

možným rizikům a dbá se na to, aby přínosy co nejvíce převyšovaly rizika. U kojeného dítěte je toto posuzování odlišné. V mléce sice většinou přijímá určité množství léčiva, který z léčebných důvodů nepotřebuje a u nějž nemůžeme vyloučit vznik nežádoucích účinků, riziko možných nežádoucích účinků však posuzujeme oproti přínosům kojení jako takového.

Přínosy kojení

Základem posuzování, ze kterého je třeba vycházet, jsou významné benefity kojení. Mateřské mléko je unikátní a nejlepší výživa novorozenců a kojenčů. Má optimální zastoupení jednotlivých výživových složek, které se s růstem a zráním dítěte mění a přizpůsobují jeho aktuálním potřebám. Mateřské mléko navíc obsahuje celou řadu imunologicky aktivních a růst podporujících složek (dosud je známo více než 1000 složek, z nichž mnoho je multifunkčních) a má nezastupitelnou úlohu v rozvoji reaktivní imunity. Obsahuje složky, které se podílejí na vytvoření, selekci a udržování optimálního složení střevní mikroflóry tím, že inhibují růst patogenů a podporují růst bifidogenní flóry. Po porodu se v mateřském mléce nacházejí všechny typy lymfocytů, včetně paměťových buněk. Zajišťují imunoprotekci především na sliznicích gastrointestinálního traktu, ale i jinde. Řada studií prokázala, že u kojených dětí je významně nižší výskyt různých infekčních onemocnění jako průjmů, infekcí dolních dýchacích cest či zánětů středního ucha. Další studie ukazují, že kojení může snižovat i výskyt různých imunologicky podmíněných nemocí, jako je celiakie, nespecifické střevní záněty, diabetes 1. typu, revmatoidní artritida, roztroušená skleróza, možný je i ochranný vliv kojení na výskyt syndromu náhlého dětského úmrtí. Kojení je rovněž spojováno s možným pozitivním ovlivněním mozkových kognitivních funkcí a s nižším výskytem hypertenze a aterosklerózy v pozdějším věku. Mateřské mléko podporuje zdraví, správný růst a vývoj dítěte, proto by zejména novorozenci a malí kojenci neměli být nikdy zbytečně připraveni o možnost být kojeni (1, 2, 4, 5). Mateřské mléko plně uspokojuje potřeby rostoucího a vyvíjejícího se kojence do 6 měsíců věku. Dle doporučení WHO i MZČR a Národní komise pro kojení mají být v optimálním případě děti plně kojeny až do konce 6. měsíce, dále s postupným zaváděním příkrmů tak dlouho, jak to matce i dítěti

vyhovuje (5). Evropská společnost pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPHGAN) diskutovala možné výhody dřívějšího zavádění lepku do stravy (od 4. měsíce), tyto výhody nejsou v současné době jasné doloženy. Dle aktuálně platného doporučení ESPHGAN z r. 2017 je ponechána určitá flexibilita – plně kojit minimálně 4 měsíce a nejdéle 6 měsíců (6).

Kojení přináší přímé zdravotní výhody i matce – u kojících žen dochází k rychlejší poporodní regeneraci organismu, k lepší remineralizaci kostí se zjištěným menším počtem fraktur pánce v klimakteriu, rovněž byla zjištěna nižší incidence rakoviny vaječníků a karcinomu prsu v premenopauze u žen, které kojily. Kromě všech uvedených zdravotních benefitů pro dítě i matku působí kojení příznivě i na psychický vývoj dítěte a na budování vztahu mezi oběma. V neposlední řadě přináší i výhody ekonomické a ekologické (1, 2).

Ze všech uvedených údajů o široké prospěšnosti kojení vyplývá, že každé neopodstatněné předčasné ukončení kojení poškozuje jak dítě, tak matku z mnoha různých důvodů. I dobře míněné doporučení kojení jen přerušit na dobu léčby matky může vést k nechtěnému ukončení kojení, protože se nemusí podařit udržet laktaci a kojení posléze znovu obnovit. Lékař nebo farmaceut, který matce doporučí, aby přestala kojit kvůli možným rizikům její farmakoterapie, musí znát skutečná možná rizika léčiva pro kojené dítě a musí umět zdůvodnit, proč jsou tato rizika tak závažná, že převyšují benefity kojení.

Posuzování rizik léčiv během kojení

Kojící ženy patří mezi tzv. zranitelnou populaci (spolu s těhotnými, dětmi, seniory). Při vývoji nového léčiva se obáváme možnosti zvýšeného rizika nežádoucích účinků u kojených dětí, a proto nejsou kojící ženy zařazovány mezi subjekty klinických hodnocení. Když je zaregistrován léčivý přípravek s obsahem zcela nové léčivé látky, neexistují žádné údaje o jeho používání během kojení, a proto není doporučen pro léčbu kojící ženy. Pokud však nejsou známy důvody pro závažné ovlivnění kojence (především na základě rizikového bezpečnostního profilu spolu s farmakokinetickými údaji, svědčícími pro možnost výrazného ovlivnění kojence), nemá být kojení během léčby automaticky zakazováno. Vyjádřit se k možnosti léčby

kojící ženy je však velmi obtížné. Vždy je potřeba posoudit pravděpodobnost velikosti přestupu léku do mateřského mléka, farmakokinetiku léku v organismu dítěte, bezpečnostní profil léčiva u obecné populace s posouzením, jak specificky závažné by popsané nežádoucí účinky mohly být pro nedonošené, novorozené nebo vyvíjející se kojené dítě. Do úvahy je nutné vzít i osobnost matky, její motivaci a vůli kojit a také její schopnost sledovat dítě, včas detekovat možné potíže a komunikovat je s lékařem. Farmakoterapie kojící ženy vždy znamená zvýšenou zátěž pro pediatra, který se o dítě stará – musí dítě ve zvýšené míře sledovat, poučit matku, čeho by si měla u svého dítěte všimnout a při jakých příznacích se přijít poradit. Na rozdíl od rizika léčiv v průběhu těhotenství, kdy užití léčiva během kritické periody fetálního či embryonálního vývoje může způsobit nevratné poškození dítěte pro celý jeho život, je riziko léčiv během kojení odlišné. Užití jedné či několika málo dávek léčiva matkou zpravidla nemůže závažně poškodit kojené dítě (výjimkou však mohou být např. radioaktivní izotopy). Riziko nežádoucích účinků pro dítě se zpravidla zvyšuje se zvyšující se kumulativní dávkou. Během protrahované léčby matky se mohou postupně objevovat nežádoucí účinky, jejichž intenzita a závažnost se může s další léčbou zvyšovat. Proto je zde zpravidla prostor pro sledování dítěte a řešení ukončení kojení či vysazení nebo změny léčby až v případě, že se skutečně u dítěte objevují možné závažnější nežádoucí účinky.

Vliv léčiva na kojení/kojené dítě

Mnoho léčiv může ovlivňovat tvorbu prolaktinu, a tedy tvorbu mateřského mléka. Údaje, zjištěné u nekojících žen, však nelze jednoduše extrapolovat na kojící ženy, u nichž už kojení dobře funguje. Léčiva, která výrazně snižují hladiny prolaktinu, by neměla dostávat ženy krátce po porodu, u nichž se laktace teprve vytváří. Např. estrogeny mohou i v malých dávkách výrazně utlumit laktaci v prvních týdnech po porodu, proto nemá kojící žena užívat ani nízkodávkovanou kombinovanou hormonální antikoncepci minimálně šest týdnů po porodu. V systému spontánních hlášení podezření na nežádoucí účinky léčiv SÚKL je dokumentován případ, kdy mladá zdravá žena, velmi motivovaná pro kojení, dostala krátce po porodu perorální antikoncepci i s estrogenní složkou. Přesto, že se