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 všímat 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 neměly 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 velmi snažila kojit, laktace se jí za krátkou dobu zcela zastavila. Obdobně laktaci výrazně inhibují ergotové deriváty (bromokriptin), řada dalších látek nemá být podávána krátce po porodu, dokud není laktace plně funkční, nebo u žen, které mají s tvorbou mléka potíže – týká se pseudoefedrinu, levodopy, barbiturátů, apomorfinu, tamoxifenu. Riziko ovlivnění laktace diuretiky a antihistaminiky 1. generace platí pouze pro užívání extrémně vysokých dávek, ne dávek běžně doporučovaných (2).

Léčivo, které dítě přijímá v určitém množství v mateřském mléce, mu může způsobit některé nežádoucí účinky. V naprosté většině všech dosud popsaných nežádoucích účinků u kojených dětí se jedná o přechodné reakce, které se postupně mohou zhoršovat, ale po ukončení léčby nebo kojení odezní. Mezi nejčastější známé nežádoucí účinky patří útlum, zvýšená spavost, zhoršené pití mléka a s ním spojený váhový úbytek, naopak však může jít o zvýšenou dráždivost, neklid, pláč, nespavost, bolesti bříška a poruchy stolice nebo o kožní reakce různého typu. Některé léky mohou vyvolat poškození jater nebo krvetvorby. Je třeba pomýšlet i na to, že některé léky by mohly způsobit poruchy vývoje projevující se odchylkami v neuropsychickém vývoji. Dosud však takovéto ovlivnění kojeného