

Rizika používání léčivých rostlin v období těhotenství a kojení

Lenka Tůmová, Lenka Holcová

Katedra farmakognosie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Tato úvodní práce si klade za cíl přiblížit obecně problematiku hodnocení bezpečnosti užívání látek přírodního původu, se kterými se těhotná žena může běžně setkat.

Důraz je zde kladen na aspekt bezpečnosti pro těhotnou ženu, zejména se práce zaměřuje na specifikaci účinků škodlivých pro nastávající matku nebo plod.

Klíčová slova: těhotenství, kojení, léčivá rostlina, fytoterapie.

Danger of medicinal plants used in pregnancy and breast-feeding period

This preliminary paper is focused on evaluation of natural compounds safety used by pregnant women. The aspect of this paper is concentrated on specification of harmful effects for pregnant women.

Key words: pregnancy, breast-feeding, medicinal plants, phytotherapy.

Prakt. lékáren. 2013; 9(1): 34–37

Stručná fyziologie těhotenství

Názory na přesnou délku průměrného těhotenství se různí, dle velkých studií trvá průměrně 40 týdnů, tzn. 280 dní od prvního dne poslední menstruace. Jelikož přesné datum oplodnění není možno stanovit, prakticky se užívá časové označení od poslední menstruace. Dále se celé období rozděluje na tzv. trimestry (1. trimestr do 12. týdne, 2. do 28. týdne a třetí do termínu porodu) (1–3).

Některá onemocnění vyskytující se u těhotné ženy (3, 4)

1. Rané gestózy – emesis gravidarum (nauzea a ranní zvracení)

Komplikují až 70 % těhotenství mezi 4. až 8. týdnem, pokračovat mohou až do 16. týdne. Příčina není zcela známa, doporučuje se pouze léčba podpůrná. Nadměrné zhojbné zvracení (*hyperemesis gravidarum*) může vést až k nucenému ukončení těhotenství pacientky, jeho příčinou bývá dráždění vegetativní nervové soustavy.

2. Hypertenzní onemocnění

To diagnostikujeme, zvýší-li se TK systolický o 30 mmHg a diastolický o 15 mmHg oproti hodnotám před otěhotněním. Zvýší-li se TK po 20. týdnu těhotenství a vzniknou edémy a proteinurie, jedná se o preeklampsii. Nepodchytí-li se těžká preeklampsie včas, hrozí, že může přejít v období kolem porodu ve stav eklampsie, který se vyznačuje tonicko-klonickými křečemi a v poslední fázi končí kómatem. Preeklampsie bývá důvodem k hospitalizaci těhotné ženy.

3. Urologické komplikace

Zahrnují jednak infekce močových cest, dále i poruchy dolního močového traktu v souvislosti s těhotenstvím a porodem (retence moči, inkontinence).

4. Pyróza (pálení žáhy)

Trpí jí asi dvě třetiny žen.

5. Obstipace

Vzniká v důsledku produkce progesteronu, který snižuje motilitu GIT.

6. Hemoroidy

7. Těhotenská anémie

Vyskytuje se u 30 % těhotných, ale jen u desítky pacientek nabývá klinického významu.

8. Gestační diabetes

Je to intolerance sacharidů různého stupně, která je poprvé diagnostikována v těhotenství, manifestuje se většinou jen v průběhu těhotenství. Trpí jí asi 2–3 % populace. Představuje pro plod riziko intrauterinního úmrtí, diabetické fetopatie, traumatického porodu a zvýšené riziko vzniku diabetes v dětství a adolescenci.

9. Těhotenské dermatózy

Obecné důvody pro fytoterapii

Historie terapie léčivými přírodního původu sahá do minulosti mnohem dřívější než terapie léčivými syntetickými, která byla do terapie uvedena řádově před desítkami let. Dlouholeté zkušenosti s fytoterapií nám poskytují cenné

informace o indikacích, dávkování a možných nežádoucích účincích jednotlivých drog.

Mechanismus účinku není u všech látek přírodního původu zcela objasněn, svou roli hraje také fakt, že mnohé přípravky neobsahují samotnou účinnou látku, ale celý komplex látek. Ne u každé samotné z nich lze prokázat požadovaný účinek, nicméně jisté je, že droga jakožto směs látek účinkuje komplexněji a účinky jednotlivých látek se vzájemně doplňují. Toto působení bývá někdy laicky označováno tak, že drogy „harmonizují“ lidský organizmus. To je jeden z důvodů, proč se terapie léčivými přírodního původu stává čím dál oblíbenější u velkého množství pacientů (5).

U fytofarmak se setkáváme relativně zřídka s nežádoucími účinky, většinou pouze s rizikem možné alergické reakce. Jedná-li se o přípravky obsahující vyšší koncentraci účinných látek, stoupá riziko nežádoucích účinků, které jsou ale spojené s možným předávkováním (5, 6).

Nevýhodou dnes nezůstává ani pro pacienta „nepříjemná“ léková forma. Vedle nálevů, odvarů, tinktur a sirupů je již možné v lékárně zakoupit fytofarmakum ve formě tabletek či tobolek (7).

Využití fytoterapie v průběhu těhotenství

Asi největší výhodou fytoterapie je pro těhotnou ženu nízké riziko nežádoucích účinků. Těhotné a kojící ženy tuto skutečnost velmi vítají. Přirozené přání vystavit plod co nejmenšímu riziku zdravotních komplikací může být vhodným výběrem fytofarmaka splněno. Těhotenství je stav, ve kterém probíhají specifické fyziologické

děje, a farmakoterapie v tomto období s sebou může nést rizika nejen nežádoucích účinků na organismus ženy, ale i na citlivý organismus vyvíjejícího se dítěte. Nastávající maminky jsou si tohoto faktu dobře vědomé a samozřejmě by měly výběr léčivých přípravků konzultovat se svým lékařem či lékárníkem.

Fytoterapie je v povědomí široké veřejnosti hodnocena jako šetrnější a bezpečnější, i proto bývá těhotnými ženami často preferována. Studie zkoumající, jak často těhotné ženy užívají léčiva přírodního původu, uvádí, že z 578 žen dotázaných v USA 45 % žen (5), z 588 dotázaných v Austrálii 36 % žen (5) a ve Velké Británii z 578 dotázaných 57,8 % žen užívalo alespoň jeden přípravek (8).

Má-li žena dlouhodobé zdravotní potíže, měla by být lékařem poučena o vhodnosti plánovaného těhotenství a případně i s tím souvisejícími změnami ve farmakoterapii. V těchto případech může fytoterapie nabídnout vhodný doplněk k jejich medikaci, ale nelze doporučit fytoterapii jako plnohodnotnou alternativu klasické terapie (9).

Těhotenství je spojeno s několika zdravotními potížemi, které se u těhotných žen vyskytují často. Např. při ranní nevolnosti je v současnosti kombinace vitamínu B6 a zázvoru doporučovaná a účinnou terapií (9, 10). Těhotné ženy často také trpí zvýšenou náchylností k infekcím močových cest. Zde fytoterapie nabízí účinnou prevenci v podobě přípravků s obsahem komplexu účinných látek z brusinek (11). Je jisté vhodné tato šetrná preventivní opatření doporučit těhotné ženě a poskytnout jí tak možnost vyhnout se další zátěži organismu v podobě užívání antibiotik (7).

Také v případech běžných onemocnění bývá fytoterapie dobrou volbou, odolnost organismu lze účinně zvýšit přípravky s účinnými látkami rostliny z rodu *Echinacea* a doplnit tak terapii nachlazení a chřipky, či je užít jako prevenci v rizikových obdobích. Absence těchto zdravotních obtíží pomůže těhotné ženě cítit se lépe fyzicky, ale též psychicky (6). Dalším příkladem může být terapie akutní rinitidy nosními kapkami s obsahem *silic*.

U nás je všeobecně známo, že těhotenství je spojeno se zvýšenými nároky na příjem látek obsažených ve stravě. U většiny žen vyvážená strava zajišťuje dostatečný příjem i v období těhotenství a laktace, u některých z nich je vhodné zvýšit příjem zařazením více zeleniny a ovoce do jídelníčku či pomocí doplňků stravy. V případě podvýživy matky či jednostranné stravy (vegetariánky) jsou tyto doplňky stravy

Tabulka 1. Základní klasifikační systémy bezpečnosti užívání léčiv v průběhu těhotenství

Stát	Klasifikační systém	Rozdělení léčiv do skupin
USA	FDA	A, B, C, D, X
Austrálie	ADAC	A, B, B ₁ , B ₂ , B ₃ , C, D, X
Německo	Rote liste	11 skupin – G _{r1} * – G _{r11} **

*G_{r1} – bezpečná léčiva; **G_{r11} – absolutně kontraindikována

Vysvětlení k rozdělení jednotlivých skupin do léčiv

A – Kontrolované studie nebo sledování velkého počtu těhotných neprokázaly riziko malformací a škodlivých účinků na plod.

B – V humánních studiích nebylo prakticky prokázáno riziko pro plod, teoretické riziko ale existuje

B₁ – Studie na zvířatech neprokázaly riziko, po podání limitovanému počtu žen se nevyskytl zvýšený počet malformací nebo škodlivých účinků na plod.

B₂ – Studie na zvířatech nebyly provedeny a po podání limitovanému počtu žen se nevyskytl zvýšený počet malformací nebo škodlivých účinků na plod.

B₃ – Studie na zvířatech prokázaly zvýšené riziko poškození plodu, není známa relevantnost těchto studií vůči člověku, po podání limitovanému počtu žen se nevyskytl zvýšený počet malformací nebo škodlivých účinků na plod.

C – Léčiva mají prokazatelně teratogenní nebo embryocidní účinek u zvířat, způsobují zvýšené riziko škodlivých účinků na plod nebo novorozence u člověka, žádné humánní studie nejsou dostupné.

D – Existují doklady rizika pro lidský plod, ale v případě, že benefit podání léčiva ženě převažuje nad rizikem, je podání možné.

X – Vysoké riziko poškození plodu, tato léčiva jsou absolutně kontraindikována.

nezbytností. I když se názory odborníků na doporučenou denní dávku jednotlivých vitamínů a minerálů v některých případech rozcházejí, jsou dobře známy alespoň hranice, které není bezpečné překračovat. Dobře prostudované jsou embryoprotektivní účinky kyseliny listové i teratogenní účinky vysokých dávek vitamínu A (7, 12). Z obavy o zdraví dítěte někdy ženy přistupují odmítavě k terapii svých méně závažných zdravotních potíží. Např. při akutní rýmě někdy zcela odmítají terapii nosními kapkami, u kterých výrobce výslovně neuvádí, že jsou v těhotenství vhodné. Náš trh momentálně nabízí vhodnou alternativu, a to přípravky s obsahem *silic*

Zápory fytoterapie v těhotenství

Fytoterapie není samozřejmě vhodná pro řešení každého zdravotního problému. Některé diagnózy vyžadují nasazení radikálnější léčby. Doporučení fytoterapie jako léku první volby by v těchto případech mohlo znamenat vážné ohrožení zdraví pacientky i dítěte (7).

Jednoznačnou nevýhodou zůstává relativně málo informací o bezpečnosti užívání léčiv přírodního původu v průběhu těhotenství i laktace. Existuje řada přípravků, o nichž výrobce upozorňuje, že pro těhotné a kojící nejsou vhodné (často jen z důvodu chybějících, vědecky relevantních dokladů o pravém opaku).

Dalším aspektem jsou možné interakce fytofarmak s dalšími léčivy. I když toto riziko není příliš pravděpodobné, není nemožné. Např. přijde-li těhotná žena k lékaři s kašlem a nezmíní se, že již užívá expektorační čajovou směs, je možnost, že lékař jí na základě diagnózy suchého kašle do-

poručí antitusikum s obsahem dextromethorfanu. Ačkoliv tato kombinace pravděpodobně plod nepoškodí, ženě nepoučené o vhodnosti úpravy časového rozvrhu dávkování také stěží s terapií kašle pomůže. Tato situace zdá se být velmi teoretická, ale studie provedená v Norsku uvádí, že nejčastější odpověď na otázku, kdo těhotným ženám přípravek doporučil, byla rodina či přítel. Zároveň více než 75 % všech odpovídajících žen uvedlo, že o užívání rostlinného přípravku neinformovaly svého lékaře ani nikoho jiného ze zdravotnického personálu (8).

V moderní medicíně na problematiku posuzování bezpečnosti poukázala velmi důrazně thalidomidová aféra, ve které byly teratogenní účinky léčiva zjištěny až po čtyřech letech po uvedení na trh, a to z důvodu chybějících informací o působení léčiva na plod. V otázce, zda v průběhu těhotenství dané léčivo užívat, či se raději jeho podávání vyhnout, panuje zvýšená opatrnost (7, 13).

Klasifikace bezpečnosti užívání v průběhu těhotenství

V ČR se problematice informovanosti na tomto poli věnuje například Ústav pro péči o matku a dítě nebo informační servery. Je nutno podotknout, že ČR nedosahuje na poli informovanosti veřejnosti odborné ani laické zatím úroveň jako západoevropské země či USA (14). Základními klasifikačními systémy bezpečnosti užívání léčiv v průběhu těhotenství se v dnešní době staly klasifikace dle FDA (Food and Drug Administration), ADAC (Aboriginal Drug and Alcohol Council) a Rote Liste (15, 16).

Klasifikace bezpečnosti užívání v průběhu laktace

- **ND** – Informace nejsou známé,
- **C** – Užívání je možné,
- **CC** – Užívání je možné s opatrností.

*Poděkování: Práce byla podpořena
Projektem RPVOUK P40.*

Literatura

1. Trojan S, Druga R, Pfeiffer J, Votava J. Lékařská fyziologie, Grada, Praha 2003: 398–401, 523–531.
2. Langmeier M, Kittnar O, Marešová D, Pokorný J. Základy lékařské fyziologie, Grada, Praha 2009: 196–199.
3. Čech E, Hájek Z, Maršál K, Srp B. Porodnictví, Grada, Praha 2006.
4. www.porodnici.cz (2. 4. 2010).
5. Low Dog T. The use of botanicals during pregnancy and lactation., Altern. Ther. Health. Med. 2009; 15: 54–58.
6. www.bylinka.estranky.cz (1. 4. 2009).
7. www.safebryo.cz (25. 9. 2009).
8. Holst L, Wright D, Haavik S, Nordeng H. The use and the user of herbal remedies during pregnancy, J. Altern. Complement. Med. 2009; 7: 787–792.
9. Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy Alter. Ther. Health Medi. 2002; 5: 89–91.
10. www.drugsafetysite.com (3. 1. 2009).
11. www.porodnici.cz (2. 4. 2010).
12. Hronek M. Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení, Maxdortf, Praha 2004.
13. www.zdravcentra.cz (20. 12. 2009).
14. www.vrozene-vady.cz (21. 12. 2009).
15. Mills S, Bone K. The Essential Guide To Herbal Safety, Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
16. PACE Léky v těhotenství, 7–10, www.pace.cz (1. 4. 2010).

Článek přijat redakcí: 19. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 15. 1. 2013

doc. PharmDr. Lenka Tůmová, CSc.

*Katedra farmakognosie, Farmaceutická fakulta
v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze
Heyrovského 1 203, 500 05 Hradec Králové
tumova@faf.cuni.cz*
