

STRUČNÉ NOVINKY



LAKTAČNÍ LIGA www.kojeni.cz

Národní laktační centrum



Geneva Infant Feeding Association

Ve spolupráci s GIFA Vám přinášíme nejnovější informace týkající se podpory kojení, výživových praktik kojenců a nejmenších dětí a Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka. Uvádíme zkrácené texty převzaté ze stránek IBFAN nebo anotace odborných článků, které vyšly v renomovaných odborných časopisech.

V další části najdete některé informace, které se týkají způsobu hodnocení růstu nejmenších dětí, i některé poznatky z oblasti prevence dětské nadváhy a obezity.

IBFAN je mezinárodní síť složená z 278 veřejných neziskových skupin působících v 168 zemích celého světa. Jejich cílem je přispět ke snížení mortality a zlepšení zdraví kojenců a nejmenších dětí, jejich matek i rodin prostřednictvím ochrany a podpory kojení a optimálních výživových praktik. GIFA je členem IBFANu, sídlí v Ženevě a naplňuje funkci 'liaison' s organizacemi OSN, s nevládními organizacemi a s Komisí práv dítěte.

Doporučení k zavádění komplementární výživy (příkrmu) u kojenců (2013)

Pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví pro výživu dětí

- **Výlučné kojení do ukončeného 6. měsíce následované pokračováním v kojení spolu s odpovídající komplementární výživou dle potřeb dítěte do 2 let i déle** je třeba považovat za optimální výživový standard pro dítě, který je v souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO), Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) a Britské poradní vědecké komise pro výživu (SACN).
- Komplementární výživu (příkrm) je třeba začít zavádět u kojenců i nekojených dětí nejpozději po ukončeném **6. měsíci věku dítěte, 180 dní (v 26. týdnu), ale ne před ukončeným 4. měsícem věku (17 týdnů).**
- Příkrm je zaváděn z důvodu, **kdy samotné mateřské mléko či náhradní kojenecká mléčná výživa (formule) již přestává pokrývat výživové požadavky dítěte.** Pokud kojené dítě neprospívá, doporučuje se nejprve podpořit matku v kojení a zavést nemléčný příkrm. Pokud se laktace nezlepší, zavede se k příkrmu náhradní mléčná výživa.
- Pro zavádění příkrmu u **nedonošených dětí** (narozených před 37. týdnem těhotenství) je postupováno následovně: U dětí narozených po 35. dokončeném týdnu těhotenství je doporučeno postupovat jako u dětí donošených. U dětí narozených před 35. týdnem těhotenství lze zavádět příkrm 5-8 měsíců od data jejich narození, ne dříve než po ukončeném 3. měsíci (13. týdnu) korigovaného věku dítěte (od vypočteného termínu porodu). Zavádění příkrmu je u každého nedonošeného dítěte posuzováno individuálně, a to v závislosti na celkovém stavu dítěte (zdravotní stav, psychomotorická zralost, prospívání apod.).

- Pro zavádění příkrmu je důležitá **vývojová zralost dítěte**, tzn. schopnost udržet hlavu ve stabilní poloze, koordinovat oči, ruce a ústa při hledání potravy, jejím uchopení a vkládání do úst, polykat a tolerovat tuhou stravu.
- Příkrm u **kojených i nekojených dětí** je zaváděn podle aktuálních doporučení. Strava s obsahem lepku by měla být zaváděna do jídelníčku nejpozději do ukončeného 7. měsíce věku dítěte, optimálně ještě v době, kdy je dítě zároveň kojeno.
- U dětí s vysokým rizikem **alergie** se postupuje při zavádění příkrmu obdobně jako u jiných dětí, vždy je však zaváděna pouze jedna potravina se sledováním možné alergické reakce. Zaváděním komplementární výživy současně s kojením se zvyšuje imunoprotektivní tolerance kojeneckého organismu k antigenům ve stravě.
- Dosud nebylo prokázáno, že by včasná senzibilizace alergeny obsaženými ve stravě snižovala riziko vzniku alergických onemocnění či celiakie u dítěte. **Není proto důvod, aby dětem, které prospívají, byl doporučován kontakt s potenciálními potravinovými alergeny a potravinami s lepkem před ukončeným 6. měsícem věku.**

Doporučení ESPGHAN 2008 pro časné zavádění doplňkové výživy: jak je správný tento úsudek? (ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence?) A. Cattaneo, C. Williams, C. R. Pallás-Alonso, M. T. Hernández-Aguilar, J. J. Lasarte-Velillas, L. Landa-Rivera, E Rouw, M Pina, A. Volta and A. M. Oudesluys-Murphy. (*Maternal and Child Nutrition*, 2011, 7, pp. 335–34)

WHO a mnoho dalších vládních a odborných organizací od roku 2002 doporučuje jako optimální výživovou praxi kojenců výlučné kojení po dobu 6 měsíců následované doplňkovou výživou (podávání pevné stravy spolu s mateřským mlékem). Bylo publikováno mnoho článků, které toto doporučení podpořily. Na druhé straně mělo na toto doporučení velký vliv vyjádření European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) komise pro výživu, která doporučuje zavádění doplňkové výživy u všech dětí mezi 17 a 26 týdnem věku. Snažili jsme se ověřit platnost názoru ESPGHAN komise pomocí prohledání literatury, interpretací důkazů, které byly použity k vytvoření jejich závěrů a vyváženosti přístupu, který se zaměřuje na prevenci chorob, růst a neuromotorický vývoj. Došli jsme k názoru, že doporučení ESPGHAN lze chápat jako názor odborníků, který mohl být ovlivněn konfliktem zájmů. Z našeho pohledu není doporučení ESPGHAN vědecky podložené a neopravňuje tedy ke změně současného doporučení kojit výlučně do 6 měsíce věku. Z individuálního pohledu by zdravotníci měli chápat, že vývojová připravenost dítěte k příjmu pevné stravy má určitý věkový rozsah stejně jako u jiných vývojových schopností dítěte; tedy že před 6. měsícem věku bude pravděpodobně připraveno méně dětí než po 6. měsíci. Úlohou zdravotníků je vybavit rodiče sebedůvěrou a schopnostmi rozpoznat příznaky vývojové připravenosti jejich dítěte. Tomuto přístupu by se mělo dávat přednost před doporučením ESPGHAN.

Význam kontaktu kůže na kůži a časného zahájení kojení

Evidence for Essential Nutrition Actions, Draft WHO May 2011

Doporučení časného zahájení kojení pochází ze společného prohlášení WHO/UNICEF z roku 1989 o "Ochraně, propagaci a podpoře kojení a specifické roli zdravotníků, pečujících o matky", jehož součástí je Deset kroků úspěšného kojení, kde speciálně krok 4 uvádí "Pomožte matkám, aby zahájily kojení do jedné hodiny po porodu. Vědecká průkaznost Deseti kroků úspěšného kojení byla shrnuta Světovou zdravotnickou organizací v přehledu, kde bylo prokázáno, že časný kontakt dítěte s matkou zvyšuje podíl kojených dětí jak v období brzy po porodu, tak i o 2-3 měsíce později. Ke spontánnímu sání dochází v době mezi 45 minutami až do 2 hodin po porodu, nicméně kontakt kůže na kůži by měl začít, co nejdříve po porodu. Za předpokladu, že je dítě v úzkém kontaktu s matkou a může sát, pokud projevuje příznaky připravenosti k sání, není třeba na něj tlačit, aby prs uchopilo.

V roce 2009 publikovala Cochranova skupina systematický přehled, týkající se významu kontaktu kůže na kůži. Autoři naznačili, že ve vyspělých zemích mohou nemocniční praktiky významně narušit časný kontakt mezi matkou a dítětem, což může mít škodlivé důsledky. Proto autoři zpracovali přehled poznatků, aby zjistili, zda časný kontakt kůže na kůži mezi matkou a jejím novorozencem má nějaký vliv na zdraví dítěte, jeho chování a kojení. Ukázalo se, že děti s časným kontaktem kůže na kůži reagovaly více na matku, zůstávaly ve větším teple a méně plakaly. Byly také častěji a déle kojeny. Navíc byla zjištěna příčinná souvislost mezi časným kojením a snížením mortality na infekce specifické pro novorozence, což dále podporuje význam časného zahájení kojení.

Kojení je finanční úspora pro rodiny (Breastfeeding is Economical for Individual Families)www.lactationconsultant.info

Náklady na umělou výživu dítěte v rodině je částečně vyjádřeno cenou práškového mléka (formule). V USA utratí rodina za formuli v průměru přibližně 150 USD každý měsíc. Jestliže je potřeba speciální mléko, pak je to okolo 250 USD měsíčně. Mimo tyto náklady je třeba započítat zdravotní péči díky vyššímu výskytu infekcí, gastrointestinálních nemocí, astma a jiných nemocí, které se vyskytují u nekojených dětí častěji. Navíc jeden z rodičů může přicházet o mzdu, pokud již v té době pracuje a musí pečovat o nemocné dítě. Ostatní náklady není lehké vyčíslit.

Kojení musíme brát jako součást preventivní medicíny a je nutno ho podporovat jako součást péče o zdraví. Každý dolar, který je vložen do ochrany a podpory kojení se tisíckrát vrátí tím, že nebude muset být vynaložen na léčbu dětských onemocnění. Náklady na zdravotní péči se tak drasticky sníží.

Náklady na zdravotní péči v prvním roce života při výživě formulí (Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life) *Thomas M. Ball, MD, MPH, Anne L. Wright, PhD PEDIATRICS Vol. 103 No. Supplement 1 April 1, 1999, pp. 870 -876.*

Cílem studie bylo vyčíslit náklady na zdravotní péči v prvním roce života u tří základních chorob (nemoci dolních cest dýchacích, zánětu středního ucha a gastrointestinální choroby) u dětí živěných formulí v porovnání s dětmi exkluzivně kojenými. Protože u kojených dětí je nižší frekvence výskytu těchto chorob, náklady na zdravotní péči do 1 roku věku jsou u dětí nekojených daleko vyšší. Děti byly rozděleny podle způsobu výživy do 3 skupin: nekojené, částečně kojené a exkluzivně kojené po dobu nejméně 3 měsíce. Náklady na léčbu těchto chorob v roce 1995 byly přepočteny na porovnání 1000 dětí nekojených proti 1000 dětí výlučně kojených. Skupina částečně kojených dětí byla ze studie vypuštěna.

Procento nemocných dětí v prvním roce života podle způsobu výživy :

	Nekojeno	Exkluzivně kojeno
Onemocnění dolních cest dýchacích %	36,1	29,8
Zánět středního ucha %	67,1	55,7
Gastrointestinální choroby %	63,8	22,5
Celkem vyšetřeno dětí	401	414

Do nákladů na léčbu těchto nemocí byly zahrnuty návštěvy u lékaře, léky, antibiotika, RTG vyšetření a hospitalizace. V prvním roce života bylo u nekojených dětí (přepočteno na 1000 dětí) zjištěno o 2033 návštěv u lékaře více než u dětí plně kojených, 212 více dnů hospitalizace a 609 více předpisů na léky. Zvýšené náklady na ošetření nekojeného dítěte vyčíslené v USD se v roce 1995 pohybovaly mezi 331 – 475 USD oproti nákladům na ošetření dítěte plně kojeného po dobu minimálně 3 měsíce. Do nákladů nejsou zahrnuty přímé náklady rodiny.

Souhrn z připravovaných textů GIFA

Pokud má být dokrmování dítěte umělou výživou (umělé mléko v prášku) co nejbezpečnější, příprava této výživy vyžaduje dodržování hygienických podmínek. V případech, kdy došlo k některým zdravotním problémům dětí, způsobených používáním umělé výživy, matky byly často obviňovány z toho, že nedodržovaly instrukce v příbalových letáčích nebo na nálepkách. Ve skutečnosti výrobky umělé výživy nejsou sterilními produkty. Mikroorganismus *Enterobacter sakazakii*, nyní nově pojmenován *Cronobacter sakazakii* s mnoha subspecies, který byl mimo jiné nalezen v některých neotevřených baleních práškového mléka, je spojován s vážnými onemocněními, i se smrtí dětí. Tento mikroorganismus je odolný vyšším teplotám a proto příprava mléka vyžaduje rozmíchání prášku v převařené vodě, pomalu schlazené na 70° C, nikoliv na teplotu nižší.

V roce 2007 přijala Světová zdravotnická organizace (WHO) "Doporučení pro bezpečnou přípravu, zacházení s práškovým dětským mlékem a jeho skladování". V rezoluci WHO z roku 2008 byly členské státy vyzvány, aby se zaměřily na snížení rizika kontaminace umělé výživy, včetně změn obsahu doporučení přípravy pro spotřebitele. Tuto rezoluci respektovalo zatím jenom pár zemí, mezi nimi Velká Británie a

USA. V USA, po několika fatálních případech infekce tímto mikroorganismem v letech 2011 a 2012, Centres for Disease Control and Prevention doporučení pro spotřebitele zrevidovalo. Je v nich zdůrazněna nutnost kojení jako prevence proti infekci a zároveň je do těchto doporučení zahrnuto varování, že mléko v prášku není sterilní a proto je třeba používat k přípravě výživy v prášku převařenou vodu ochlazenou na 70° C.

Výrobci práškového mléka doporučení WHO většinou doposud ignorovali. V některých případech upozorňují, že výrobek není sterilní, ale neupozorňují na nutnost použití převařené vody ochlazené na 70° C, neboť tato teplota ničí také probiotické bakterie. Odpovědnost za případné infekční onemocnění dítěte tak zůstává na matkách a všech těch, kteří umělou výživu pro dítě připravují.

Kojení: Základ správné tělesné hmotnosti (Breastfeeding: The foundation for healthy weight)

Contact: Karla Shepard Rubinger, Executive Director, Academy of Breastfeeding Medicine, (800 990-4ABM), abm@bfmed.org

V rámci Health Weight Week v USA, bylo připomenuto, že udržení správné hmotnosti v průběhu života začíná už v dětství a je usnadněno kojením. Některé studie ukazují, že matky, které nekojí, si častěji udrží hmotnost, kterou přibraly v průběhu těhotenství a častěji potom trpí nadváhou a obezitou v dalším životě. Navíc se u nich častěji rozvine diabetes, vysoký krevní tlak a kardiovaskulární onemocnění. "Protože bojujeme s celosvětovou epidemií obezity, musíme chránit právo každé ženy kojit své dítě" (MUDr. A. Eidelman, prezident Academy of Breastfeeding Medicine, USA).

Pro děti mateřské mléko obsahuje množství hormonů, které regulují chuť k jídlu. U těchto dětí potom tato regulace lépe funguje i v průběhu dětství. Proto děti, které nebyly kojené častěji trpí nadváhou a obezitou a jsou vystaveny vyššímu riziku rozvoje diabetu 2. typu.

Překážky, kterým čelí kojící matky zhoršují epidemii obezity: špatná příprava těch, kteří poskytují zdravotní péči, chybné postupy v péči o matku a agresivní marketingové chování firem vyrábějících umělou výživu narušují zdraví matky a dítěte. "Data jsou jasná: Prevence obezity začíná s kojením," řekl Eidelman. "Politika, která umožní ženám zahájení kojení a bude ho dále podporovat musí být ústřední součástí globální agendy prevence obezity."

Kodex marketingu náhrad mateřského mléka

Již v roce 1981 byl za tímto účelem přijat Valným shromážděním WHO **Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka** (dále jen Kodex).

V roce 1996 byla přijata rezoluce VS WHO (WHA 49.15), která vyzývá členské státy: „k zajištění stavu, aby nemléčný přírůstek nebyl propagován nebo používán způsoby, které ohrožují výlučné kojení po dobu šesti měsíců a další kojení po dobu 6 až 24 měsíců“.

Rezoluce VS WHO (WHA 54.2), přijatá v květnu 2001, vyzývá členské země k posílení mechanismů, které by zajistily dodržování kodexu na národní úrovni.

Poslední výzvou pro vlády členských zemí WHO je **přijetí globální strategie o kojenecké a dětské výživě**, která je součástí rezoluce VS WHO (WHA 55.25) přijaté v květnu 2002. Rezoluce mimo jiné požaduje, aby průmysl kojenecké výživy dodržoval kodex a následné rezoluce VS WHO a nezasahoval do programů kojenecké a dětské výživy.

Uvedení této strategie do praxe by napomohlo naplňovat právo dítěte na kojení zakotvené v článku 24 Úmluvy o právech dítěte, která u nás vstoupila v platnost již v roce 1991. Článek 24 také hovoří o povinnosti vlády odstranit překážky kojení, vytvořit podmínky, které podporují kojení, a poskytnout veřejnosti a především rodičům správné informace o výživě a zdraví dítěte, včetně informace o výhodách kojení.

Vláda České republiky, jako členské země WHO, má rovněž odpovědnost za dodržování kodexu a následných rezolucí Valného shromáždění WHO a jejich implementaci do národních zákonů. Požadavky na složení a označování kojenecké výživy byly již zahrnuty do **vyhlášky č. 23 ministerstva zemědělství**.

V parlamentu se projednával návrh novely **zákonu o regulaci reklamy č. 40/1995 Sb.**, který zahrnuje paragrafy o reklamě kojenecké výživy. Ministerstvo průmyslu a obchodu vypracovalo návrh novely na základě směrnice doporučené EU. Tento návrh však nezahrnuje doporučení kodexu a následných rezolucí VS WHO v plném rozsahu.

Závěrečné doporučení Výboru pro práva dítěte pro Českou republiku ze zasedání v květnu 2011 byl:

- a) zvýšit povědomí o výhodách kojení a výhodách výlučného kojení do 6 měsíců a podporovat nařízení pro kojení v zaměstnání a na veřejných místech
- b) posílit národní kodex marketingu náhrad MM s implementací a monitorováním.
- c) školit a ovlivňovat zdravotníky v důležitosti ochrany, propagace a podpory kojení.
- d) podporovat baby-friendly a child-friendly programy v ČR

II. část

Růstové standardy světové zdravotnické organizace (WHO Child Growth Standards) *World Health Organisation (WHO), 2006. Department of Nutrition for Health and Development. Geneva: WHO.*

Původní růstové grafy, které doporučovala Světová zdravotnická organizace (WHO), byly grafy z roku 1977, konstruované na základě měření americké populace (NCHS growth charts), kde kojenci byli živeni převážně umělou výživou. Výzkumy však ukázaly, že růst dětí živených umělou mléčnou výživou se liší od dětí výlučně nebo převážně kojených. Růst se liší především v prvních třech měsících života, kdy kojené děti rostou do délky a přibývají na váze rychleji než děti živené umělou výživou. Po prvních třech měsících relativně klesá jejich růstová rychlost a snižují se přírůstky hmotnosti, což v mnoha případech vede k předčasnému zavádění umělé výživy. Po 6. měsíci je hmotnost, délka i hmotnost k tělesné výšce kojených dětí v průměru nižší než u ostatních dětí.

Tato skutečnost vedla k poznání, že je nutné aktualizovat dosavadní růstové grafy WHO, protože jejich použití může vést k nesprávným výživovým doporučením v kojeneckém věku. Proto byla v letech 1997 – 2003 uskutečněna studie MGRS (Multicentre Growth Reference Study). Byly do ní zahrnuty děti ze šesti zemí světa (Brasílie, Ghana, Indie, Norsko, Oman a USA). Celkem bylo vybráno 882 zdravých dětí (longitudinální měření od narození do 24 měsíců) plus 6669 dalších dětí (transverzální měření od 18 do 71 měsíců věku), které žijí v příznivých socio-ekonomických podmínkách, matka nekuřačka, výlučné nebo převážně kojení po dobu minimálně 4 měsíce, zavádění doplňkové stravy v 6 měsících a pokračující částečné kojení minimálně do 12 měsíců. Z tohoto souboru dětí byly vypracovány nové růstové standardy WHO, publikované v roce 2006, které jsou určeny pro děti ve věku od narození do 5 let.

Implementace WHO růstových standardů ve světě (Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards)

Mercedes de Onis, Adelheid Onyango, Elaine Borghi et. al. Department of Nutrition for Health and Development, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Public Health Nutrition, first published 24 February 2012, doi: 10.1017/S136898001200105X.

Světová zdravotnická organizace doporučila užívání *růstových standardů 2006* všem zemím světa s tím, že průběh růstových křivek ukazuje, jak by děti ideálně měly růst, na rozdíl od ostatních *růstových referencí*, které pouze popisují, jak daná populace roste. V dubnu 2011 přijalo růstové standardy WHO 2006 již 125 zemí, dalších 25 zvažovalo jejich přijetí a 30 zemí je odmítlo. Hlavním důvodem jejich odmítnutí byla preference lokálních růstových grafů (růstových referencí).

Aplikace WHO standardů ve Velké Británii (Application of WHO growth standards in the UK)

Scientific Advisory Group on Nutrition (SACN)/Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2007.

Podrobnou analýzou s následným konkrétním doporučením pro pediatrickou praxi ve Velké Británii se zabývala Expert Group on Growth Standards of the Scientific Advisory Committee on Nutrition and Royal College of Paediatrics and Child Health. Expert Group doporučila využívat v pediatrické praxi WHO standardy pro věk od 2 týdnů do 24 měsíců a od 24 měsíců výše UK 1990 reference.

Využití WHO standardů a CDC růstových grafů pro děti ve věku 0-59 měsíců v USA (Use of World Health Organization and CDC Growth Charts for Children Aged 0-59 Months in the United States)

Grummer-Strawn LM, Reinold Ch, Krebs NF (2010) MMWR 59, RR09.

V USA (the Centre for Disease Control and Prevention - CDC) byly WHO standardy přijaty pro děti ve věku 0-24 měsíců. Autoři upozorňují, že použití WHO standardů bude vyžadovat vyškolení zdravotnického personálu a všech, kteří se zabývají měřeními a hodnocením růstu dětí. Bude potřebný výzkum, který vyhodnotí důsledky využívání nových růstových standardů, zejména s ohledem na jiné hodnoty okrajových percentilů oproti dosavadním, které identifikují případné zdravotní problémy.

Growth of Belgian and Norwegian children compared to the WHO growth standards: prevalence below -2 and above +2SD and the effect of breastfeeding

Júliusson P. B., Roelants M., Hoppenbrouwers K., Hauspie R., Bjerknes R. (2011). Arch Dis Child 96, 916-921.

Společná Belgická a Norská studie se zabývala hodnocením růstu 6985 výlučně kojených dětí z obou zemí, matek nekuřaček. Výsledky studie ukázaly, že růstový vzorec kojených dětí v obou zemích odpovídá spíše používaným lokálním růstovým referencím než WHO standardům. Proto se obě země rozhodly používat nadále své národní reference a to i přesto, že Norsko bylo součástí WHO studie MGRS.

Růst českých kojených dětí v porovnání s WHO standardy (z připravovaného textu)

Jana Vignerová, Markéta Paulová, Jitka Riedlová, Lenka Shriver, Marek Brabec, Dagmar Schneiderová, Renata Růžková, Bohuslav Procházka

V rámci grantu IGA MZ ČR, č. NS 9974-4 / 2008, ve spolupráci s OSPDL a SPLDD, bylo provedeno porovnání růstu českých dětí kojených výlučně nebo převážně nejméně po dobu 4 měsíců se stávajícími růstovými grafy pro českou dětskou populaci.

Cílem studie bylo posoudit, zda je vhodné používat stávající české růstové grafy i pro kojené děti a na základě výsledků této studie pak, ve spolupráci s odbornými společnostmi, vypracovat doporučení pro hodnocení růstu kojeného dítěte. Studie, jejíž sběr dat se uskutečnil od března 2009 do května 2010, se zúčastnilo 43 pediatrů. Měření dětí probíhala v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících. Součástí vyšetření byl dotazník týkající se délky kojení, způsobu další výživy dítěte a dále obsahující údaje o matce, porodní údaje aj. Zároveň byla do dotazníku vypsána ze Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého všechna měření tělesné délky, hmotnosti a obvodu hlavy od narození až do 18 měsíců. Studie tak měla longitudinální charakter. Celkem bylo získáno 1765 dotazníků, ve kterých bylo zaznamenáno 19 554 vyšetření.

Z tohoto souboru pak byly vybrány děti vhodné pro srovnání s WHO standardy, tj. vybrané podle těch kritérií, která byla shodná se studií WHO (matka nekuřačka minimálně s maturitou, porod jediného zdravého dítěte, porodní hmotnost > 2500 g, výlučné nebo převážné kojení minimálně 4 měsíce). Bylo tak vybráno 960 dětí (471 chlapců a 489 dívek). Z takto vybraného souboru byly spočteny percentilové křivky jednotlivých rozměrů, které jsme porovnali se stávajícími růstovými grafy pro českou dětskou populaci.

Z výsledků vyplynulo, že české děti jsou v období 0-12 měsíců na všech percentilech delší a jejich délka je shodná se současně používanými růstovými českými referencemi. Obvod hlavy je větší na všech percentilech a je téměř shodný s používanými českými referencemi. Percentilové hodnoty hmotnosti a hmotnosti k tělesné délce jsou u českých kojených dětí do šesti měsíců nižší než podle WHO standardů, v období 6-12 měsíců jsou vyšší.

Analýza výsledků studie ukázala, že WHO standardy nelze převzít do české pediatrické praxe zcela automaticky a jejich zavedení by bylo mimořádně náročné jak z finančních, tak organizačních důvodů. Zároveň studie potvrdila, že růst kojených dětí je specifický. Česká referenční data se pro hodnocení růstu českých kojených dětí jeví jako vhodnější než standardy WHO a česká pediatrická praxe k tomuto faktu bude přihlížet. Doporučení pro pediatry i rodiče, která vycházejí z této studie, upozorňují zejména na období okolo třetího měsíce, kdy dochází k relativnímu snížení přírůstků hmotnosti kojeného dítěte. V důsledku toho pak hrozí nemalé riziko chybného vyhodnocení dosavadního průběhu růstu a paradoxního nežádoucího předčasného zavedení dokrmu. Tato fakta je nutné brát v úvahu při hodnocení růstu dětí podle referenčních grafů hmotnosti a hmotnosti k tělesné délce pro českou populaci. Stávající růstové grafy tělesné délky a obvodu hlavy lze používat bez výhrad. Doporučení zároveň upozorňují na kojení jako jeden z protektivních faktorů vzniku obezity.

Zpracovala Ing. Jana Vignerová, CSc., jana.vigner@email.cz