

Тазиева С.А.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН ПРИ СОХРАНЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Научный руководитель: ст. преп. Прихожая К.С.

Кафедра фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Послеродовая депрессия (ПРД) встречается у 5–26% женщин и является серьезным психическим расстройством, которое отличается от транзиторной послеродовой хандры («бэби-блюз») длительностью и выраженностью симптомов. К основным проявлениям ПРД относятся глубокая печаль, чувство безнадежности, потеря интереса к ранее приятным вещам, чувство вины, раздражительность, отсутствие эмоциональной связи с ребенком, сильная усталость, нарушения сна и аппетита, тревога, панические атаки, а в тяжелых случаях – мысли о причинении вреда себе или ребенку. При отсутствии лечения значительно возрастает риск нарушения формирования эмоциональной связи с ребенком, что отрицательно влияет на его физическое и психическое развитие.

В патогенезе ПРД рассматриваются несколько теорий: 1) моноаминовая – в основе - нарушение синтеза и обмена серотонина и норадреналина, 2) нарушение нейропластичности, 3) эксайтотоксичность, вызванная избыточным действием глутамата, 4) дефицит ГАМК и его рецепторов в коре головного мозга.

Лечение пациенток с ПРД легкой и умеренной степени тяжести начинается с психотерапии. Фармакотерапия назначается при тяжелой степени ПРД или при отсутствии ответа на психотерапию. При сохранении грудного вскармливания выбор антидепрессанта основывается на комплексной оценке трех факторов: риска нелеченой депрессии для матери, токсикологического риска для младенца и потери пользы грудного вскармливания. Для оценки безопасности используют количественные показатели: относительную детскую дозу (RID) и соотношение концентраций «грудное молоко/плазма» (M/P ratio). Препараты с RID < 10% и M/P < 1,0 считаются совместимыми с грудным вскармливанием.

Препаратами первой линии при лактации являются сертралин, пароксетин, нортриптилин и имипрамин. Сертралин благодаря высокому связыванию с белками плазмы (98%) меньше других антидепрессантов проникает в грудное молоко (RID ≈ 1%). Пароксетин имеет короткий период полувыведения и не кумулирует. Нортриптилин и имипрамин в крови ребенка не обнаруживаются. Препаратами, требующими особой осторожности или не рекомендованными, являются флуоксетин (длинный период полувыведения, кумуляция, активный метаболит норфлуоксетин с T_{1/2} до 16 суток), цеталопрам и венлафаксин (низкое связывание с белками плазмы), а также доксепин (длинный T_{1/2}, активный метаболит, риск седации и угнетения дыхания у младенца).

При недостаточном ответе на монотерапию антидепрессантами дополнительно могут быть назначены нормотимические средства. Среди них предпочтение отдается вальпроату и карбамазепину, тогда как препараты лития не рекомендуются.

Перспективным подходом является применение нейростероидов – позитивных аллостерических модуляторов ГАМК-А-рецепторов. В 2019 г. FDA одобрен брексанолон (синтетический аналог аллопрегнанолона) в форме 60-часовой инфузии; зураналон (пероральная форма) проходит III фазу клинических испытаний.

Таким образом, современная фармакотерапия ПРД при сохранении грудного вскармливания возможна и безопасна при условии обоснованного выбора препарата, мониторинга состояния ребенка и учета клинических особенностей пациента.