

ŽINDYMAS IR PSICHIKĄ VEIKIANTYS VAISTAI

Vilius Rutkauskas¹, Sigita Lesinskienė², Natalja Fatkulina³

^{1,2}*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Klinikinės medicinos instituto Psichiatrijos klinika,*

¹*Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Universitetinis ir psichosocialinės reabilitacijos skyrius,* ³*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas*

Raktažodžiai: žindymas, psichikos ligos, psichiką veikiantys vaistai, antidepresantai, benzodiazepinai, litis, nuotaikos stabilizatoriai.

Santrauka

Straipsnyje nagrinėjami aktualūs kūdikių žindymo ir motinų gydymo psichiką veikiančiais vaistais klausimai. Apžvelgtos pagrindinės psichotropinių vaistų grupės, pateikiamos rekomendacijos. Daugelis psichiatrinėms būklėms gydyti skiriamų vaistų laikomi pakankamai saugiais, kad motinai galima būtų rekomenduoti tęsti žindymą, nepaisant reguliaraus jų vartojimo. Psichikos sutrikimų turinčias motinas svarbu paskatinti žindyti kūdikį, kadangi tai padeda palaikyti motinos ir vaiko ryšį, kuris yra svarbus sklandžiai kūdikio raidai. Dalis psichikos ligomis sergančių pacienčių atsisako tęsti žindymą arba nutraukia psichotropinių vaistų vartojimą, bijodamos pakenkti kūdikiui, todėl svarbu informuoti šeimą apie galimą riziką ir pasirinkti tinkamą vaistą. Nėštumas ir gimdymas didina psichikos ligų paūmėjimo riziką, todėl siekiant užtikrinti motinos ir kūdikio sveikatą, svarbu, kad būtų skiriamas tinkamas farmakologinis ir kompleksinis nefarmakologinis gydymas. Žindymo nauda nusveria galimą riziką, jei motinos farmakologinis gydymas yra individualizuojamas, reguliariai vertinama žindomo kūdikio būklė, pacientės ir kūdikio priežiūroje sistemingai dalyvauja tarpdisciplininė specialistų komanda (psichiatras, neonatologas, akušeris, pediatras, šeimos gydytojas, klinikinis farmakologas, slaugytojas). Motinų psichikos sutrikimų paūmėjimas sukelia didelę žalą jų kūdikių raidai, todėl sprendžiant žindymo klausimus, būtina remtis moksliniais duomenimis, tinkamai informuoti visuomenę.

Pasaulinės sveikatos organizacijos rekomendacijos viena-reikšmiškai rekomenduoja maitinti krūtimi ne mažiau kaip 6 mėnesius [1]. Psichikos sutrikimų turinčias motinas svarbu paskatinti žindyti kūdikį, kadangi tai padeda palaikyti motinos ir vaiko ryšį, kuris yra svarbus sklandžiam kūdikio vystymuisi. Dalis psichikos ligomis sergančių pacienčių atsisako tęsti žindymą arba nutraukia psichotropinių vaistų vartojimą, bijodamos pakenkti kūdikiui, todėl svarbu informuoti šeimą apie galimą riziką ir pasirinkti tinkamą vaistą. Daugelis psichiatrinėms būklėms gydyti skiriamų vaistų laikomi pakankamai saugiais, kad motinai galima būtų rekomenduoti tęsti žindymą, nepaisant reguliaraus jų vartojimo. Vaisto dalis, tenkanti žindomam kūdikiui, literatūroje vadinama santykinė kūdikio doze (angl. RID – relative infant dose). Šis rodiklis apibūdina, kokią procentinę dalį vaisto miligramais kilogramui kūno masės gauna žindomas kūdikis. Paprastai vaistas laikomas saugiu vartoti žindymo metu tada, kai jo RID yra žemiau 10 proc. [2,3]. Atkreiptinas dėmesys, kad didelės apimties klinikinių studijų šia tematika yra itin nedaug, o pateikiama informacija dažniausiai paremta pavienių klinikinių atvejų aprašymais. Šiame straipsnyje surinkti ir apibendrinti moksliniai duomenys apie dažniausiai psichiatrijoje skiriamus vaistus ir jų poveikį žindymo saugumui. Santykinai nedidelės dalies tokių vaistų vartojimas vertinamas kaip labiau potencialiai žalingas kūdikio sveikatai, nei žindymo nauda. Tinkamas pacientų ir medikų informavimas reikalingas mažinant visuomenėje paplitusias moksliniais duomenimis nepagrįstas išankstines neigiamas nuomones apie psichotropinių vaistų vartojimą ir motinystę, dažnai neįvertinant motinų psichikos sutrikimų paūmėjimo keliamos žalos jų kūdikių raidai.

Darbo tikslas – apžvelgti naujausią literatūrą apie žindymo saugumą kūdikiui, žindančiai motinai vartojant psichiką veikiančius vaistus.

Įvadas

Žindymas svarbus ir fizinei, ir emocinei kūdikio raidai.

Tyrimo objektas ir metodai

Apžvelgti ir išanalizuoti literatūros šaltiniai. Publikacijų

paieška vykdyta duomenų bazėje Pubmed. Į apžvalgą įtrauktos tik anglų kalba paskelbtos publikacijos, atitinkančios apžvelgiamą temą. Įtraukti straipsniai, publikuoti ne vėliau kaip 2019 m. lapkričio 15 dieną.

Tyrimo rezultatai

Antidepresantai. Žinoma, kad depresija sergančios gimdyvės dažniau pagimdo anksčiau termino, naujagimiai būna mažesnės kūno masės [4], depresija sirgusių motinų vaikų kraujyje nustatomos didesnės kortizolio koncentracijos [5,6]. Negydoma depresija yra vienas aiškiausių rizikos faktorių pogimdyminei depresijai išsivystyti [7]. Pogimdyminė depresija turi neigiamą poveikį tiek vaiko IQ, emociniam ir kalbos vystymuisi, tiek motinos naudojamoms auklėjimo ir saugumo užtikrinimo praktikoms [8,9]. Pasikartojančiu depresiniu ar bipoliniu sutrikimu sergančių moterų atkryčio rizika, nutraukus medikamentinį gydymą, siekia daugiau nei 70 proc. [10,11]. Pogimdyminės depresijos paplitimas yra iki 13 proc. motinų, dalis jų yra gydomos antidepresantais. Didelė dalis antidepresantus vartojančių motinų pageidauja tęsti žindymą net ir vartodamos antidepresantus, bet išsamų studijų apie skirtingų antidepresantų koncentracijas motinos plazmoje, piene ar žindomo kūdikio plazmoje yra nedaug [12]. Didžioji dalis šaltinių, kuriais remiamasi vertinant antidepresantų skyrimo nėštumo metu saugumą, yra pavieniai klinikiniai atvejai ar jų serijos. Studijų, kuriose yra vertinamos ir kontrolinės grupės, itin mažai. Daugeliui antidepresantų neatlikta patikimų studijų, tad jų ekskrecija į motinos pieną ir poveikis žindomo kūdikio sveikatai nėra aiškus. Nors SNRI grupės antidepresantų saugumas ir nustatoma koncentracija motinos piene yra panašūs kaip SSRI grupės antidepresantų, jie vertinami kaip antro pasirinkimo antidepresantų grupė dėl patikimų tyrimų trūkumo [13]. SNRI grupės antidepresantas venlafaksinas patenka į motinos pieną, nedidelės jo koncentracijos buvo aptiktos žindomų kūdikių kraujyje, vis dėlto poveikio šių vaikų sveikatai nekonstatuota [14]. Kito SNRI grupės antidepresanto duloksetino koncentracija piene taip pat nedidelė ir duomenų apie rimtą šalutinį poveikį žindomam kūdikiui nėra [13]. Dėl patikimų duomenų trūkumo apie žindymo saugumą vartojant NaSSA grupės antidepresantus (pavyzdžiui, mianseriną, mirtazapiną), rekomenduojama šių vaisių žindančioms moterims neskirti. Daugelio triciklių antidepresantų (pavyzdžiui, amitriptilino, klomipramino, impiramino) RID siekia apie 1-3 proc. Duomenų apie rimtus sveikatos sutrikimus, pasireiškusius šios grupės vaistus vartojusių motinų žindomiems kūdikiams, nėra [2]. Remiantis šiuo metu turimais duomenimis, daugelyje šaltinių SSRI grupės antidepresantai yra laikomi saugiausiais vartoti žindymo metu. Šios grupės antidepresantai yra dažniausiai skiriami nėščioms ir žindančioms motinoms.

Nors jie išsiskiria į motinos pieną, jų koncentracijos paprastai būna nežymios ir žindomam kūdikiui nepakenkia. Sertralinas ir paroksetinas laikomi saugiausiais antidepresantais ir yra rekomenduojami kaip pirmo pasirinkimo antidepresantai žindymo metu. Autoriai pateikia pavienius klinikinius atvejus, kai fluoksetinas ir citalopramas sukėlė simptomus žindomiems kūdikiams. Fluoksetino koncentracija motinos piene yra didžiausia tarp visų SSRI grupės antidepresantų. Apie escitalopramo ir fluvoksamono saugumą žindymo metu duomenų apskritai yra mažai, todėl rekomenduojama šių antidepresantų žindymo metu esant galimybei nevartoti arba rinktis maitinimą mišiniais. Dėl duomenų trūkumo taip pat nerekomenduojama žindymo metu rinktis kitų klasių antidepresantų: agomelatino, vortiooksetino [2,13,15–17]. Daugelis autorių dėl antidepresanto vartojimo rekomenduoja spręsti individualiai, bet jei nėštumo metu buvo vartotas konkretus antidepresantas ir jį vartojant psichikos būseną buvo stabili, žindymo metu tikslinga vartoti tą patį vaistą. Jei antidepresantas skirtinas jau po gimdymo ir pacientei pradėjus žindymą, pasirinktinai pirmo pasirinkimo antidepresantas – sertralinas ar paroksetinas [13].

Benzodiazepinai. Benzodiazepinų grupės vaistai skiriami tiek sunkių psichiatrinų būklių metu (pavyzdžiui, paranojinės šizofrenijos paūmėjimas, manijos būseną ar sunki depresija) kaip papildomas gydymas ūmios būklės metu, tiek trumpalaikiam nerimo ar nemigos gydymui, nesant sunkaus psichikos sutrikimo. Jų vartojimas žindymo metu nerekomenduojamas, bet nėra absoliučiai kontraindikuotinas, jei žindomas kūdikis sveikas ir neturi įgimtų metabolizmo sutrikimų. Vis dėlto siekiant sumažinti jų neigiamo poveikio kūdikiui riziką, rekomenduojama skirti trumpo veikimo benzodiazepinus ir vengti tęstinio jų vartojimo. Pirmo pasirinkimo benzodiazepinai žindymo metu yra trumpai veikiantis midazolamas, vidutinio veikimo aktyvių metabolitų neturintis lorazepamas arba oksazepamas, kuris į pieną patenka labai nedideliais kiekiais dėl savo hidrofiliųjų savybių. Yra pavienių duomenų, kad benzodiazepinai sukėlė nepageidaujamų reakcijų žindomam kūdikiui, bet daugelis jų pasitaikė vartojant ilgesnio veikimo benzodiazepinus (diazepamą, klonazepamą) [2,13].

Neuroleptikai. Šios grupės vaistai nėštumo metu skiriami santykinai dažnai. Jais gydomi psichoziniai sutrikimai, bipolinis sutrikimas, gydymui rezistentiška depresija. Pogimdyminis periodas didina psichikos ligų atkryčio riziką. Viena iš sunkiausių paūmėjimo apraiškų yra pogimdyminė psichozė, kurios dažnumas yra iki 2 iš 1000 gimdymų [7]. Tai ūmi psichiatrinė būklė, kuri negydoma gali komplikuotis suicidu ar infanticidu.

Neuroleptikai nėra kontraindikuotini žindymo metu. Paprastai jų RID rodiklis nedidelis, svyruoja apie kelis procen-

tus ir duomenų apie žindymo metu kūdikiams pasireiškusi šalutinį poveikį yra nedaug [18]. Daugelis pirmos kartos neuroleptikų (pavyzdžiui, haloperidolis, chlorpromazinas) į motinos pieną patenka mažomis dozėmis, jų RID dažniausiai nesiekia 10 procentų [19]. Terapinėmis dozėmis vartojant haloperidolį, jo koncentracija būna maža ir reikšmingo šalutinio poveikio žindomiems kūdikiams nekonstatuota [13].

Daugelio autorių nuomone, antros kartos neuroleptiko klozapino krūtimi maitinančios motinos neturėtų vartoti dėl jo sukeltos traukulių ir agranulocitozės rizikos [20,21]. Jei vartojamas kitas antros kartos neuroleptikas, nutraukti maitinimą krūtimi netikslinga. Šios grupės vaistų taip pat žemi RID rodikliai, į motinos pieną patenka mažais kiekiais ir žindomiems kūdikiams pasireiškusio šalutinio poveikio nustatyta nedaug, arba jis buvo nereikšmingas. Olanzapinas laikomas saugiausiu neuroleptiku žindymo metu, todėl jei reikalingas gydymas, rekomenduojama rinktis jį. Skiriant terapines olanzapino dozes, RID siekė iki kelių procentų arba žindomo kūdikio kraujo plazmoje šio vaisto nebuvo randama. Panašias charakteristikas turi ir kitas antros kartos neuroleptikas – kvetiapienas, todėl autoriai jį taip pat pateikia kaip pirmo-antro pasirinkimo neuroleptiką žindymo metu. Duomenų apie šių dviejų neuroleptikų saugumą žindymo metu yra daugiausia [13,21]. Risperidonas taip pat priskiriamas prie galimų vartoti žindymo metu neuroleptikų, bet apie jo saugumą duomenų nedaug, todėl rekomenduojamas tęstinis ir atidus žindomo kūdikio stebėjimas. Duomenų apie aripiprazolo, ziprazidono, paliperidono, lurazidono saugumą žindymo metu nedaug, todėl, jei yra galimybė, žindymo metu geriau rinktis kitus vaistus. Amisulprido koncentracija motinos piene yra viena iš didžiausių tarp visų neuroleptikų, todėl kai kurie autoriai šio vaisto vartojimą vertina kaip kontraindikaciją žindymui [18].

Litis ir kiti nuotaikos stabilizatoriai. Bipoliniu sutrikimu sergančių moterų atkryčio rizika po gimdymo siekia iki 35 proc., jei jos yra gydomos, ir iki 85 proc., jei nesigydo [11]. Ligos paūmėjimas kelia riziką ne tik motinos, bet ir kūdikio sveikatai, nes manijos ar depresijos fazėje pacientė gali gausiai vartoti alkoholį ar kitas psichoaktyviasias medžiagas, dėl blogos mitybos gali vystytis mitybos nepakankamumas, pasireikšti suicidogeniškas arba save žalojantis elgesys, dėl trumaplaukių seksualinių santykių gali didėti lytiškai plintančių ligų rizika ir pan. Litis vienas dažniausiai ir ilgiausiai skiriamų nuotaikos stabilizatorių, tačiau duomenų apie jo saugumą žindymo metu nedaug. Atkreiptinas dėmesys, kad šio vaisto terapinė ir toksinė koncentracija skiriasi nedaug, todėl jį labai lengva perdozuoti. Tyrimų duomenimis, litis patenka į motinos pieną, jo RID yra aukštas ir siekia 12-30 proc., žindomo kūdikio kraujyje ličio koncentracija gali siekti 24-74 proc. motinos kraujyje esančios ličio koncentracijos

[22]. Dėl šios priežasties daugelis autorių rekomenduoja nežindyti kūdikio, jei motina gydoma ličiu [17]. Vis tik kai kurie šaltiniai gydymo ličiu nevertina kaip absoliučios kontraindikacijos žindyti ir, esant tam tikroms sąlygoms (kai nėra gydymo alternatyvų, aptarus galimą riziką su motina ir, esant galimybei, stebint ličio koncentraciją piene), gydymą ličiu žindymo metu vertina priimtina [2,23].

Valproinės rūgšties nerekomenduojama skirti vaisingo amžiaus moterims, nes šis vaistas yra žinomas kaip aiškus teratogenas, todėl žindančios pacientės jį vartoja retai. Karbamazepinas taip pat žinomas kaip teratogenas, be to, vaisiui jis gali sukelti vitamino K nepakankamumą ir kraujavimus.

Valproinės rūgšties ir karbamazepino rekomenduojama neskirti krūtimi maitinančioms motinoms. Vis dėlto šių vaistų RID rodiklis siekia atitinkamai 1-2 proc. ir 4-6 proc., todėl jei šis gydymas buvo skirtas iki gimdymo, žindymas krūtimi nėra kontraindikuotinas [2,17,23].

Bendrosios rekomendacijos. Apibendrinant literatūros duomenis, galima remtis šiomis pagrindinėmis rekomendacijomis [17,24]:

- Kuo anksčiau nėštumo metu su būsima motina aptarti žindymo, vartojant konkretų vaistą, perspektyvas. Staigus vaisto keitimas nėštumo pabaigoje ar iškart po gimdymo, didina psichikos sutrikimo atkryčio riziką.

- Jei motina vartojo vaistą viso nėštumo metu, dažniausiai tinkamiausia strategija būtų tęsti to paties vaisto vartojimą ir žindymo metu (vis tik yra kelios išimtys). Tuo atveju, jei kelių vaistų tikėtina rizika kūdikiui yra panaši, rekomenduojama nekeisti to, kuris buvo vartotas iki žindymo.

- Jei yra galimybė, tikslinga rinktis tą vaistą, kuris vertinamas kaip turintis mažiausią riziką žindomam kūdikiui.

- Individualiai vertinti žindymo naudos ir galimos vaisto vartojimo rizikos santykį.

- Jei vaistas nekontraindikuotinas žindymo metu, dažniausiai tinkamiausia strategija būtų tęsti jo vartojimą ir žindymo metu. Motinos psichikos būklės gydymas turėtų būti vertinamas kaip prioritetas, todėl jei būtina skirti vaistą, kuris yra kontraindikuotinas žindymo metu, motina turėtų būti paskatinta nutraukti žindymą.

- Atkreiptinas dėmesys, kad naujagimiai, ypač neišnešioti, fiziologiškai turi mažesnes vaistų klirenso galimybes.

- Reguliariai vertinti kūdikio vystymąsi, augimą, maitinimosi įpročius, stebėti galimų su pienu gauti vaistų šalutinį poveikį.

- Motinos, kurios gauna seduojančiu poveikiu pasižymintius vaistus, turėtų būti įspėtos nežindyti lovoje, nes žindymo metu gali užsnūsti ir užspausti kūdikį.

- Tikslinga skirti mažiausias efektyvias vaistų dozes, pagal galimybes vengti kelių vaistų skyrimo, laikytis nėštumo metu taikyto vaistų vartojimo režimo.

-Psichikos sutrikimų turinčios ir krūtimi maitinančios motinos turėtų greitai gauti psichologinį (psichoterapinį) gydymą, bet sunkaus psichikos sutrikimo atveju medikamentinis gydymas dažnai yra esminis gydymo komponentas.

-Atkreiptinas dėmesys, kad pateikiamos rekomendacijos aktualesnės tuo atveju, jei kūdikis yra sveikas. Jei kūdikis jau turi sveikatos sutrikimų ar yra neišnešiotas, sprendimas jį žindyti turėtų būti itin atsakingai priimtas, ypač jei motina vartoja kelis psichotropinius vaistus vienu metu.

Išvados

Nėštumas ir gimdymas didina psichikos ligų paūmėjimo riziką, todėl siekiant užtikrinti motinos ir kūdikio sveikatą bei saugumą, svarbu, kad būtų skiriamas tinkamas farmakologinis ir kompleksinis nefarmakologinis gydymas. Duomenų apie psichotropinių vaistų skyrimą žindymo metu trūksta. Vis dėlto dažnu atveju žindymo nauda nusveria galimą riziką, jei farmakologinis gydymas yra individualizuojamas, reguliariai vertinama žindomo kūdikio būklė, pacientės ir kūdikio priežiūroje sistemingai dalyvauja tarpdisciplininė specialistų komanda (psichiatras, neonatologas, akušeris, pediatras, šeimos gydytojas, klinikinis farmakologas, slaugytojas).

Literatūra

- Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO 2003;30.
- Larsen ER, Damkier P, Pedersen LH, Fenger-Gron J, Mikkelsen RL, Nielsen RE, et al. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2015;(445):1-28.
<https://doi.org/10.1111/acps.12479>
- Newton ER, Hale TW. Drugs in breast milk. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58(4):868-84.
<https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000142>
- Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American psychiatric association and the American college of obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):703-13.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181ba0632>
- Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E, Wilkinson CW. Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 2002;14(2):333-49.
<https://doi.org/10.1017/S0954579402002080>
- Halligan SL, Herbert J, Goodyer IM, Murray L. Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biol Psychiatry* 2004;55(4):376-81.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.09.013>
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-95.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Flynn HA, Davis M, Marcus SM, Cunningham R, Blow FC. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):316-22.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.03.009>
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(4):263-74.
<https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>
- Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006;295(5):499-507.
<https://doi.org/10.1001/jama.295.5.499>
- Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007;164(12):1817-24.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101639>
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2004;161(6):1066-78.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.1066>
- Kronenfeld N, Berlin M, Shaniv D, Berkovitch M. Use of psychotropic medications in breastfeeding women. *Birth Defects Res* 2017;109(12):957-97.
<https://doi.org/10.1002/bdr2.1077>
- Newport DJ, Ritchie JC, Knight BT, Glover BA, Zach EB, Stowe ZN. Venlafaxine in human breast milk and nursing infant plasma: determination of exposure. *J Clin Psychiatry* 2009;70(9):1304-10.
<https://doi.org/10.4088/JCP.08m05001>
- Orsolini L, Bellantuono C. Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol* 2015;30(1):4-20.
<https://doi.org/10.1002/hup.2451>
- Cuomo A, Maina G, Neal SM, De Montis G, Rosso G, Scheggi S, et al. Using sertraline in postpartum and breastfeeding: balancing risks and benefits. *Expert Opin Drug Saf* 2018;17(7):719-25.
<https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1491546>
- McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V, et al. British association for psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol Oxf Engl* 2017;31(5):519-52.
<https://doi.org/10.1177/0269881117699361>
- Pacchiarotti I, León-Caballero J, Murru A, Verdolini N, Furio

- MA, Pancheri C, et al. Mood stabilizers and antipsychotics during breastfeeding: focus on bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2016;26(10):1562-78.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.08.008>
19. Parikh T, Goyal D, Scarff JR, Lippmann S. Antipsychotic drugs and safety concerns for breast feeding infants. *South Med J* 2014;107(11):686-8.
<https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000190>
20. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance: Updated edition [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society; 2014 [cited 2019 Nov 18]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305023/>
21. Uguz F. Second generation antipsychotics during the lactation period: a comparative systematic review on infant safety. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36(3):244-52.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000491>
22. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* 2000;61(2):79-90.
<https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0202>
23. Uguz F, Sharma V. Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord* 2016;18(4):325-33.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12398>
24. Taylor D, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. Wiley Blackwell 2019:736.

BREASTFEEDING AND PSYCHOTROPIC MEDICATIONS

V. Rutkauskas, S. Lesinskienė, N. Fatkulina

Keywords: breast-feeding, mental illness, psychotropic drugs, antidepressants, benzodiazepines, lithium, mood stabilizers.

Summary

The article describes the main issues related to breast feeding in mothers who receive psychopharmacological treatment. The main groups of psychotropic drugs are reviewed and recommendations are provided. Many medications used to treat psychiatric conditions are considered to be safe enough to recommend that the mother continue breastfeeding despite its regular use. It is important to encourage mothers with mental disorders to breastfeed, as it helps to maintain the mother-child bond, which is important for the healthy development of the baby. Some patients with mental illness refuse to continue breastfeeding or stop taking psychotropic drugs because of fear of harm the baby, so it is important to inform the family about potential risks and to help choose the right medication. Pregnancy and childbirth increase the risk of exacerbation of mental illness, so proper pharmacological and complex non-pharmacological treatment is important to ensure maternal and infant health. The benefits of breastfeeding outweigh potential risks if pharmacological treatment is individualized, the condition of breastfeeding baby is being regularly evaluated and interdisciplinary team of specialists (psychiatrist, neonatologist, midwife, pediatrician, family physician, clinical pharmacologist, nurse) is involved. The exacerbation of mental disorders in mothers may cause significant damage to the development of their infants, therefore it is necessary to base the decision on scientific data and correctly inform targeted population.

Correspondence to: viliui.rutkauskui@gmail.com

Gauta 2020-01-30