



Distribuční objem udává, jak široce je lék distribuován v těle. Léky s vysokým distribučním objemem vstupují do různých kompartmentů těla, a tak ve výsledku je jejich koncentrace v krvi nízká. Na jedné straně eliminace těchto léků z těla trvá delší dobu než u léků s malým distribučním objemem, ale na druhé straně jejich eliminační poločas z plazmy a periferních kompartmentů se může výrazně lišit a tak léky s vysokým distribučním objemem mohou dosahovat v mateřském mléce nižších hladin. Obecně léky s distribučním objemem mezi 1–20 L/kg jsou kompatibilní s kojením.

PB ukazuje rozsah vazby léku na albumin a jiné proteiny v plazmě. Obecně expozice dítěte léky s vysokým PB je redukována. Léky s PB vyšším než 90 % je možné v době laktace podávat.

Molekulová hmotnost (MW) je důležitým určujícím ukazatelem pro průnik léku do mateřského mléka. Léky s nízkou molekulovou hmotností snadno pronikají do mléka skrze malé póry ve stěnách buněk mamárního epitelu. Léky s velkou molekulární hmotností musí být do mléka aktivně transportovány nebo rozpouštěny na lipidových membránách buněk, takže do mléka pronikají obtížně.

Z jiných faktorů je třeba jmenovat pH, protože mateřské mléko je více kyselé než plazma. Léky s vysokým pH se mohou více koncentrovat v mléce než v plazmě a naopak. Je však třeba zmínit, že aspirin má nízké pH a může u dítěte vyvolat Reyesův syndrom, proto jeho podání v době kojení není doporučeno. Molekuly léků rozpustné ve vodě se méně koncentrují v mateřském mléce. Je to proto, že substance rozpustné ve vodě odpuzují tukové substance a mateřské mléko obsahuje větší koncentrace tuků než plazma. Koncentrace léku v mateřském mléce a lidské plazmě bývá v proporcionální rovnováze.

Je-li koncentrace léku v plazmě vysoká, bývá vysoká i v mateřském mléce. Úpravou času kojení na dobu kdy maximální koncentrace léku v plazmě klesne, matka může snížit expoziční dávku u dítěte. Expozici dítěte lékem je možné minimalizovat volbou léků s krátkým poločasem a tím i kratším intervalem maximální koncentrace.

Čím delší biologický poločas lék má, tím více narůstá riziko jeho kumulace v organismu kojence. Kojící matka musí být ošetřujícím lékařem před zahájením farmakoterapie poučena, jak upravit režim kojení. Kojení je vhodné načasovat na dobu, kdy nebude v mateřském mléce maximální koncentrace léku. Pro většinu léků platí, že je to doba 1–3 hodiny po požití léku, existuje ale celá řada výjimek. Proto jsou z pohledu bezpečnosti kojení nejbezpečnějšími ty léky, které se podávají 1x denně. Ty se doporučuje užívat po posledním večerním kojení před nejdelším spánkem kojence.

Pokud je kojení vzhledem k nežádoucím účinkům léčby na dítě kontraindikováno a je předpoklad, že léčba bude trvat jen po omezenou dobu (např. při antibiotické léčbě), laktaci nezastavujeme, ale snažíme se matku přesvědčit, aby mléko odstříkávala a po ukončení léčby v kojení dále pokračovala. V jiných případech (např. drogově závislá matka, chronická medikace) je nutné laktaci zastavit a převést dítě na umělou stravu.

Při lokální léčbě do mateřského mléka přechází jen stopové množství léku, které v žádném případě nemůže kojence ohrozit (19, 20, 24, 25).

Rady těhotným při léčbě „banálních“ infekcí a stavů v průběhu těhotenství

Poměrně časté jsou dotazy těhotných žen nebo jejich rodinných příslušníků na bezpečnost užívání volně prodejných léčebných prostředků