



imunopatologii. Stimuluje makrofágy, které produkují více prozánětlivých cytokinů a chemokinů, podporuje zrání dendritických buněk a také ovlivňuje přežití a proliferaci lidských T lymfocytů. Uvedená data vypovídají o tom, že PRL může u RS a experimentální autoimunitní encefalitidy hrát dvojí a to protichůdnou roli. Jeho fyziologický efekt je výsledkem jemné rovnováhy mezi protektivním účinkem na CNS a stimulací imunitního systému (Constanza et Pedotti, 2016). Na jedné straně může PRL poskytovat regenerační signály neuronům, oligodendrocytům a kmenovým buňkám a tak podporovat obnovu CNS (De Giglio et al., 2015), na druhé straně stimulací periferních imunitních buněk, zvláště T a B lymfocytů, může podpořit imunopatologickou reakci s negativním dopadem na CNS. Problematiku kojení u matek s RS vliv PRL, jeho dvojí role shrnuje většina autorů do okruhu experimentálních výsledků (Constanza et Pedotti, 2016). Výsledky klinických studií, které sledovaly kojící ženy s RS uzavírají, že kojení je bezpečné a výhradní kojení v prvních měsících je pro matku prospěšné, přičemž benefit pro dítě je nesporný (Langer–Gold et al., 2017; Hellwig et al., 2015). Metaanalýza 12 studií zahrnuje dohromady 869 pacientek, které kojily proti 689 nekojícím. U kojících matek byl 47% pokles anualizovaných poporodních relapsů. Závěr z analýzy zní, že kojení je bezpečné, možné a dokonce prospěšné pro ženu s RS. Možnost kojit by měla být všeobecně podporována (Fabian, 2016). Je nutné dodat, že výše uvedená fakta jsou cenná, ale vychází z metaanalýz studií a experimentálních výsledků, a proto je nutné pečlivě sledovat individuální průběh poporodního období, vycházet z aktivity onemocnění a z celkového průběhu před těhotenstvím a v graviditě. U žen s vysokou aktivitou před porodem musíme spíše uvažovat o brzkém návratu k DMD léčbě s ohledem na neurologický nález, klinickou aktivitu i nálezům na magnetické rezonanci. Je důležité, aby se

na rozhodnutí o dalším postupu a délce kojení podílel spolu s pacientkou i lékař (Almas et al., 2016). Pro vývoj novorozence je jistě důležité uchovat rodičku v kompenzovaném stavu i za cenu náhradní výživy dítěte a zkrácení délky kojení.

Kojení a léčba roztroušené sklerózy

RS postihuje častěji ženy v reprodukčním věku, většina z nich má již zavedenou DMD léčbu anebo se k této léčbě připravují. Je důležité vybrat léky s ohledem na budoucí mateřství. Pokud je neurologický nález stabilizován, je většina medikamentů během těhotenství vysazena, jen výjimečně pacientky v léčbě pokračují, pokud benefit léčby pro budoucí matku převyší riziko pro dítě (Rae-Gran et al., 2018). Průnik léčiva a jeho metabolitů do mateřského mléka je zkoumán a u některých léků prokázán, ale vliv na vývoj kojeného novorozence není znám. Proto dle SPC u léků s prokázaným průnikem do mléka pokusných zvířat není kojení doporučeno. Pokud je znám průnik léku či jeho metabolitů do mléka mateřského, je jasná kontraindikace kojení. U ostatních preparátů je uvažováno o možném, neznámém riziku pro kojené dítě a je-li nutná aplikace DMD rodičce, je třeba zvážit riziko a přínos kojení pro dítě. Nejčastější formulace dle SPC je: nutnost zvážit prospěch kojení pro dítě, prospěch léčby pro matku a možná rizika pro kojené dítě. Přehled DMD dle vztahu ke kojení je uveden v tabulce 1.

Léčba akutního relapsu během kojení

Diskuze na téma podání kortikosteroidů při relapsu u kojící ženy probíhají a tradičně bylo doporučováno ukončit kojení, jelikož dochází k sekreci steroidů do mateřského mléka. Avšak při zjišťování koncentrace steroidů