



dítěte nebylo přímo prokázáno. V případě valproátu, u nějž jsou známé neuropsychické potíže během vývoje dětí, exponovaných valproátu in utero, několik studií nezjistilo žádné neuropsychické odchylky ve vývoji dětí, jejichž matky užívaly valproát během kojení (7, 8).

Hodnocení rizika léčiv pro kojené dítě

Při hodnocení rizika konkrétního léčiva pro konkrétní kojené dítě je třeba posuzovat, jak velkou dávku léčiva bude spolu s mlékem přijímat, jak se toto léčivo přijaté dítětem v mléce per os bude vstřebávat, metabolizovat a vylučovat, jak závažné nežádoucí účinky jsou pro dané léčivo známy a jaký je celkový stav dítěte.

Množství léčivav mateřském mléce

Jak je uvedeno výše, naprostá většina léčiv přechází z plazmy matky do jejího mléka, převážně však ve velmi malých množstvích, která zpravidla nemají významnější klinický dopad na kojené dítě. Proto pouhé konstatování, že léčivo přestupuje do mateřského mléka, není rozhodně validní argument pro to, že se léčivo nemá užívat během kojení. Většina léčiv v nějakém množství do mateřského mléka přestupuje a v mnoha případech je kojení možné. Pro rozhodování o vhodnosti kojení je důležité znát, jak velké množství léčiva se v mléce nachází, tedy v podstatě, jak velkou dávku bude dítě s mlékem dostávat. Na velikost přestupu léčiva do mléka lze ve většině případů usuzovat z velikosti plazmatické koncentrace u matky, protože naprostá většina léčiv přestupuje do mateřského mléka (nebo také zpět do plazmy) podle koncentračního gradientu. Léčiva aplikovaná topicky, která dosahují minimálních plazmatických koncentrací

u léčené osoby (jako jsou oční a nosní kapky, kožní aplikace na nevelkou plochu, částečně i inhalační aplikace), nemohou prakticky kojené dítě ovlivnit, protože v mateřském mléce budou zpravidla v nedetekovatelných koncentracích. Pro velmi hrubý odhad velikosti přestupu léčiva do mléka mohou sloužit jeho fyzikálně-chemické vlastnosti – snáze přestupují malé molekuly, volné molekuly, které nejsou příliš vázány na plazmatické bílkoviny, látky vysoce lipofilní nebo slabě zásadité s nízkým stupněm ionizace. Fyzikálně-chemické vlastnosti léku však mohou přispět k posuzování rizika léčiva pro kojence jen velmi okrajově, spíše jen v extrémních situacích. Neznamená to tedy, že např. po vstupu na trh nové monoklonální protilátky s velkou molekulární hmotností lze automaticky doporučit kojení bez jakéhokoli omezení jen proto, že se jedná o velké molekuly. Je známo, že zejména krátce po porodu do mateřského mléka přestupují širokými mezibuněčnými prostory i větší molekuly. Proto je vždy potřeba znát i doložené údaje o koncentracích léku v mléce, ne se jednoduše spolehnout na fyzikálně-chemické vlastnosti dané látky (2, 4, 9).

Riziko množství léčiva v mateřském mléce se týká rovněž celkové kumulativní dávky. Při dlouhodobé nebo chronické léčbě matky je možné riziko pro kojené dítě vyšší než u krátkodobější léčby. Jednorázová dávka či jen několik málo dávek zpravidla kojené dítě významněji neovlivní. V ojedinělých případech velmi rizikových látek, jako jsou radioaktivní izotopy, lze omezení rizika pro kojené dítě vyřešit přerušением kojení na dobu pěti eliminačních poločasů dané látky.

V neposlední řadě je třeba vzít do úvahy i celkové množství vypitého mléka s určitou koncentrací léčiva. Pokud dítě není plně kojeno, ale kojí se např. jen před spaním, bude denní dávka přijatého léčiva nižší než u plně kojeného dítěte. V některých případech lze načasovat dobu kojení tak, aby