева сечения). В этом случае первыми, кто наблюдает

пуэрперальный психоз у родильниц, являются акушеры-гинекологи и неонатологи, что указывает на необходимость тщательного сбора анамнеза при поступлении в родовспомогательное учреждение и после родов. Однако, по данным литературы, послеродовой психоз наиболее часто возникает позднее. Это подчеркивает важность информирования женщины как во время беременности, так и после родов, а также членов ее семьи о возможности развития послеродового психоза и последствиях для матери и новорожденного. В случае появления первых симптомов психоза необходимо незамедлительно обратиться к врачу-психиатру.

Послеродовой психоз представляет собой ургентное состояние с необходимостью немедленного оказания медицинской помощи в стационарных условиях. Как было указано ранее, полиморфизм клинической картины диктует обоснованность проведения углубленной дифференциальной диагностики, включающей в себя сбор обобщенного анамнеза, проведение физикального осмотра, психопатологическое обследование и оценку неврологического статуса, а также лабораторные исследования с целью исключения других причин развития психотического состояния. В первую очередь дифференциальный диагноз проводится с другими психическими расстройствами, начало которых приходится на пуэрперальный период. Бейби-блюз («синдром материнской хандры») сопровождается лабильностью настроения, слезливостью, раздражительностью и ощущением упадка сил, является преходящим физиологическим состоянием, возникающим в ответ на гормональные изменения, и в течение 7–10 дней завершается самостоятельно без потребности в назначении психофармакотерапии [18]. Послеродовая депрессия представляет собой более серьезное состояние с необходимостью интервенции со стороны врачей-психиатров и клинически проявляется сниженным настроением, потерей интереса или удовольствия от деятельности, ранее приносящей чувство удовлетворения; указанные симптомы возникают в течение четырех – шести недель после родов и негативно влияют на качество осуществляемого ухода за ребенком и детско-родительские отношения в целом [19]. Также имеются данные, согласно которым существует повышенный риск экзацербации обсессивно-компульсивного расстройства в послеродовом периоде [20], в связи с чем трудоемкой задачей является разграничение навязчивых мыслей (обсессий) и бредовых идей, встречающихся при постпуэрперальном психозе. На начальных этапах клиническая картина послеродового психоза может быть представлена состоянием помраченного сознания, обнаруживающим сходство с делирием; ввиду этого дифференциальный диагноз проводится с эклампсией, воспалительными процессами (мастит, эндометрит), метаболическими нарушениями, витаминной недостаточностью [21]. Ухудшение памяти, головокружения и головная боль могут быть проявлением синдрома Шихана – достаточно редкого и ургентного состояния, при котором в результате массивного кровотечения во время родов или раннего послеродового кровотечения возникает ишемический некроз гипофиза и, как следствие, вторичная аменорея центрального генеза [22]. Аутоиммунный компонент также участвует в развитии послеродового психоза; данные исследования демонстрируют, что у 19% пациенток с впервые развившимся пуэрперальным психозом при расширенном скрининге обнаруживается сопутствующий аутоиммунный тиреоидит [23]. Аутоиммунный энцефалит был выявлен у 4% женщин с послеродовым психозом, в том числе аутоиммунный энцефалит, вызванный антителами к NMDA-рецепторам, что может сопровождаться превалированием в клинической картине острых психопродуктивных расстройств (бред, галлюцинации), неврологической симптоматики и поведенческих нарушений [24]. Женщинам с психотическими состояниями в пуэрперальном периоде показано исследование уровней глюкозы, электролитов, креатинина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, билирубина, Т3, Т4 и антител к тиреопероксидазе и NMDA-рецепторам в сыворотке крови, а также токсикологическое тестирование и использование методов нейровизуализации (магнитно-резонансная томография и компьютерная томография головного мозга) для исключения органического фактора [25].

К сожалению, на сегодняшний день не существует унифицированных протоколов ведения женщин с послеродовым психозом. Выбор тактики лечения зависит от ведущего психопатологического синдрома. В ходе своего исследования A. Ahokas и соавт. (2000) отмечали регрессию психопатологической симптоматики у женщин с послеродовым психозом на фоне проводимой терапии микронизированным 17b-эстрадиолом длительностью шесть недель [26]. Тем не менее психофармакологические препараты сохраняют за собой титул золотого стандарта при выборе клиницистами тактики лечения пуэрперальных психозов. Сочетание антипсихотиков (оланзапин, рисперидон и кветиапин) и препаратов лития широко применяется врачами-психиатрами для купирования острой психотической симптоматики [27]. Согласно другим данным, электросудорожная терапия оказывает более быстрый терапевтический эффект в сравнении с традиционной терапией [28]. V. Bergink и соавт. в своем исследовании разработали многоэтапный алгоритм лечения послеродовых психозов: на первом этапе пациенты получали лоразепам на ночь в течение трех дней; второй этап заключался в присоединении антипсихотика (как правило, галоперидола) к существующей схеме терапии; при отсутствии терапевтического эффекта спустя две недели пациентки дополнительно получали препараты лития с контролем концентрации лития в сыворотке крови [29].

Главными предикторами развития психоза в пуэрперальном периоде являются наличие послеродового психоза у повторнородящих, а также биполярное аффективное расстройство (БАР) в анамнезе [30]. С целью предотвращения развития психопатологической симптоматики по мере разрешения родов у пациенток, имеющих повышенный риск развития послеродового психоза, ведение беременности требует междисциплинарного подхода с вовлечением врачей-психиатров. По данным ряда исследований, пациентки с БАР, получавшие препараты лития, демонстрировали более низкую частоту развития послеродового психоза [31]. Применение оланзапина, вальпроевой кислоты и эстрогена не оказало профилактического эффекта на течение послеродового психоза [32–34]. Однако стоить отметить, что в эти ис-

следования были включены женщины, начавшие лекарственную профилактику как во время беременности, так и в послеродовой период. В силу своего строения литий свободно проникает через фетоплацентарный барьер [35], в связи с чем применение препаратов лития во время беременности ассоциировано с опасностью формирования ряда патологических состояний у плода – патологий сердечно-сосудистой системы, в частности аномалии Эбштейна (врожденный порок сердца с поражением трехстворчатого клапана и правого желудочка) [36, 37]; в научной литературе также описаны случаи развития у плода диафрагмальной грыжи [38], зоба щитовидной железы [39], пороков развития нервной трубки [40], а также двусторонней дисплазии тазобедренных суставов [41]; однако малый объем выборки указанных клинических случаев не позволяет экстраполировать эти данные на общую популяцию. Внутриутробная экспозиция препаратами лития также ассоциирована с неонатальными осложнениями: D.J. Newport и соавт. обнаружили взаимосвязь между высоким уровнем концентрации лития в крови новорожденных и низкими показателями по шкале Апгар на первой минуте [35]. В связи с необходимостью оценки соотношения пользы от назначенной терапии и рисков для плода и новорожденного вопрос о времени начала профилактической терапии остается открытым [42].

Проблема грудного вскармливания у пациенток с послеродовым психозом остается дискуссионной. Общеизвестно о благоприятном влиянии лактации на эмоциональное состояние психически здоровой матери в виде снижения уровня тревожности и укрепления материнской привязанности [43]; некоторые исследования также указывают, что грудное вскармливание способно снижать риск обострения психотических состояний [44]. Несмотря на это, нельзя исключить риск неосознанного причинения вреда новорожденному или неадекватного ухода за ним со стороны матери, находящейся в остром психотическом состоянии ввиду бредовых убеждений и прочих психических расстройств [25]. Многие антипсихотические препараты и стабилизаторы настроения способны проникать в грудное молоко и представлять риск для здоровья новорожденного, в связи с чем выбор препаратов ограничивается их профилем безопасности при лактации с необходимостью тщательного наблюдения. В силу отсутствия данных о безопасности многих психотропных препаратов при грудном вскармливании [22] необходимость медикаментозного лечения ассоциирована с прекращением грудного вскармливания ради безопасности новорожденного; с целью подавления лактации могут быть использованы бромокриптин, каберголин.

В соответствии с современными представлениями послеродовые психозы объединяют в группу патогенетически разнородных состояний с общим периодом манифестации. Спектр клинических проявлений может варьироваться от аффективных расстройств до острых психопродуктивных симптомов, которые в отсутствие своевременного лечения могут представлять угрозу жизни матери и новорожденного. Расширенная дифференциальная диагностика с использованием лабораторных, инструментальных и нейровизуализационных методов необходима для определения дальнейшей тактики ведения пациенток с послеродовым психозом. Разрозненность данных в отношении алгоритмов лечения психотических состояний в пуэрперальном периоде представляет собой окно возможностей для проведения дополнительных исследований в этой области в будущем.

Литература

1. Jones I. et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period // Lancet. – 2014. – V. 384. – No 9956. – P. 1789–799. 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 // Psychological Medicine. – 2015. – V. 45. – No 16. – P. 3481–3489. DOI: 10.1017/S0033291715001385.
3. Confidential inquiries into maternal deaths: Why mothers die, 1997–99. – London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – 2001.
4. Davidson J. et al. A follow-up study of post partum illness, 1946–1978 // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1985. – V. 71. – No 5. – P. 451–457.
5. Tainaka H. et al. Long-term effect of persistent postpartum depression on children's psychological problems in childhood // Journal of Affective Disorders. – 2022. – V. 305. – P. 71–76. DOI: 10.1016/j.jad.2022.02.061.
6. Forde R. et al. Psychological interventions for managing postpartum psychosis: a qualitative analysis of women's and family members // BMC Psychiatry. – 2019. – V. 19. – No 1. – P. 411. DOI: 10.1186/s12888-019-2378-y.
7. Blackmore E.R. et al. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis // Bipolar Disord. – 2013. – V. 15. – No 4. – P. 394–340. DOI: 10.1111/bdi.12071.
8. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Lancet. – 2013. – V. 381. – No 9875. – P. 1371–1379. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62129-1.
9. Brockington I.F. Puerperal psychosis: Motherhood and mental health. – New York: Oxford University Press. – 1996. – P. 200.
10. Blackmore E.R. et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis // Br. J. Psychiatry. – 2006. – V. 188. – P. 32–36. DOI: 10.1192/bjp.188.1.32.
11. Bergink V. et al. First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – V. 72. – No 11. – P. 1531–1537. DOI: 10.4088/JCP.10m06648.
12. Munk-Olsen T. et.al. Birth order and postpartum psychiatric disorders // Bipolar Disord. – 2014. – V. 16. – No 3. – P. 300–307. DOI: 10.1111/bdi.12145.
13. Di Florio A. et al. Mood disorders and parity—a clue to the aetiology of the postpartum trigger // J. Affect. Disord. – 2014. – V. 152–154. – No 100. – P. 334–339. DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.034.
14. Bloch M. et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression // Am. J. Psychiatry. – 2000. – V. 157. – No 6. – P. 924–930. DOI: 10.1176/appi.ajp.
15. Демченко А.А. и др. Клинический случай психоза в послеродовом периоде // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 5 (143). [Demchenko A.A. et al. A clinical case of psychosis in the postpartum period // International Scientific Research

Journal. – 2024. – No 5 (143). In Russian]. DOI: 10.60797/IRJ.2024.143.63. URL: https://research-journal.org/archive/5-143-2024-may/10.60797/IRJ.2024.143.63.
16. Клейменова С.А. и др. Клинический случай послеродового психоза на фоне туберкулезной интоксикации // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17. – № 1. – С. 72–77. [Clemenova S.A. et.al. Clinical case of postnatal psychosis against tubercular intoxication // Applied Information Aspects of Medicine. – 2014. – V. 17. – No 1. – P. 72–77. In Russian]. DOI: 10.18499/2070-9277-2014-17-1-72-77.
17. Кочерева Е.Д. и др. Клинический случай послеродового психоза: проблемы дифференциального диагноза. Значение мультидисциплинарного подхода // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2023. – № 3. – С. 101–105. [Kochereva E.D. et.al. Clinical case of postpartum psychosis: problems of differential diagnosis. The importance of a multidisciplinary approach // Kremlin medicine. Clinical Bulletin. – 2023. – No 3. – P. 101–105. In Russian]. DOI: 10.48612/cgma/2thk-k9u7-6dzx.
18. Payne J.L. et al. A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology // Harv. Rev. Psychiatry. – 2009. – V. 17. – No 2. – P. 72–86. DOI: 10.1080/10673220902899706.
19. Yonkers K.A. et al. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women // Obstet. Gynecol. – 2011. – V. 117. – No 4. – P. 961–977. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31821187a7.
20. Forray A. et al. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and postpartum period // J. Clin. Psychiatry. – 2010. – V. 71. – No 8. – P.1061–1068. DOI: 10.4088/JCP.09m05381blu.
21. Bergink V. et al. Postpartum psychosis: Madness, mania and melancholia in motherhood // Am. J. Psychiatry. – 2016. – V. 173. – No 12. – P. 1179–1188. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16040454.
22. Diri H. et al. Sheehan's syndrome: New insights into an old disease // Endocrine. – 2016. – V. 51. – No 1. – P. 22–31. DOI: 10.1007/s12020-015-0726-3.
23. Bergink V. et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis // Br. J. Psychiatry. – 2011. – V. 198. – No 4. – P. 264–268. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082990.
24. Bergink V. et al. Autoimmune encephalitis in postpartum psychosis // Am. J. Psychiatry. – 2015. – V. 172. – No 9. – P. 901–908. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14101332.
25. Sit D. et al. A Review of Postpartum Psychosis // Journal of Women's Health. – 2006. – V. 15. – No 4. – P. 352–368. DOI: 10.1089/jwh.2006.15.352.
26. Ahokas A. et al. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study // Journal of Clinical Psychiatry. – 2000. – V. 61. – No 3. – P. 166–169. DOI: 10.4088/jcp.v61n0303.
27. Jairaj C. et al. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm // Journal of Psychopharmacology. – 2023. – V. 37. – No 10. – P. 960–970. DOI: 10.1177/02698811231181573.
28. Babu G.N. et al. Use of electroconvulsive therapy (ECT) in postpartum psychosis a naturalistic prospective study // Arch. Womens Ment. Health. – 2013. – V. 16. – No 3. – P. 247–251. DOI: 10.1007/s00737-013-0342-2.
29. Bergink V. et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period // Am. J. Psychiatry. – 2015. – V. 172. – No 2. – P. 115–23. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13121652.
30. Wesseloo R. et al. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis // American Journal of Psychiatry. – 2016. – V. 173. – No 2. – P. 117–127. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124.
31. Stewart D.E. et al. Prophylactic lithium in puerperal psychosis: the experience of three centres // The British Journal of Psychiatry. – 1991. – V. 158. – No 3. – P. 393–397.
32. Sharma V. et al. Olanzapine in the prevention of postpartum psychosis and mood episodes in bipolar disorder // Bipolar Disorders. – 2006. – V. 8. – No 4. – P. 400–404. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00335.x.
33. Wisner K.L. et al. Prevention of postpartum episodes in women with bipolar disorder // Biological psychiatry. – 2004. – V. 56. – No 8. – P. 592–596. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.07.022.
34. Kumar C. et al. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth // Journal of Clinical Psychiatry. – 2003. – V. 64. – No 2. – P. 112–118. DOI: 10.4088/jcp.v64n0202.
35. Newport D.J. et al. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy // American Journal of Psychiatry. – 2005. – V. 162. – No 11. – P. 2162–2170. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.11.2162.
36. Lupo P.J. et al. Epidemiology of Ebstein anomaly: prevalence and patterns in Texas, 1999–2005 // Am. J. Med. Genet. A. – 2011. – V. 155. – No 5. – P. 1007–1014. DOI: 10.1002/ajmg.a.33883.
37. Reis M. et al. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome // J. Clin. Psychopharm. – 2008. – V. 28. – No 3. – P. 279–288. DOI: 10.1097/JCP.0b013e318172b8d5.
38. Hosseini S.H. et al. Congenital diaphragmatic hernia following usage of lithium carbonate; is lithium a teratogen? // Iran J. Pediatr. – 2010. – V. 20. – No 1. – P. 127–130.
39. Frassetto F. et al. Goiter in a newborn exposed to lithium in utero // Ann. Pharmacother. – 2002. – V. 36. – No 11. – P. 1745–1748. DOI: 10.1345/aph.1C123.
40. Jacobson S.J. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcome after lithium exposure during 1st trimester // Lancet. – 1992. – V. 339. – No 8792. – P. 530–533. DOI: 10.1016/0140-6736(92)90346-5.
41. Deiana V. et al. Continuation versus discontinuation of lithium during pregnancy: a retrospective case series // J. Clin. Psychopharmacol. – 2014. – V. 34. – No 3. – P. 407–410. DOI: 10.1097/JCP.0000000000000059.
42. Burt V.K. et al. Bipolar disorder and pregnancy: maintaining psychiatric stability in the real world of obstetric and psychiatric complications // American Journal of Psychiatry. – 2010. – V. 167. – No 8. – P. 892–897. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09081248.
43. Peñacoba C. et. al. Associations between breastfeeding and mother–infant relationships: a systematic review // Breastfeeding Medicine. – 2019. – V. 14. – No 9. – P. 616–629. DOI: 10.1089/bfm.2019.0106.
44. Chandra P.S. et al. Delusions related to infant and their association with mother–infant interactions in postpartum psychotic disorders // Archives of Women's Mental Health. – 2006. – V. 9. – No 5. – P. 285–288. DOI: 10.1007/s00737-006-0147-7.