1000 dní do života

Výživa dětí časného věku

Konference

23. 5. 2014

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

NUTRICIA

Program

14:00 – 14:10	Zahájení konference	MUDr. Lumír Kantor, Ph.D. MUDr. Eva Millerová
14:10 – 15:10	Nutriční programování: KONCEPTY A MECHANIZMY	prof. Mary Fewtrell
15:10 – 15:50	Výsledky multicentrické observační studie, 2013–2014: Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku v České republice	MUDr. Petr Tláskal, CSc. MUDr. Eva Kudlová, CSc.
15:50 – 16:20	Přestávka, coffee break	
16:20 – 18:25	Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat	
	– Strategie zavádění nemléčných příkrmů	doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.
	– Příkrmy z pohledu alergologa	MUDr. Martin Fuchs
	– Výživa novorozence s nízkou porodní hmotností po propuštění do domácí péče	MUDr. Jan Malý, Ph.D.
	– Alergie na bílkovinu kravského mléka	prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.
	– Zavádění lepku	MUDr. Pavel Frühauf, CSc.
	– Akutní infekční gastroenteritidy, výživa batolat	MUDr. Radana Kotalová, CSc
	– Shrnutí	doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D
18:25 – 18:30	Ukončení konference	MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.

Pozor! Nepřehlédněte.

Možnost blíže se seznámit s prezentovanými tématy máte nyní také na odborných seminářích pro praktické pediatry. První semináře začínají již v červnu. Více na zadní obálce.

MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.

MUDr. Lumír Kantor, Ph.D., se narodil v roce 1962 v Olomouci. Vyučen elektromechanikem, poté střední průmyslová škola silnoproudé elektrotechniky. Po pracovním poměru v průmyslu započal studium Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci – do roku 1990.

Od roku 1997 primářem Novorozeneckého oddělení s JIP Fakultní nemocnice v Olomouci. V roce 2003 ukončeno postgraduální externí studium na téma Variabilita srdeční frekvence u novorozence v prvních třech dnech života.

Od roku 1996 člen výboru a, v letech 2005 až 2009 a od roku 2013, předseda České neonatologické společnosti ČLS JEP. Soudní znalec, výuka na LF UP, předseda správní rady nadačního fondu Děti na dlani. Ženatý, tři děti.

Pro laika je výživa novorozence velmi jednoduchá záležitost. Ale pokud se kdokoliv z nás začne tímto tématem zabývat hlouběji, musí zjistit, že se jedná o změť různých názorů, přístupů, místy i pokusů a omylů. Kdopak se pak v tom má vyznat?

Na konferenci uvedené příspěvky umožní projít tímto labyrintem a porozumět těm nejsoučasnějším informacím. Naše pochopení souvislostí je pro děti raného věku zásadní, protože ono Hippokratovo rčení o stravě a léku platí i pro ně.

Jen je důležité naslouchat a chtít poznávat…

MUDr. Eva Millerová

OZS MZ ČR

Absolventka Fakulty dětského lékařství UK v Praze.

Klíčové pracovní kvalifikace:

- dětské a dorostové lékařství (ambulantní i lůžkové zařízení)
- řízení programů a výzkumných činností
- koordinace mezinárodních projektů
- projektový management
- poradenství v oblasti zdravé výživy a zdravého životního stylu
- tvorba koncepčních a strategických materiálů pro všechny úrovně státní správy

Výživa dětí časného věku

Výživa je základem pro optimální růst, zdraví i psychosociální vývoj dítěte. Od věku šesti měsíců, kdy mateřské mléko samo nestačí pokrýt potřebu energie a všech živin, vcházejí děti do zvláště zranitelného období, v jehož průběhu přecházejí postupně přes příkrm k běžné rodinné stravě. Během prvních tří let věku dítěte nastavujeme četná pravidla pro zbytek života. Základy osobnosti dítěte, jeho sociálních dovedností, inteligence a přístupu k životu se tvoří zejména v období časného věku.

Během prvních let života se dítě naučí přijímat nebo odmítat mnohé z věcí (včetně potravy) a napodobuje dostupné, dobré nebo špatné, vzory. Růst dětí v tomto období významně ovlivňuje výživa, složení stravy a její pravidelnost. Velmi důležité je také prostředí, ve kterém se dítě stravuje. Příjemná a vstřícná atmosféra a rodinná pohoda je důležitá pro rozvoj sociálních dovedností. Čas potřebný pro osvojení zdravé výživy v časném věku dítěte je mnohonásobně kratší než čas potřebný k nápravě škodlivých výživových návyků.

Základní poruchy vyplývající ze špatného výchovného přístupu k výživě dítěte se mohou somatizovat jako nechutenství, neprospívání nebo úbytek na váze. Druhou možností je nadváha a obezita a z ní vyplývající další poruchy. Problémovou možností je i neurotizace rodiny, jestliže dítě sice prospívá, ale rodina podléhá jeho vybíravosti a zlozvykům.

V oblasti výživy jsme zahlceni množstvím informací z médií, internetu, od přátel a různých poradenských subjektů. Velmi často jsou rodiče dětí zmateni z působení velkého množství různých poradců v oblasti zdravého životního stylu a výživy. Výživovým poradcem, konzultantem či nutričním specialistou může být každý a nemusí k tomu mít patřičné vzdělání ani zkušenosti. Role zdravotníků jako autorit s odpovídajícím vzděláním v oblasti výživy je proto nezastupitelná.

MUDr. Alena Šebková

Vystudovala Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze, promovala v roce 1989. Po absolutoriu nastoupila jako sekundární lékařka v Kojeneckém ústavu Plzeň, kde pracovala do nástupu na mateřskou dovolenou. Od roku 1993 pracuje jako praktická lékařka pro děti a dorost, od roku 1995 ve své privátní ordinaci.

Po vzniku Odborné společnosti praktických dětských lékařů se stala její členkou. Po roce 2000 se stala školitelem s licencí ČLK a začala externě vyučovat studenty 6. ročníku v rámci výuky pediatrie na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni, kde vyučuje dosud.

MUDr. Šebková se podílela na učebnici pediatrie pro studenty LF UK Plzeň kapitolou o praktickém lékařství pro děti a dorost (PLDD). Její ordinace je akreditovaným pracovištěm pro vzdělávání v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, takže kromě studentů medicíny probíhá na uvedeném pracovišti výuka lékařů před atestací v oboru PLDD, dětské lékařství, všeobecné praktické lékařství. MUDr. Šebková je zároveň členkou akreditační komise pro obor PLDD. Cca 5 let pracuje jako regionální zástupce odborné společnosti západočeského regionu, od roku 2013 pracuje ve funkci předsedkyně OSPDL ČLS JEP, je organizátorem a spoluorganizátorem vzdělávání PLDD v regionu i republice a společně s kolegy se snaží o další rozvoj oboru praktické lékařství pro děti a dorost.

Význam výživy u malých dětí

V poslední době výrazně roste počet dětí s obezitou a to už od nejmenších věkových kategorií. Velmi často vidíme již malé děti ve „fastfoodových" zařízeních, ve školách jsou v automatech či bufetech nabízeny cukrovinky, chipsy a podobné pochutiny.

Je nutné si uvědomit, že výživové návyky se pěstují od nejútlejšího věku a že výživa v raném věku má významný vliv na růst, tělesný vývoj, mentální vývoj dítěte a i na zdravotní stav v dospělosti.

Prof. Mary Fewtrell

UCL Institute of Child Health;
Great Ormond Street Hospital, Londýn, Velká Británie

Mary Fewtrell je profesorkou dětské výživy působící ve výzkumném institutu dětského zdraví na univerzitě v Londýně (University College London Institute of Child Health), zároveň působí jako pediatrická poradkyně v nemocnici Great Ormond Street v Londýně.

Již 20 let pracuje v oblasti výzkumu kojenecké a dětské výživy. Její výzkumná činnost zahrnuje výstupy z programování zdraví a růstu dětí časného věku, na základě podložených randomizovaných výživivových studií jak u fyziologických novorozenců, tak i u předčasně narozených dětí na základě dlouhodobého sledování, s přihlédnutím na praktické aspekty dětské výživy, zejména kojení, nemléčné příkrmy, a za využití délky kostí a kompozice těla v klinické praxi.

V letošním roce byla zvolena předsedkyní Komise pro výživu ESPGHAN.

Nutriční programování: koncepty a mechanizmy

„Programování" definované v 80. letech 20. století jako proces, kde stimul nebo inzult působící v kritickém období vývoje vede k trvalé změně struktury nebo funkce organismu. Nicméně, všeobecný princip je znám po staletí, hlavně ve formě imprintingu čerstvě vylíhnutých ptáků. Programovací stimul může být endogenní (např. hormony) nebo exogenní. Experimenty u různých druhů zvířat prokázaly, že výživa v časném věku může působit jako stimul programování, ovlivňující řadu parametrů včetně rozvoje mozku, chování, rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, správný vývoj kostí a délku života. Nutriční programování u lidí bylo zkoumáno v průběhu posledních 30 let s použitím kombinace epidemiologických studií, ale také randomizovaných výživových intervenčních studií. Výsledky těchto studií naznačují, že zdraví a vývoj u lidí stejně jako u zvířat, může být naprogramován výživou časného věku a růstovým vzorcem. Navíc je pravděpodobné, že rozsah dopadů bude relevantní pro veřejné zdravotnictví. Mechanismus nebo mechanismy, na nichž se zakládá nutriční programování, jsou v současné době předmětem velkého množství výzkumů. Navrhované mechanismy pracují na několika různých úrovních, od molekulární po buněčné, od orgánů až po celé zvíře; a nejsou nutně vzájemně exkluzivní.

Tato přednáška se zabývá historií programování, nastiňuje hlavní koncepty, shrnuje současnou evidenci pro programování výživy časného věku a růstu, a diskutuje o možných mechanismech v současné době, které jsou předmětem výzkumu.

MUDr. Petr Tláskal, CSc.

MUDr. Petr Tláskal, CSc. je vedoucí lékař oddělení léčebné výživy a předseda Nutričního týmu ve FN Praha Motol. Současně je předsedou Společnosti pro výživu (SPV). SPV je součástí evropských a mezinárodních společenství výživy – FENS, IUNS. V České republice sdružuje odborníky z různých oblastí nutričních věd (lékaře, inženýry, vědecké pracovníky z výzkumných ústavů, nutriční terapeuty, ale i další pracovníky ze školství, potravinářského průmyslu i zemědělství). Hlavním předmětem činnosti SPV je šíření, propagace a realizace zásad správné výživy, které odpovídají vědeckým poznatkům a je nutné je prosazovat do praktického odborného i veřejného života.

Dr. Tláskal dlouhodobě pracoval na I. dětské klinice FN v Praze Motole. Zkušenosti s klinickou výživou získal při ročním studijním pobytu v Hospital Necker – pařížské dětské nemocnici a později při pracovním pobytu v nemocnici Argenteuil, Francie. V roce 1997 obhájil diplom pařížské university Rene Descarte pro klinickou výživu, s platností v zemích EU. Problematikou výživy se zabýval i při tříletém pracovním pobytu v Tunisku kde pracoval jako primář dětského oddělení. Ve FN v Motole byl do roku 2012 přednostou Dětské polikliniky.

Dr. Tláskal je autorem řady publikací, článků, přednášek, které se vztahují k problematice výživy.

Výsledky multicentrické observační studie, 2013–2014:

„Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku v České republice“.

Tláskal P., Kudlová E., *Szitányi N., *Procházka B., Boženský J., *Šebková A., Baliková M., *Růžičková R., *Kočnarová N., *Schwarzová M., *Bronská E., *Adamová R., *Křížová H., *Mašínová A., *Skýba T., *Vospělová J., *Andielová H., *Salzmanová L., *Kozderka C., *Lošanová J., *Nová J., *Nykodýmová E.

Společnost pro výživu, *Odborná společnost praktických dětských lékařů

Výživa patří k nejvýznamnějším faktorům zevního prostředí, které ovlivňují zdravotní stav člověka. Nutriční návyky se formují v časném věku a příjem živin ovlivňuje metabolické reakce v rámci nutričního programování. Z fyziologických studií je známo, které živiny a v jakém množství je rostoucí a vyvíjející se dětský organismus potřebuje. Běžné sledování růstu a vývoje dítěte se především opírá o hodnocení antropometrických parametrů, podle kterých poznáme, zda růst a vývoj odpovídá referenčnímu souboru. Hodnocení potřeb a stavu výživy zdravého dítěte se tak provádí orientačně. Vychází z vyšetření a posouzení hmotnosti a výšky (délky) dítěte a ze zhodnocení spolupráce rodiny v rámci podaných nutričních doporučení.

Jak z názvu studie vyplývá, bylo jejím cílem zhodnocení nutričních návyků a stavu výživy dětí. Tato část prezentace se zaměřuje na výživová doporučení a jejich praktickou realizaci z pohledu příjmu jednotlivých živin. Zhodnocení je provedeno u každého sledovaného dítěte i v rámci celého souboru.

Soubor dětí je získán prostřednictvím praktických dětských lékařů ze čtyř oblastí republiky. Praha, Kutná Hora, Ostrava, Plzeň. Z každé oblasti je sledováno 200 dětí ve věkových skupinách A) 6–11 měsíců, B) 12–17 měsíců, C)18–23 měsíců D) 24–36 měsíců. Studie byla prováděna na přelomu roku 2013–2014. U všech dětí je podrobně zhodnocen třídenní příjem všech potravin a tekutin. Rodiny dětí jsou za tímto účelem vybaveny i váhami. Pomocí programu „Nutridan“ je dále zhodnoceno 36 nutričních komponent, které z přijímaných potravin děti konzumují. Všechny tyto komponenty jsou dále posouzeny k denním doporučeným dávkám (DDD) živin pro jednotlivé skupiny dětí. Vzhledem k absenci těchto doporučení v ČR byly k posouzení převzaty referenční údaje ze středoevropského regionu DACH (Německo, Rakousko, Švýcarsko).

Hodnoty BMI dětí byly vztaženy k referenčním údajům ČR a zemí EU. K ověření doporučených potřeb vybraných nutričních parametrů a jejich skutečnou hodnotou v organismu byla ve skupině dětí A provedena laboratorní vyšetření krevního obrazu (KO), feritinu, železa a jodurie. Ve skupině D bylo navíc provedeno vyšetření zinku, vitaminu D a transferinu. Všechny výsledky byly zhodnoceny statickými metodami ke zhodnocení jednotlivých i souhrnných výsledků a možných souvislostí.

Z výsledků je patrné, že se do studie zapojilo 823 dětí s rovnoměrným rozdělením probandů ve všech věkových skupinách i v rámci pohlaví. Laboratorní vyšetření byla provedena u 203 dětí. BMI dětí byl ve skupinách A, B, C signifikantně nižší než vykazoval referenční soubor dětí z ČR z roku 1991. Ve skupině D nebyl tento rozdíl signifikantní.

Hodnocení celkového energetického příjmu odpovídalo v průměru i mediánu platným doporučením. S věkem se energetický příjem spíše snižoval, kdy ve skupině D byl průměrný energetický příjem 92,1 % DDD a 10 % mělo příjem vyšší než 116 % nebo nižší než 70 % DDD. Při hodnocení doporučených dávek základních živin k jejich podílu na celkovém energetickém příjmu byl patrný nepoměr k doporučením. Příjem bílkovin byl ve všech věkových skupinách vyšší, z toho u 10 % dětí ve skupině C a D tvořil 17,2 % a 16,3 % k doporučovaným 10 % jejich podílu na celkovém energetického příjmu. U 10 % dětí ze skupiny C a D byl příjem SAFA 17,5 % a 19,2 % k doporučovaným 10 % a naopak byl zjišťován nízký příjem PUFA 6,2 % a 5,2 %. Příjem laktózy signifikantně klesal s věkem dětí. Ve skupině D byl průměr 8,9 %, median 7,9 %. Podíl volných cukrů (mono a disacharidů bez laktózy) v průměru odpovídal doporučením, 10 % dětí však ve všech věkových skupinách přijímalo 33–36 % těchto cukrů s podílem na energetickém příjmu. Ve skupině D měly děti již signifikantně vyšší BMI v souvislosti s vyšší konzumací mono a disacharidů. S věkem dětí se zvyšoval příjem vlákniny, příjem vody byl většinou přiměřený. Při nižším příjmu vlákniny ve skupině B a nižším příjmu vody ve skupině D byl zjišťován vyšší BMI. Tato souvislost může odpovídat nižšímu příjmu zeleniny, což je nutné ještě v další části studie ověřit.

Vysoký příjem sodíku se začal objevovat u nekojených dětí, s tendencí zvyšovat se s jejich věkem. Nabízí se tak otázka obsahu kuchyňské soli v potravinách podávaných malým dětem. Průměrný příjem vápníku a železa byl vyvážený. Pouze 10 % dětí ve skupinách B, C, D mělo příjem vápníku nižší než 71 % DDD, ve skupině A a B byl však u 10 % dětí příjem železa nižší než 36 % a 63 % DDD. Laboratorní vyšetření feritinu, železa a hodnot krevního obrazu dobře korelovala s údaji příjmu železa. Při nutričním příjmu pod 80 % DDD železa byla hodnota feritinu v 15,6 % případech pod normou, při příjmu nad 80 % DDD železa mělo tuto hodnotu nižší pouze 3,2 % dětí. Pro tuto hranici byl zjišťován signifikantní rozdíl i pro příjem železa (22,2 % k 6,3 % dětí). Děti se sníženou hodnotou feritinu i železa měly signifikantně ($p<0,0001$) nižší hladinu hemoglobinu. Příjem jodu ve všech skupinách byl v medianu nižší než je DDD. Jodurie byla nižší ve skupině A u 26,8 % a ve skupině D u 23,2 % probandů. Jodurie však nekorelovala s příjmem jódu v potravě. Ve skupině A bylo ještě hodně dětí kojených a bez další analýzy nebylo tak možné zhodnotit příjem jodu z mateřského mléka. Z výsledků vyšetření vitaminu D bylo patrné, že 62 % dětí ve skupině D má nižší příjem jeho DDD. Vzhledem k zimnímu období provádění studie bylo možné vyloučit vliv slunečních paprsků na tvorbu vitaminu D a zhodnotit jeho laboratorní hodnoty. Při nutričním příjmu vitaminu D pod 50 % DDD jsme zjišťovali že 43,4 % dětí mělo jeho laboratorního hodnotu sníženou. Při příjmu vitaminu D v hodnotě nad 50 % DDD to bylo ještě 28 % dětí. Z hodnocení dalších nutričních parametrů jsme zjišťovali zvláště nedostatečný příjem fluóru. Ve složce vitaminů byl jejich nedostatečný příjem zaznamenán zvláště ve skupině dětí C, D u vitaminu E (35,4 % a 45,4 % dětí),u retinolu ve všech skupinách (více než 61 % dětí), ve skupině B, C u thiaminu (50 % a 30,3 % dětí), ve skupinách B, C, D u kyseliny listové (více než 90 % dětí).

Závěr: Výsledky studie prokázaly, že časné výživě dětí je nutné se více a podrobněji věnovat, než je zatím obvyklé. Mezi nejčastější prohřešky výživy těchto dětí nepatří nadměrný nebo nedostatečný příjem energie, ale nevyváženost příjmu některých živin z přijímané potravy. V souhrnu lze tak již nyní uvést některá doporučení.

Ve vztahu ke zvyšující se tendenci dětí k obezitě a pozdějším metabolickým změnám je nutné se věnovat problematice často zbytečně vysokého příjmu živočišných bílkovin, ve spojení s vyšší konzumaci SAFA, vyšší konzumací sodíku a tím i kuchyňské soli. Vyšší příjem volných cukrů se v naší studii začal uplatňovat ve změnách BMI až v batolecím věku. Na změnách metabolismu se může podílet i nižší příjem PUFA, pokud námi získané výsledky nejsou ovlivněny nedostatečným přenášením údajů od potravinových výrobců. Potřeba dostatečného příjmu PUFA je dobře známá především ve vztahu ke kognitivním, imunitním a dalším funkcím organismu. Hypotézu k příjmu nedostatečného příjmu vlákniny a tím i zeleniny k vyšším hodnotám BMI je nutné ověřit další analýzou studie, se vztahem k příjmu potravin. Nedostatečný příjem železa a tím i jeho zásob v organismu u nejmladších dětí pravděpodobně souvisí s opožděnou dobou zařazování nemléčných složek výživy, zvláště masa do jídelníčku dítěte. Úloha železa nesouvisí pouze s možným rozvojem anemie, ale je spojována i s poruchou neurokognitivních funkcí či problémy s imunitou. Prevence rozvoje osteoporózy souvisí s příjmem vápníku a vitaminu D. Výsledky laboratorních vyšetření potvrzují

nedostatečný příjem vitaminu D v zimních měsících ve výživě více než poloviny dětí batolecího věku. Domníváme, že je tak namístě rozšířit doporučení pro podávání vitaminu D (Vigantolu) i dětem této věkové skupiny. Užívání fluórovaných zubních past po prořezání prvních zubů dítěte se v souvislosti s nedostatečným výskytem fluóru jeví nutností.

Významnou úlohu při zajištění nutričních potřeb dítěte tvoří výběr, ale i nabídka potravin s určením pro danou skupinu dětí. Nadměrný příjem kuchyňské soli v rámci daných výsledků se zde nabízí. Vyšší příjem volných cukrů v potravinách není vzácností. Úprava jídelníčků dětí tak musí být podpořena nejen ovlivňováním nutričních zvyklostí, ale i dostatečnou nabídkou kvalitních, pro růst a vývoj děti vhodných kombinací potravin.

MUDr. Eva Kudlová, CSc.

Dr. Kudlová má odbornou kvalifikaci v oboru pediatrie a výživa. Pracuje na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, kde se podílí na výuce studentů na Ústavu hygieny a epidemiologie v oboru výživa a ve výzkumné činnosti se věnuje zejména dětské výživě.

V průběhu svého profesního života dosud vykonala více než 70 krátkodobých expertíz pro Světovou zdravotnickou organizaci a další mezinárodní organizace (např. UNICEF, USAID) v Africe, Asii a zemích bývalého SSSR v oblasti plánování, implementace, monitorování a hodnocení strategií a programů veřejného zdravotnictví a klinické péče o děti; prováděla terénní studie včetně výživových a podílí se i na vývoji a testování elektronických verzí WHO výukových materiálů a praktické podpoře jejich adaptace a uplatnění v jednotlivých zemích. Dva roky pracovala v centrále WHO v Ženevě v Oddělení zdraví a vývoje dětí a dorostu.

Výsledky multicentrické observační studie, 2013–2014: Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku

Kojení, příkrm a nejčastější potraviny

Tláskal P., Kudlová E., *Szitányi N., *Procházka B., Boženský J., *Šebková A., Baliková M., *Růžičková R., *Kočnarová N., *Schwarzová M., *Bronská E., *Adamová R., *Křížová H., *Mašínová A., *Skýba T., *Vospělová J., *Andielová H., *Salzmanová L., *Kozderka C., *Lošanová J., *Nová J., *Nykodýmová E.

Společnost pro výživu, *Odborná společnost praktických dětských lékařů

Jak z názvu studie vyplývá, bylo jejím cílem zhodnocení nutričních návyků a stavu výživy dětí. Tato část prezentace se zaměřuje na hlavní dosud zpracovaná data týkající se kojení, zavádění příkrmu a porovnání nejčastěji konzumovaných potravin u dětí ve věku 6–11 a 24–35 měsíců.

V době šetření byla kojena polovina dětí ve věku 6–11 měsíců, čtvrtina ve věku 12–17 měsíců, 10,3 % ve věku 18–23 měsíců a jen 2,8 % dětí bylo kojeno v souladu s doporučením 2 roky nebo déle. Průměrná doby kojení vypočítaná u 635 dětí již nekojených v době šetření byla 10,4 měsíce a medián, to znamená střední hodnota, 9,5 měsíce. V době šetření již všechny děti dostávaly nemléčný příkrm, to znamená, že žádné z nich nebylo výlučně nebo plně kojené.

WHO sleduje pro monitorování kojení indikátory pokračující kojení v jednom a ve dvou letech. Pokračující kojení v 1 roce věku, definované jako procento dětí, které jsou dosud kojeny nebo u nichž bylo kojení ukončeno ve ≥12 měsících věku bylo v našem souboru 38,0 % (N=608) 95 % interval spolehlivosti 34,1 % – 41,9 %. Pokračující kojení ve 2 letech definované jako procento dětí, které jsou dosud kojeny nebo u nichž bylo kojení ukončeno ve ≥24 měsících věku bylo v našem souboru 7,41 % (N=216) 95 % Interval spolehlivosti (3,9 % – 10,9 %). (Prevalence kojení v době šetření u téže skupiny dětí byla nižší, protože některé děti v této skupině sice nebyly kojeny v době šetření, ale byly kojeny, když jim bylo 24 měsíců.) Prevalence kojení v roce věku se neliší u chlapců a dívek. Závislost pokračování kojení v roce věku na vzdělání, věku matky a příjmu rodiny je vysoce významná.

Podle doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR potvrzeného v roce 2013, by mělo kojené i nekojené dítě začít dostávat nemléčnou stravu v nejpozději po ukončeném 6. měsíci věku dítěte, 180 dní (v 26. týdnu) ale ne před ukončeným 4. měsícem věku (17 týdnů).

Před ukončeným 4. měsícem věku začalo dostávat příkrm 1 % dětí, předčasně ve srovnání s doporučením výlučně kojit do ukončeného 6. měsíce, dalších 45 % dětí. Podle doporučení přesně v ukončeném 6. měsíci udává zahájení podávání příkrmu 23 % matek a až do ukončeného 7. měsíce dalších 18 % matek. Mezi ukončeným 7. a 11. měsícem věku a jedno dítě údajně až v 15 měsících, začalo dostávat příkrm 9 % dětí. Kojené děti začaly dostávat první nemléčnou stravu signifikantně později (medián 24 týdnů) než nekojené (medián 20 týdnů).

Jako první příkrm – nemléčnou složku stravy – dostala většina dětí (88,5 %) zeleninu (72,1 %), nebo brambor (6,2 %), kombinaci zeleniny a brambor (5,5 %) případně zeleninu v kombinaci s jinými potravinami (4,7 %). Jen malý počet dostal ovoce (7,9 %) obilovinu (3,0 %).

Kojenci, kteří už dostávají příkrm, by měli dostávat denně půl litru mléka. Tomu téměř odpovídá průměrné denní množství mateřského mléka u kojených dětí (454 ml ve věku 6–11 měsíců). U několika kojených dětí ve věku 24–35

měsíců bylo nižší – průměrně 292 ml. Průměrné množství náhrad mateřského mléka na den, kdy je děti pily, bylo o něco nižší než mateřského, 382 respektive 271 ml. Je však nutno vzít v úvahu, že některé dětí byly současně kojeny nebo dostávaly neupravené kravské mléko. Neupravené kravské mléko může být podáváno v malých množstvích jako součást pokrmu od 10. měsíce věku – tomu se zdá odpovídat průměrný denní příjem 107 ml u 21 kojenců, kteří je dostávali. U 57 starších dětí byl průměrný příjem neupraveného kravského mléka na den, kdy je pily 271 ml. V obou věkových skupinách převažoval (86 %) konzum polotučného mléka s 1,5 % tuku, což je u dětí starších než 2 roky správné, ale mladší by měli dostávat mléko plnotučné. Alarmující je zjištění, že 57 (26 %) dětí ve věku 24 – 35 měsíců nepilo žádné mléko – i když 19 z nich pilo kakao. Výše uvedená množství platí pro děti, které mléko konzumovaly. Průměrný příjem mléka (jakéhokoliv) na den a dítě je jiný: 406 ml u kojenců a jen 173 ml u starších dětí.

Průměrná konzumace mléčných výrobků, nepočítáme-li kakao, byla 33 g na dítě a den u kojenců a 56 g u starších dětí. Vysoce převažoval bílý jogurt, který tvořil 81 % celkové hmotnosti zkonzumovaných mléčných výrobků u kojenců a polovinu u starších dětí. Další častěji konzumované mléčné výrobky byly bílá aktivia, pribináček/lipánek a ovocný jogurt. Konzumace pribináčku/lipánku a ovocného jogurtu se výrazně zvýšila ve starší věkové skupině. Pokud bychom počítali kakao mezi mléčné výrobky, pak by tvořilo 43 % celkového příjmu hmotnosti mléčných výrobků u věkové skupiny 24–35 měsíců a poměrné zastoupení ostatních mléčných výrobků by se přiměřeně snížilo. V nejmladší skupině pilo kakao pouze jednou jedno dítě (40 ml).

Konzumace tvarohu a termixu s vysokým obsahem bílkovin, pro které nejsou pro kojence doporučovány, se objevila ojediněle, právě tak, jako konzumace taveného sýra pro malé děti nevhodného kvůli vysokému obsahu soli. Dosud jsme vyhodnotili konzumaci jednotlivých druhů mléka a skupinu mléčné výrobky. K celkovému zhodnocení příjmu potravinové skupiny „Mléko a mléčné výrobky" je potřebné vyhodnocení jejich příjmu jako potravinové skupiny.

Kojenci konzumovali průměrně na den 19 g potravin ve skupině „Maso", děti ve věku 24-35 měsíců 29 g. V obou věkových skupinách byla nejčastější konzumace kuřecího masa, která z 2/3 celkového příjmu poklesla na 44 % u starších dětí. V obou věkových skupinách následovalo králičí maso (13 % a 9,9 %). Zdvojnásobila se konzumace vepřového ze 4 % na téměř 8 % z celkového konzumu. Počet dětí, které dostaly ryby (tuňák a losos) se s věkem výrazně zvýšila ze 4 kojenců na 28 batolat – žádné nedostalo rybu ve více než jednom dni. Alarmující je, že u dětí ve věkové skupině 24–35 měsíců tvoří pětinu hmotnosti potravin ve skupině maso (19,4 % + 2,2 %) uzeniny. Salám a párky kojenci nedostávali, konzumace šunky byla podobná v obou skupinách (2 % respektive 2,2 %). Hovězí maso konzumovaly v každé skupině 4 děti – každé jednou v desetigramovém množství.

Maso je tradičně považováno za dobrý zdroj železa, ale není tomu tak ve složení jaké konzumovaly naše děti. U nich se skupina „Maso" podílela na příjmu železa jen 7 %, respektive 10 %. Bílé maso, které převažovalo, má asi 3× méně železa než červené maso a uzeniny také nejsou dobrým zdrojem železa. Proto největší část celkového příjmu železa pocházela z obilovin – zejména se na tom podílely železem – i jinými mikronutrienty – fortifikované kojenecké kaše. Dalším významným zdrojem železa byla zelenina a brambory (19 % a 20 %), následovaná mlékem, kde k příjmu železa výrazně přispívaly náhrady mateřského mléka, protože neupravené mléko obsahuje železa málo.

Konzumace zeleniny se s věkem zvýšila jen málo – z 35 g na dítě a den u kojenců na 43 g u dětí ve věku 24–35 měsíců. U obou věkových skupin je zaznamenáno celkem 15 druhů podané zeleniny, ale více než 10 % celkové hmotnosti zkonzumované zeleniny tvořily u kojenců pouze 2 a u starších dětí 3 druhy zeleniny. Podle očekávání snědly děti nejvíce mrkve, ale poněkud překvapivě byla na druhém místě dýně, což je dáno dobou sběru dat v listopadu a únoru. V dotazníku o stravovacích zvyklostech 77 % matek kojenců a 88 % matek starších dětí zaškrtlo, že dítě dostává brokolici (hned po mrkvi, kterou podle matek „běžně konzumuje" 94 % respektive 98 % dětí). Na rozdíl od mrkve, která je v konzumaci na prvním místě, brokolici, která obsahuje značné množství vitaminu C a dalších cenných mikronutrientů se na celkovém množství zkonzumované zeleniny podílela nepatrně, protože ji v průběhu tří dnů jedlo jen 6 kojenců a 3 starší děti.

Pokud bychom počítali brambory mezi zeleninu, pak by brambory a bramborová kaše tvořily u kojenců 49 % celkového příjmu hmotnosti skupiny „Zelenina" a 65 % ve věkové skupině 24–35 měsíců a poměrné zastoupení ostatní

zeleniny by se přiměřeně snížilo. Celková konzumace skupiny „Zelenina" by stoupla na 69 g na dítě a den u kojenců a 124 g u dětí ve věku 24–35 měsíců.

Konzumace ovoce byla pozoruhodně podobná u obou věkových kategorií. Průměrný příjem na dítě a den byl 91 g u kojenců a 97 g u starších dětí, kde je nutno ještě připočítat 56 ml džusů, které zde nejsou uvedeny. Kojenci pili džus jenom 4, celkem 125 ml.

Kojenci konzumovali ze skupiny „Obilovin" průměrně 89 g potravin na dítě a den a děti ve věku 24–35 měsíců 118 g. Na prvním místě byly kaše, celkem 64 % zkonzumované hmotnosti u kojenců a 68 % u starších dětí. Druhou největší kategorii tvořilo sladké pečivo a sušenky, 20 % u kojenců a 14 % u batolat, což není optimální. Chléb, rýže a těstoviny byly až na dalších místech. V kategorii „ostatní" nepřesáhl konzum žádné z potravin 2 % celkové hmotnosti. U kojenců tato kategorie zahrnuje hladkou mouku použitou při přípravě pokrmů, loupáky, rohlíky, křupky, jáhly, kroupy a pizzu, u starších dětí se k nim připojují snídaňové cereálie, knedlík a kus kus.

Kojenci pili průměrně 117 ml nápojů denně, děti ve věku 24–35 měsíců 312 ml. Za tento rozdíl odpovídá vyšší konzumace mléka u kojenců. U obou věkových skupin byla na prvním místě voda, na druhém neslazený čaj, u kojenců se více vyskytovalo pití fenyklového čaje, 18 % celkového příjmu nápojů u větších dětí tvořil džus a jablečná šťáva.

Závěrem je nutné poznamenat, že adekvátnost množství jednotlivých druhů potravin teprve bude hodnocena a že uvedené průměrné hodnoty zakrývají značné rozdíly mezi jednotlivými dětmi, které je také v budoucnu potřebné vyhodnotit.

doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D. je lékař a pedagog z Pediatrické kliniky 2. LF. Promoval na 2. lékařské fakultě v roce 2001. Během studia strávil dva měsíce na pediatrické klinice v Hannoveru, v 1. ročníku doktorandského studia absolvoval vědeckovýzkumnou stáž ve skotském Aberdeenu. Během pregraduálního i doktorandského studia nasbíral zkušenosti ze zahraničních stáží v Hannoveru, Aberdeenu a v Texas Children´s Hospital v Houstonu.

Ve své habilitační práci se věnoval problematice nutričního programování. Předpokládá se, že cílenou výživou v období časného postnatálního vývoje lze ovlivnit rizika civilizačních chorob v pozdějším věku. Habilitační práce je komentovaným souborem publikací a jsou v ní shrnuty výsledky výzkumu za posledních 10 let.

V současnosti se věnuje výuce studentů v oboru pediatrie a pracuje na Pediatrické klinice 2. LF UK ve FN Motol jako vedoucí oddělení dětské gastroenterologie. Je předsedou Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy v rámci České pediatrické společnosti ČSL JEP. V roce 2013 byl hlavním organizátorem mezinárodního výukového kurzu dětské výživy ESPGHAN Summer School. Od letošního roku je členem Komise pro výživu ESPGHAN. Je vedoucím kolektivu autorů, kteří v dubnu 2014 vydali Doporučení pro výživu kojenců a batolat. Je autorem dlouhé řady publikací, článků, přednášek a posterů, vztahujících se k problematice výživy kojenců a malých dětí.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Kojenecké a batolecí období je z hlediska dlouhodobého vývoje dětského organismu velmi důležité. Vzhledem k dynamickému rozvoji psychomotorických funkcí, dozrávání CNS i imunitního systému a rychlému somatickému růstu, hraje zásadní roli v tomto období výživa. Předpokládá se, že výživa v prvních několika letech života může mít vliv i na riziko rozvoje některých civilizačních onemocnění v dospělosti.

Vzhledem k tomu, že v posledních několika letech byla publikována některá zahraniční doporučení týkající se kojenecké výživy ve zdraví i v nemoci, rozhodli se zástupci Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti (PSDG ČPS) k vytvoření moderních výživových doporučení založených na nejnovějších vědeckých poznatcích. V oblasti kojenecké výživy bylo dosud provedeno velmi málo kvalitních vědeckých studií. Proto je předložený text spíše souhrnem názorů odborníků (tzv. consensus-based guidelines) než souborem výstupů randomizovaných studií (evidence-based guidelines). V textu jsou zohledněny současné názory a doporučení renomovaných odborných společností a naším cílem bylo vybrat z nich ty nejdůležitější poznatky pro klinickou praxi na úrovni Praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD). Text pokrývá témata z oblasti přirozené výživy fyziologického kojence, ale i doporučení pro výživu v různých patologických situacích.

Doporučení mají celkem 13 kapitol a budou publikována v časopise Československá pediatrie a také v časopise Vox pediatriae jako samostatné suplementum. Přednáška uvádí přehled vybraných nejdůležitějších doporučení z jednotlivých kapitol.

Přehled kapitol:

- Kojení
- Strategie zavádění nemléčných příkrmů
- Zavádění lepku
- Náhradní kojenecká mléčná výživa
- Výživa novorozence s nízkou porodní hmotností po propuštění do domácí péče
- Prebiotika a probiotika
- Mikronutrienty
- Alergie na bílkovinu kravského mléka
- Dietní opatření při léčbě akutních infekčních gastroenteritid
- Výživa dítěte s atopickým ekzémem
- Alternativní výživa
- Poruchy příjmu potravy kojenců a batolat
- Výživa batolat

Kolektiv autorů (v abecedním pořadí):

MUDr. Simona Bělohlávková[1]
Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.[2]
MUDr. Iva Burianová[3]
MUDr. Pavel Frühauf, CSc.[4]
MUDr. Martin Fuchs[1]
MUDr. Radana Kotalová, CSc.[2]
MUDr. Jan Malý, Ph.D.[5]
MUDr. Anna Mydlilová[3]
Prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.[2]
†Doc. MUDr. Oldřich Pozler, CSc.[5]
Prof. MUDr. Josef Sýkora, Ph.D.[6]
Vedoucí redaktor textu: Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

PRACOVIŠTĚ AUTORŮ:

[1] Immuno-Flow, Praha
[2] Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha
[3] Novorozenecké oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha
[4] Klinika dětského a dorostového lékařství UK 1. LF a VFN, Praha
[5] Dětská klinika, FN a LF UK, Hradec Králové
[6] Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

MUDr. Martin Fuchs

Immunoflow s. r. o., Praha 9

Po absolvování Fakulty dětského lékařství UK nastupuje v r. 1983 na dětské odd. FN Bulovka v Praze, kde obhajuje dvě atestace z pediatrie a nakonec i atestaci z oboru alergologie a klinické imunologie (r. 1999). Od roku 1996 plní funkci primáře, z které odchází v r. 2009 do soukromého zařízení Immunoflow s. r. o. Zde zakládá ambulanci alergologie a klinické imunologie se zaměřením na alergie potravinového původu.

Je členem výboru ČSAKI, autorem mnoha přednášek, řady odborných článků i monografie „Alergie číhá v jídle a pití". V současné době se plně věnuje problematice potravinových alergií.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Příkrmy z pohledu alergologa

V Evropě se každých deset let zdvojnásobí počet alergiků. V ČR bylo v r. 1996 16,9 % alergiků do 19 let (3,8 % astmatiků), v r. 2007 to bylo 31,8 % (11,2 % astmatiků). Před 30 lety se na tento nebezpečný trend zareagovalo představou, že snížením antigenní nálože se zredukuje incidence alergických onemocnění (WHO, EFSA, ESPGHAN, AAP aj.). A tak se stalo, že se základní potraviny typu kravského mléka, lepku, vejce a bohužel třeba i ryb přesunuly na stranu rizikových „alergenů". Z jídelníčku byly vyřazovány zvláště u dětí s atopickou rodinnou i osobní zátěží. Ve světle nových studií se však tato představa ukázala jako naivní, mylná i škodlivá. Komplementární výživa kojence by se měla realizovat mezi 17. až 26. týdnem biologického věku dítěte. Optimálně ještě v době kojení, ať již výlučného nebo částečného. V tomto intervalu, který se začal chápat jako „okno imunologické tolerance", by se měly postupně zavádět všechny základní potraviny. Naopak zavádění komplementární stravy již před 4. měsícem (17. týdnem) a po 6 m. věku (po 26. týdnu) může vést nejen k vyšší potravinové senzibilizaci, ale i k nárůstu senzibilizace ke vzdušným alergenům, potažmo k nárůstu respiračních alergóz. Vysvětlení hledejme v obcházení aktivního imunologického procesu orální tolerance. Pokud se v uvedeném „oknu" nenabídne potravinový antigen geneticky naprogramovaným regulačním lymfocytům trávicího traktu, pak se může budoucí imunologické chápání daného antigenu (bílkoviny) posunout k atopickým pochodům. Výlučné kojení by se z alergologicko-imunologického hlediska mělo podporovat po dobu minimálně 4 měsíců, plné anebo částečné kojení déle, minimálně 9 měsíců.

MUDr. Jan Malý, Ph.D.

Dětská klinika LF UK a FN, Hradec Králové

Pediatr a neonatolog, je vedoucím lékařem novorozenecké jednotky intenzivní a resuscitační péče Dětské kliniky ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

V roce 2001 promoval na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. V roce 2004 získal atestaci 1. stupně z dětského lékařství, v roce 2007 pak získal odbornou způsobilost v oboru dětského lékařství a v roce 2008 nástavbovou atestaci z neonatologie. V roce 2009 úspěšně obhájil disertační práci a získal akademický titul Ph.D. Mezi roky 2004 a 2013 absolvoval řadu mezinárodních edukačních programů, převážně v oblasti neonatologie. Vedle klinické praxe se doktor Malý věnuje také pedagogické činnosti – studenti medicíny v Hradci Králové si mohou vyslechnout jeho přednášky v českém a anglickém jazyce. Kromě pregraduální výuky je řečníkem na postgraduálních a předatestačních kurzech pro porodníky i pediatry a na odborných sympóziích.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Výživa novorozence s nízkou porodní hmotností po propuštění do domácí péče

Normalizace růstu a optimalizace tělesného složení novorozence s nízkou porodní hmotností je cílem nutričních opatření v novorozeneckém a kojeneckém období. Nejvíce ohroženi růstovým zaostáváním jsou novorozenci s extrémně a velmi nízkou porodní hmotností (ELBWI, VLBWI), zvláště ti se závažnými postnatálními komplikacemi. Kojení (nebo výživa odstříkaným mateřským mlékem) je ideální formou výživy po propuštění, nicméně, v některých situacích může vést k prohloubení získaného nutričního deficitu (tzv. extrauterinní růstové restrikce – EUGR). Děti s EUGR a děti s IUGR (intrauterinní růstovou restrikcí) vyžadují bedlivé sledování růstových parametrů (hmotnost, délka, obvod hlavy), minerálového a kostního metabolismu a případně změnu výživy (zahájení nebo pokračování fortifikace mateřského mléka; kombinace kojení a „post-discharge" formule; minerálová suplementace aj.) Výživa formulí pro nedonošené děti je doporučenou formou výživy pro všechny novorozence s nízkou porodní hmotností, kteří nemohou být kojeni nebo nemohou být krmeni mateřským mlékem, a to až do dokončeného 40. gestačního týdne nebo dosažení hmotnosti 3 500 g. Výživa počáteční formulí je doporučenou formou výživy pro nerizikové novorozence s nízkou porodní hmotností, kteří nemohou být kojeni nebo nemohou být krmeni mateřským mlékem po termínu porodu – tj. cca od 38. gestačního týdne. Výživa „post-discharge" formulí je doporučována pro novorozence s EUGR, eventuálně s IUGR, kteří nemohou být kojeni nebo nedostávají dostatečný objem mateřského mléka. Optimální délka podávání těchto formulí není známa.

prof. MUDr. Jiří Nevoral, CSc.

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol Praha

Profesor MUDr. Jiří Nevoral, CSc. se řadu let věnuje pediatrické gastroenterologii, hepatologii a výživě. Je členem European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung, European Crohn's and Colitis Organisation, České pediatrické společnosti, České hepatologické společnosti a České gastroenterologické společnosti. Absolvoval řadu studijních pobytů na zahraničních klinikách se zaměřením na pediatrickou gastroenterologii ve Švédsku, v Belgii a v Německu, především v Heidelbergu a Hannoveru. V roce 2003 byl prezidentem kongresu European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, který se konal v Praze, byl několik let předseda a nyní je člen výboru Pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu při České pediatrické společnosti, je předseda Společnosti pro probiotika a prebiotika, člen redakční rady časopisu Postgraduální medicína a předseda Akreditační komise pro dětskou gastroenterologii a hepatologii.

Profesor MUDr. Jiří Nevoral, CSc. přednáší gastroenterologickou a hepatologickou problematiku českým a zahraničním studentům 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, českým i zahraničním postgraduálním studentům, v kurzech pro přípravu kandidátů k atestaci z gastroenterologie a v doškolovacích kurzech pořádaných Českou lékařskou komorou. Podobně přednáší otázky výživy ve zdraví i nemoci.

Na seznamu publikační činnosti profesora Nevorala jsou uvedeny tři monografie „Onemocnění jater v dětském věku", „Výživa v dětském věku" a „Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa", která vyšla na konci roku 2013, je autorem řady kapitol věnovaných dětské gastroenterologii v dalších několika monografiích a učebnicích, je autorem a spoluautorem více než 180 článků v českých a zahraničních časopisech a byl řešitelem a spoluřešitelem několika grantů.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Alergie na bílkovinu kravského mléka

Alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM) je nejčastější potravinová alergie u dětí do 3 let a postihuje asi 1–3 % kojenců. U 90 % pacientů vzniknou symptomy ABKM v prvních 3 měsících života v závislosti na čase, kdy se dítě poprvé setkalo s bílkovinou kravského mléka (BKM). ABKM vzácně vzniká až po 12. měsíci života dítěte. Jen výjimečně může být ABKM příčinou gastrointestinálních symptomů i později.

Při podezření na ABKM je diagnostický a léčebný postup zahajován diagnostickou eliminační dietou s úplným vyloučením alergenu. Standardizovaný expoziční test je potom nutný k potvrzení nebo vyloučení diagnózy. Expoziční test není potřeba provádět pouze u pacientů s anafylaktickou reakcí za přítomnosti specifických IgE protilátek proti BKM a u dětí s anamnesou nepochybné okamžité reakce I. typu.

U kojených dětí s ABKM mají matky samy udržovat striktní bezmléčnou dietu. Nekojené děti s potvrzenou diagnózou ABKM mají být živeny přípravkem s vysoce hydrolyzovanou bílkovinou, případě elementární výživou na bázi aminokyselin. Pacient má být znovu zhodnocen za 6–12 měsíců s cílem zjistit, zda se nevytvořila tolerance k BKM. Děti s ABKM ve 3 letech tolerují BKM ve více než 75 % a ve více než 90 % ve věku 6 let. Nevhodná nebo příliš dlouhá eliminační dieta může negativně ovlivnit kvalitu života dítěte a celé rodiny, může negativně ovlivnit růst dítěte a je finančně náročná.

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

MUDr. Pavel Frühauf, CSc. se narodil v Praze v r. 1951. Po promoci na Fakultě dětského lékařství UK v Praze v r. 1975 pracoval na dětském oddělení v Kolíně a od r. 1978 pracuje na dětské klinice v Praze na Karlově. Je specializovaně způsobilý pro dětské lékařství, dětskou gastroenterologii a hepatologii. V r. 1991 obhájil práci na téma: „Ultrazvukové vyšetření evakuace žaludku u dětí a dospívajících" a získal titul kandidáta věd. Pracuje jako primář kliniky, externí učitel 1. LF UK a externí lektor IPVZ. Je členem akreditační komise MZ ČR v oborech dětské lékařství, dětská gastroenterologie a hepatologie. Je členem výboru pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu České pediatrické společnosti. V databázi Národní lékařské knihovny je v současné době evidováno 179 jeho publikací.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Zavádění lepku

Aktuální pohled na zavádění lepku do výživy je formulován takto:

- Neexistují jednoznačné doklady jak z hlediska kojenecké výživy prevenovat celiakii.
- Současné doporučení vychází z postoje Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu, která pokládá za vhodné nepodávat lepek před 4. měsícem a ne později než v 7. měsíci života.
- Není jasné, zda zavedení lepku v situaci kde je dítě ještě alespoň částečně kojeno přináší protekci vůči rozvoji celiakie nebo jen oddaluje a modifikuje její manifestaci.
- Zavádění lepku by mělo být postupné s počáteční nabídkou malého množství lepku, která se postupně zvyšuje.
- Počáteční množství lepku představují dvě lžičky pšeničné mouky do zeleninového příkrmu nebo 2 piškoty do ovocného příkrmu 6 g lepku.
- Tato doporučení zohledňují i prevenci alergie na bílkovinu pšenice a diabetu 1. typu, kde se může uplatňovat vliv lepku.
- V současné době nejsou vědecké důkazy, že nepodávání nebo opožděné zavádění potenciálně alergenní stravy po 4. – 6. měsíci redukuje výskyt alergie u dětí se zvýšeným rizikem rozvoje alergie i bez něj. Oddalování podání cereálií po 6. měsíci může zvyšovat riziko alergie na pšenici.

Ze závěrů poslední publikované prospektivní kohortové studie (více než 82 tisíc probandů) provedené v Norsku plyne, že zavedení lepku před 4. měsícem a po 6. měsíci zvyšuje výskyt celiakie a kojení není protektivním faktorem.

MUDr. Radana Kotalová, CSc.

MUDr. Radana Kotalová, CSc. vystudovala 2. lékařskou fakultu Univerzity Kalovy v Praze, od promoce pracuje na Pediatrické klinice 2. LF UK a FN Motol Praha. Postgraduální studium ukončila disertační prací s tématem problematiky imunologických aspektů celiakie. Trvale se věnuje problematice gastroenterologie, hepatologie a výživy. Je členem vedení Pracovní skupiny pro dětskou gastroenterologii a výživu při České pediatrické společnosti a řady dalších odborných společností.

Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat

Akutní infekční gastroenteritidy, výživa batolat

Terapie akutních gastroenteritid je založena na rychlé perorální rehydrataci a časné realimentaci. Mírná a středně těžká dehydratace (do 9 % úbytku tělesné hmotnosti) je řešena cestou perorálních hypoosmolárních rehydratačních roztoků se složením dle ESPGHAN. Eventuálně jsou podávány nasogastrickou sondou. Ta je preferována před intravenózní rehydratací. Nejsou doporučovány nápoje typu cola, džusy atd. Realimentace stojí na nepřerušovaném kojení a časné realimentaci nekojených kojenců a starších dětí. Mateřské mléko je podáváno kontinuálně i v aktuální dehydrataci dítěte. To v zahájení terapie může nahrazovat perorální rehydratační roztok. Nekojení kojenci jsou realimentováni mlékem podávaným před onemocněním Batolata a starší děti dostávají stravu odpovídající věku. Jsou preferovány potraviny obsahující škroby. Farmakoterapie není základem a podmínkou léčby AG.

Výživa v batolecím věku formuje vztah jedince k výživě a stravovacím návykům. Dítě nelze k jídlu donutit, jen opakované nenásilné nabízení odmítaných potravin (zpočátku jen ve velmi malém množství) zabrání jednostranné výživě. Nepodávají se drobné, tuhé, obtížně rozpustné potraviny pro možnost aspirace. Strava má být podávána nejméně v 5 porcích denně pro malou kapacitu žaludku batolete. Obvykle doporučovaná energetická hodnota stravy je 100 kcal/kg/den. Denní objem tekutin je v 2. roce 80–120 ml/kg/den, ve 3. roce 80–100 ml/kg a den. Po 1. roce je doporučováno 300–330 ml mléka nebo jeho ekvivalentů, po 2. roce alespoň 125 ml denně. Do 2 let podáváme mléko vždy plnotučné a vždy pasterizované. Doporučuje se vyhodnocení stavu výživy alespoň 1× do roka dle percentilových grafů.

Poznámky

Pozor! Nepřehlédněte

1000 dní do života

Výživa dětí časného věku

Seminář

sobota 14. 6. 2014 v Praze

sobota 21. 6. 2014 v Brně

V rámci programu semináře budete mít možnost blíže se seznámit s tématy, prezentovanými na dnešní konferenci:

- Nutriční programování – význam výživy dětí časného věku
- Nutriční návyky a stav výživy dětí časného věku v ČR
- Doporučení pro výživu kojenců a batolat

Semináře se budou konat pod odbornou garancí OSPDL ČSL JEP a budou vedeny předními českými odborníky, přímými účastníky Studie a spoluautory Doporučení.

Počet účastníku je omezen na max. 25 na každém z nich. V případě zájmu o některý z uvedených termínů potvrďte prosím svou účast vyplněním přihlášky, kterou najdete mezi obdrženými materiály. Přihlášku pak předejte do boxu u registrace.

Vzdělávací akce bude ohodnocena kredity pro lékaře..

Další informace k iniciativě 1000 dnů do života a další připravované termíny najdete na www.1000dni.cz

V případě potřeby, prosím, kontaktujte organizační agenturu: Mgr. Lilly Ahou Kolesová, Ahou Public Relations, s. r. o., mobil: +420 724 359 365, e-mail: lilly@ahou.cz.