

# Reportáž z lékárny 2010 (léto 2008) na téma mléčné výživy pro novorozence, kojence a děti

**Mgr. Lucie Kotlářová**  
**Edukafarm, Praha**

*Letní projekt lékárny 2010 zaměřila vzdělávací společnost Edukafarm na téma pediatrie. Klinické pediatrické praxe zaměřené na kojeneckou mléčnou výživu se ujala MUDr. Miroslava Adamcová, dětská gastroenteroložka z Fakultní nemocnice v Motole.*

Role mateřského mléka v počátečním období života dítěte (do konce 6. měsíce) je tak významná, že se dá mateřské mléko nazvat nejen potravou, ale i lékem. Mateřské mléko by mělo být podáváno do jednoho roku věku. Pro svůj obsah obranných látek chrání dítě proti infekci, snižuje riziko výskytu obou typů diabetu mellitu, hypercholesterolemie, nadváhy a obezity, podporuje psychomotorický vývoj. Pokud však dítě v tomto prvním období života nemůže být kojeno, pak se ke slovu dostávají tzv. počáteční mléka kojenecké výživy. V současnosti všechna tato mléka obsahují adaptovanou bílkovinu kravského mléka (KM) - tzn. poměr syrovátky ke kaseinu je větší nebo roven jedné. Někdy se objevují mléka s neadaptovanou bílkovinou KM (poměr syrovátky:kaseinu je 20:80), která mají vyšší sytost a používají se k večernímu a nočnímu krmení dětí. Sacharidová složka je tvořena převážně mléčným cukrem laktózou. Tuhy v počátečních mléčích kryjí asi polovinu kalorické potřeby dítěte. Množství mléka přijatého dítětem by mělo odpovídat 1/6 tělesné hmotnosti, tj. 150-180 ml/kg/den, maximálně ale 1 litr mléka denně.

Pokračovací mléka podávaná od 4., resp. 6. měsíce života mají nižší energetickou hodnotu a nižší obsah bílkovin než mléka počáteční, většinou nemají adaptovanou bílkovinu KM. Mléka pro starší kojence a batolata jsou do jídelníčku zařazována na konci prvního roku života a děti by je měly dostávat do 3 let věku.

Otázku prebiotik a probiotik v kojenecké stravě uvedla MUDr. Adamcová jako otevřenou a diskutovanou pediatrickou problematiku. Přidávání těchto látek do umělých formulí vychází z předpokladu, že u kojeneckých dětí je střevní flóra složena z 90 % z laktobacilů a bifidobakterií (probiotik). Převaha těchto bakterií je ovlivněna přítomností oligosacharidů, prebiotik, které ovlivňují jejich růst. Ve snaze podpořit imunologické dozrávání střevní sliznice a optimalizaci složení střevní flóry jsou některá

umělá mléka obohacena o prebiotika nebo probiotika. Co zůstává stále otevřenou otázkou, je skutečná dostupnost těchto látek v umělé mléčné stravě, stejně tak podávání těchto látek u dětí se závažnými imunodeficity.

Regurgitace, zvracení v kojeneckém věku, je do jisté míry fyziologické, ale je nutno odlišit patologické stavy, které zvracení provázejí (pylorostenóza, nitrolební hypertenze, infekce, střevní neprůchodnost). Kojenecká anti-refluxní mléka mohou být řešením nekomplikovaných regurgitací a lehkých forem gastroezofageálního refluxu. Jejich anti-refluxní efekt je založen na zahuštění mléka např. vlákninou ze svatojánského chleba (karob), bramborovým nebo rýžovým škrobem. Nově se na trhu objevují mléka s obsahem kukuřičného škrobu (například Novalac), jejichž specifikem je zahuštění až v žaludku změnou pH prostředí. Medikamentózní léčba závažnějších stavů gastroezofageálního refluxu představuje inhibitory protonové pumpy, H<sub>2</sub> blokátory, někdy i prokinetika. U komplikovanějších stavů refluxu je nutná i léčba bronchiální hyperaktivity (inhalanční kortikoidy, betamimetika).

Další častý problém u kojenců, který uvedla MUDr. Adamcová, jsou kojenecké koliky. Jejich výskyt je častější u chlapců, ustupují do 4. měsíce věku a farmakologicky jsou velmi obtížně ovlivnitelné. Objevují se v prvních týdnech života a jejich průběh se nemění. Vedle režimových opatření, jako je klubičkování či chování dítěte, je možné tento problém řešit i podáním umělých mlék se sníženým obsahem laktózy. Principem účinku těchto speciálních formulí je dodání jen nezbytně nutného množství laktózy z důvodu omezení fermentace ve střevě doprovázené kolikami. Podávání mlék s hydrolyzovanou bílkovinou KM není vhodným prvním řešením kojeneckých kolik.

Zácpa u kojence a malých dětí je podle zkušeností MUDr. Adamcové nejčastěji návyková, habituální, v důsledku změny stravy či režimu. Může se vyskytnout také jako endokrinologický příznak hypothyreózy, diabetu insipida, cystické fibrózy či poruchy střevní pasáže. Léčba zácpy spočívá v úpravě příjmu tekutin, navýšení příjmu ve vodě rozpustné vlákniny ve střevě, zvýšení množství zeleniny. U kojenců na umělé stravě je vhodné používat mléka se zvýšeným obsahem laktózy. Volit je možné také terapeutické opatření ve formě laktulózy či probiotik, při přetrvávání zácpy je

však nutné vyloučit organickou příčinu.

Posledním zmiňovaným problémem u kojenců, řešitelným správným nastavením umělé stravy, je alergie, resp. intolerance bílkoviny KM. Tato se projevuje granulomatózní enterokolitidou s průjemem, tenesmy a poruchami vyprazdňování. Vyskytnout se mohou i kožní či respirační projevy. U kojenců s IgE mediovanou reakcí hrozí při opakovaném kontaktu s alergenem riziko vzniku anafylaktické reakce. Léčbou alergie bílkoviny na KM je jednoznačně odstranění alergenu z jídelníčku. V léčbě se používají mléka s vysokou formou hydrolyzy bílkoviny KM. Do 12. měsíce věku by se neměly podávat tyto potravinové alergeny: ořechy, sója, citrusy, tropické ovoce, čokoláda, kakao, mák, med, ryby a mořské plody, vejce a koření. Kojenec s vyšším výskytem alergie v rodině, především u sourozenců či rodičů, by měl dostávat preventivní, hypoantigenní mléko. Bílkovina KM je v těchto preparátech jen částečně rozštěpena, zůstává jí omezená schopnost vyvolávat alergickou reakci. Hypoantigenní mléka však nesmí být použita v léčbě dětí s potvrzenou alergickou reakcí. Dietní mléka s extenzivní hydrolyzou bílkoviny KM by měla být podávána na základě lékařského předpisu a doporučení.

Přednáška byla doplněna množstvím dotazů z auditoria. Otevřela se otázka postavení sojového mléka jako alternativy bezlaktóзовého mléka. Sojové mléko je vnímáno maminkami jako alternativa umělé výživy u dětí alergických na KM, bohužel už není v podvědomí laické veřejnosti výskyt zkřížené reakce mezi kravským a sojovým mlékem. Dále se diskutovala otázka plošného doporučování hypoantigenních formulí maminkám, které mají obavu z výskytu alergie u svých dětí. Hypoantigenní formule mají své místo jako prevence alergie u dětí, jejichž sourozenci či rodiče trpí alergií. Diskutovanou oblastí se stala terapie kolik jak z hlediska podávání speciálních formulí, tak podávání přípravků s obsahem simeticonu. Stálým evergreenem posluchačů je terapeutické využití probiotik u dětí, např. dětí trpících příznaky alergií jako je atopický ekzém.

Živá diskuze, rozpoutaná po prezentaci klinicky zaměřené přednášky MUDr. Adamcové, dosvědčuje velký potenciál pro další edukační formy v oblasti výživy kojenců. To je důvod, proč by se vzdělávací společnost Edukafarm ráda dále věnovala problematice pediatrie.