

# Možnosti fytoterapie v graviditě a laktaci



**MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.,  
Edukafarm, Praha**

*Nabídka produktů s obsahem složek léčivých rostlin i obliba těchto přípravků v posledních letech stále vzrůstá. Rostlinné preparáty užívají i gravidní a kojící ženy. Podle přehledů z nedávné doby užívá ve Spojených státech 45 % těhotných žen rostlinné přípravky, v Evropě je situace obdobná. Ženy důvěřují těmto přípravkům s komponentami přírodního původu, protože je považují za bezpečné. Přitom řada z nich může ohrozit průběh gravidity, některé obsahují teratogenní složky. Odborných studií na téma účinnosti a především bezpečnosti fytoterapie v těhotenství a laktaci je velice málo, většinou jsou rostlinné přípravky užívány na základě tradiční „přírodní medicíny“. Až v posledních letech se objevují první přehledy, kazuistiky a studie, které se tímto kontroverzním tématem zabývají.*

Názory na roli a bezpečnost podávání rostlinných přípravků v těhotenství jsou velmi rozporné, a to nejen mezi laickou a odbornou veřejností, ale i mezi jednotlivými odborníky. Zatímco ve veřejnosti převažuje domněnka, že jde o neškodné přípravky, někteří odborníci doporučují vyhnout se raději fytoterapii v těhotenství úplně, někteří mají selektivní přístup a připouštějí, že při adekvátním dávkování jsou některé léčivé byliny relativně bezpečné. V tomto přehledu odkazujeme na některé práce, které byly k tomuto tématu publikovány. Nejde obvykle o rozsáhlé klinické kontrolované studie, ale většinou buď o studie animální, kazuistiky či menší humánní studie. V našem přehledu postupujeme podle zdravotních obtíží, pro které se nejčastěji v těhotenství vyskytují, a uvádíme léčivé byliny, které se v těchto indikacích používají a dostupné údaje o jejich bezpečnosti pro těhotnou, případně kojící ženu.

## Nevolnost a zvracení

Nevolnost a zvracení jsou v graviditě častým problémem. Postihují až polovinu gravidních žen. Někdy se označují jako „ranní nevolnost“, což není přesné, protože se obvykle vyskytují v průběhu celého dne. Nejčastěji začínají ve 4. až 8. týdnu těhotenství a mizejí kolem 16. týdne. Pokud je zvracení tak intenzivní, že vede k poklesu tělesné hmotnosti ženy vyšší než 5 % hmotnosti před otěhotněním, k dehydrataci, poruše hladin elektrolytů a ketóze, označuje se jako hyperemesis gravidarum. Takový stav je závažný a vyžaduje hospitalizaci.

Tradičním fytoterapeutickým prostředkem pro ovlivnění těhotenských nevolností a zvracení je zázvor (*Zingiber officinale*). Oddenek této rostliny má antiemetické, digestivní, protizánětlivé a imunostimulační účinky. Z review šesti klinických studií<sup>1</sup> vyplývá, že zázvor v dávce 1 až 1,5 g denně je účinný v potlačování nevolností a zvracení gravidních



žen, a to ve srovnání s placebem i s vitamínem B<sub>6</sub>, který je standardní terapií pro tyto obtíže. Avšak pro nedostatečnou evidenci, že zázvor nemůže mít teratogenní účinky, nedoporučují některé zdroje (např. The Complete German Commission E Monographs<sup>2</sup>) jeho užívání v těhotenství. Léčbou první linie pro nevolnost a zvracení těhotných je vitamin B<sub>6</sub> (pyridoxin) nebo jeho kombinace s doxylaminem.<sup>3</sup> V této souvislosti je možno uvést, že agentura FDA schválila v dubnu 2013 kombinaci pyridoxin s doxylaminem (Diclegis) k léčbě těhotenské nevolnosti a zvracení u žen, které nedostatečně reagovaly na režimovou léčbu nevolnosti a zvracení během těhotenství, jako je optimalizace diety a životního stylu. Některé zdroje doporučují v této indikaci také akupresuru, která byla účinná v 6 ze sedmi studií.<sup>4</sup>

## Infekce močových cest

Infekce močových cest patří mezi nejběžnější lidská bakteriální onemocnění a jejich výskyt u žen v graviditě je velmi častý. Jejich závažnost se pohybuje v poměrně širokém spektru, od nezávažné asymptomatické bakteriurie až k akutní pyelonefritidě se sepsí. Bakterie vyvolávající infekce dolních cest močových jsou převážně endogenního původu. Z důvodu anatomické blízkosti urogenitálního systému a konečníku jsou představovány

zejména zástupci střevní bakteriální mikroflóry, v 90 % případů bývají způsobeny gramnegativní bakterií *Escherichia coli*, méně často *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* a dalšími. Nejčastěji (v 95 %) pronikají tyto bakterie do močového traktu zvenčí přes uretru (ascendentně). V těhotenství se riziko infekce zvyšuje. Z důvodu většího objemu močového měchýře, sníženému tonu měchýře a uretru se zvyšuje stáza moče a vesikoureterální reflux. Navíc u 70 % těhotných se objevuje glykosurie, která podporuje množení bakterií v moči. Neléčená asymptomatická bakteriurie může vést až rozvoji pyelonefritidy a je spojena s rizikem zpomalení růstu plodu a nízké porodní váhy novorozence. Proto se doporučuje provádět kultivaci moči mezi 12. a 16. týdnem těhotenství.

Pro léčbu infekce močových cest se tradičně užívá extrakt z brusinek (*Vaccinium macrocarpon*). Účinek se vysvětluje přítomností proantokyanidinů, které inhibují fimbriální adhezi bakterií (včetně *E. coli*) na epitel močového traktu, a tím eliminují následnou reprodukci patogenů zodpovědných za samotnou infekci. Proantokyanidiny snižují i adhezi patogenních bakterií v trávicím traktu a jsou prospěšné při modulaci oxidativního stresu, blokují oxidaci LDL-cholesterolu a snižují jeho plazmatickou koncentraci. Cochrane review<sup>5</sup> ukázal, že extrakt z brusinek ve srovnání s placebem snižuje infekci močových cest. Tento extrakt se považuje za bezpečný pro gravidní ženy<sup>6</sup>, zvláště s přihlédnutím k tomu jakým rizikovým faktorem je samotný rozvoj těchto infekcí pro plod.

Medvědice lékařská (*Arctostaphylosuva-ursi*) je tradičním prostředkem při infekcích močových cest. Vzhledem k potenciální toxicitě hlavní účinné látky - arbutinu (glykosylovaného hydrochinonu) je podle The Complete German Commission E Monographs a American Herbal Products Association's Botanical Safety Handbook medvědice v graviditě a laktaci kontraindikována.<sup>2,7</sup>

## Stimulace imunity

K imunostimulačním účelům je tradičně využíván extrakt z třapatky (*Echinacea*). Odborná literatura o bezpečnosti podávání přípravků s obsahem echinacey v graviditě a laktaci je nejednotná. Zatímco jeden z přehledů uvádí, že nejsou k dispozici důkazy o škodlivosti echinacey v těhotenství ani během kojení<sup>8</sup>, jiný přehled doporučuje s pokukazem na nedostatek klinických studií tyto přípravky v graviditě ani laktaci nepodávat.<sup>9</sup> Autoři laboratorních studií<sup>10</sup> poukazují na varovné výsledky podávání echinacey březím zvířatům a doporučují nepodávat echinaceu těhotným ani kojícím ženám, a to do doby, než bude dostatečně přesvědčivě prokázána její bezpečnost v klinických studiích u lidí.

## Příprava k porodu

Odvar z listů maliníku (*Rubus idaeus*) se v tradiční medicíně užívá pro usnadnění, resp. urychlení porodu. Jeden z amerických průzkumů<sup>11</sup> ukázal, že ze 172 porodních asistentek 63% užívalo k tomuto účelu tento odvar. V retrospektivní studii, do které byly zařazeny ženy, které užívaly od 30. až 35. týdne těhotenství odvar z listů maliníku, nebyly zjištěny žádné škodlivé účinky pro matku ani pro plod oproti kontrolní skupině.<sup>12</sup> Ve dvojitě zasklepené, randomizované, placebem kontrolované studii<sup>13</sup>, do které bylo zařazeno 192 gravidních žen (nullipar), které užívaly od 32. týdne těhotenství tablety s obsahem extraktu z listů maliníku nebo placebo, se neprojevíly žádné nežádoucí účinky vůči matce ani plodu. Avšak na rozdíl od tradované představy, že užívání maliníku vede ke zkrácení první doby porodní, studie ukázala, že trvání této fáze porodu bylo u obou skupin srovnatelné. Ve skupině žen užívajících maliník byla však signifikantně (oproti placebo) zkrácená druhá doba porodní, a to v průměru přibližně o 10 minut, a významně nižší počet klešťových porodů. Na použití maliníku v těhotenství a laktaci jsou však nejednotné názory; podle některých autorů není důvod k jejich kontraindikaci,<sup>14</sup> podle jiných právě stimulační působení maliníku na dělohu je důvodem, proč je třeba se jeho užívání v těhotenství vyhnout.<sup>15</sup>

Jiná tradičně užívaná rostlina pro usnadnění porodu - kohoš žlutuchovitý (*Caulophyllum thalictroides*) se nepovažuje v těhotenství za bezpečný pro vývoj plodu.<sup>16-22</sup> Ani jiná rostlina užívaná v tradiční medicíně pro usnadnění porodu - ploštičník hroznovitý (*Cimicifuga racemosa*), přestože u zvířat neby-

la prokázána teratogenita, se nedoporučuje (např. podle British Herbal Pharmacopoeia) v těhotenství užívat.<sup>23</sup>

## Podpora laktace

Pro stimulaci laktace byla tradičně používána řada rostlin. Některé z nich jsou na základě dostupných dat pro toto použití z dnešního hlediska nevhodné, např. ve studii s nedostatečnou laktací nebyl prokázán efekt kořene chřestu (*Asparagus racemosus*).<sup>24</sup> U další z tradičních rostlin pro tuto indikaci – pískavice (*Trigonella foenum-graecum*, užívají se semena) byla účinnost v podpoře laktace prokázána v menších studiích,<sup>25-26</sup> chybí však větší studie. Je známo, že ve větší dávce (25 g denně) může způsobovat hypoglykémii; pro podporu laktace se používají menší dávky (1-2 g drčených semen 3krát denně).<sup>14</sup> Některé další rostliny tradičně užívané (kostival, podběl, brutnák lékařský) se nedoporučují z důvodu obsahu pyrrolizidinových alkaloidů.<sup>27</sup>

## Některé další léčivé rostliny

Určitá pozornost byla věnována i dalším léčivým rostlinám z hlediska bezpečnosti v graviditě či laktaci. Například finská studie, která se zabývala lékořicí, která je ve Finsku konzumována i těhotnými ve formě cukrovínek, prokázala, že tato rostlina (pravděpodobně vzhledem k obsahu glycyrrhizinu) je pro užívání v těhotenství nevhodná, protože její konzumace ve větším množství zvyšuje riziko



předčasného porodu.<sup>28</sup> Kořen ženšenu (*Panax ginseng*) je tradičně užíván v řadě indikací (např. anémie, snížená imunita aj.). Pro jeho užití v graviditě jsou k dispozici nejednotná data. U laboratorních zvířat byla prokázána teratogenita vyšších dávek ginsenosidů. Autoři článku shrnující literaturu k tomuto tématu doporučují opatrnost při užívání v graviditě (zvláště v prvním trimestru) a laktaci, v níž nejsou k dispozici studie.<sup>29</sup> Totéž platí pro užívání třezalky tečkované (*Hypericum perforatum*), která může vést ke snížené porodní váze novorozence a při užívání během laktace způsobit kolikovitě bolesti či letargii.<sup>30</sup>

## Literatura

1. Borrelli F, Capasso R, Aviello G, et al. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol*. 2005;105(4):849-856.
2. Blumenthal M, Busse W, Goldberg A, et al, eds. *The Complete German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicines*. Austin, TX: American Botanical Council; 1998.
3. Atanackovic G, Navioz Y, Moretti ME, et al. The safety of higher than standard dose of doxylamine-pyridoxine (Diclectin) for nausea and vomiting of pregnancy. *J Clin Pharmacol* 2001;41(8):842-845.
4. Fugh-Berman A. Acupressure for nausea and vomiting of pregnancy. *Alt Ther Women's Health*. 1999;1(2):9-16.
5. Jepson RG, Craig JC. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD001321.
6. Jepson RG, Craig JC. A systematic review of the evidence for cranberries and blueberries in UTI prevention. *Mol Nutr Food Res*. 2007;51(6):738-745.
7. McGuffin M, Hobbs C, Upton R, et al. *American Herbal Products Association's Botanical Safety Handbook*. Boca Raton, FL: CRC Press; 1998.
8. Perri D, Dugoua JJ, Mills E, et al. Safety and efficacy of echinacea (*Echinacea angustifolia*, *E. purpurea* and *E. pallida*) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2006;13:e262-e267.
9. Huntley AL, Thompson Coon J, Ernst E. The safety of herbal medicinal products derived from *Echinacea* species: a systematic review. *Drug Saf* 2005;28:387-400.
10. Barcz E, Sommer E, Nartowska J, et al. Influence of *Echinacea purpurea* in take during pregnancy on fetal growth and tissue angiogenic activity. *Folia Histochem Cytobiol* 2007;45 Suppl 1:35-39.
11. McFarlin BL, Gibson MH, O'Rear J, et al. A national survey of herbal preparation use by nurse-midwives for labor stimulation. Review of the literature and recommendations for practice. *J Nurse Midwifery* 1999;44(3):205-216.
12. Parsons M, Simpson M, Ponton T. Raspberry leaf and its effect on labour: safety and efficacy. *Aust Coll Midwives Inc J*. 1999;12(3):20-25.
13. Simpson M, Parsons M, Greenwood J, et al. Raspberry leaf in pregnancy: its safety and efficacy in labor. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(2):51-59.
14. Low Dog T. The Use of Botanicals During Pregnancy and Lactation. *Alternative Therapies* 2009;15(1):54-58.
15. Ernst E. Herbal medicinal products during pregnancy: are they safe? *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109:227-235.
16. Gunn TR, Wright IM. The use of black and blue cohosh in labour. *N Z Med J*. 1996;109(1032):410-411.
17. Jones TK, Lawson BM. Profound neonatal congestive heart failure caused by maternal consumption of blue cohosh herbal medication. *J Pediatr*. 1998;132(3 Pt 1):550-552.
18. Finkel RS, Zarlengo KM. Blue cohosh and perinatal stroke. *N Engl J Med* 2004;351(3):302-303.
19. de Smet PA, Hensel R, Keller K. *Adverse Effects of Herbal Drugs*. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1993:348.
20. Scott C, Chin K. The pharmacologic action of N-methylcystisine. *Therapeutics* 1943;79:334.
21. Kennelly EJ, Flynn TJ, Mazzola EP, et al. Detecting potential teratogenic alkaloids from blue cohosh rhizomes using an in vitro rat embryo culture. *J Nat Prod* 1999;62(10):1385-1389.
22. Betz JM, Andrzejewski D, Troy A, et al. Gas chromatographic determination of toxic quinolizidine alkaloids in blue cohosh *Caulophyllum thalictroides* (L.) Michx. *Phytochem Anal* 1998;9(5):232-236.

## Další literatura u autora