

KOJENECKÉ UBLINKÁVÁNÍ (GER) A JEHO LÉČBA

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.^{1,2}, MUDr. Radim Vyhnánek¹

¹Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

²Katedra pediatrie IPVZ, Praha

Kojenecké ublinkávání se vyskytuje až u 2/3 kojenců do roku života. Antirefluxní formule snižují počet regurgitací, ale nemají vliv na pH v jícnu, proto jsou indikovány pouze u neprospívajících dětí s regurgitacemi. U více než 40 % dětí s regurgitacemi, které nereagují na obvyklá opatření, je důvodem obtíží alergie na bílkovinu kravského mléka.

Z našeho souboru 52 dětí, které ublinkávaly, 12 (23 %) splňovalo kritéria neprospívání. Těmto dětem byla nabídnuta AR formule, ev. zahušťovadlo k mateřskému mléku. Do měsíce došlo u 11 z nich k úpravě neprospívání, u 1 kojence se jednalo o manifestaci alergie na bílkovinu kravského mléka. Z našich výsledků vyplývá, že neprospívání spojené s ublinkáváním je indikované k užití zahušťovadla k mateřskému mléku ev. antirefluxní formule.

Pediatr. pro Praxi 2008; 9(6): 408–410

Úvod

William Shakespeare ve hře Jak se vám líbí v roce 1599 napsal, že kojenci říhají a zvrací. Nelsonová ve své publikaci týkající se stejného problému konstatovala téměř o 400 let později prakticky totéž, tj. že vrchol regurgitací je ve 4. měsíci, kdy se nejméně jedna regurgitace vyskytuje u 67 % kojenců s výrazným poklesem těchto obtíží mezi 6.–7. měsícem (5).

Příčinou těchto obtíží je anatomická nezralost kardioezofageální junkce a predisponujícími faktory jsou tekutá strava s nízkou viskozitou a poloha vleže, které facilitují přechod žaludečního obsahu do jícnu. Viditelným důsledkem této situace jsou regurgitace, tj. přestup žaludečního obsahu až do dutiny ústní a vlastní ublinknutí. Normální anatomické zrání v oblasti kardioezofageálního spojení je obvykle ukončeno kolem 18. měsíce u dětí nezralých i později.

Antirefluxní formule (označovány AR) obsahují látky, které zvyšují viskozitu mléka v žaludku (škroby, guar, karob). Studie s jícnovou pH metříí prokázaly, že formule s přídatkem ztužovadla snižují sice počet

refluxních epizod, ale že celkový čas expozice kyselému bolusu v jícnu zůstává nezměněn. Ztužování formulí tedy vede ke snížení počtu regurgitací a tím ke snížení ztráty energie, nechraní však sliznici jícnu. Proto není nutné nabízet tato mléka ublinkávajícím kojencům automaticky, ale měla by být vyhrazena těm, kteří neprospívají, samozřejmě s dalším sledováním, event. dalším vyšetřením a léčbou (1, 3).

Je udáváno, že u regurgitací, které nereagují na obvyklá dietní a režimová opatření, je více než 40 % těchto recidivujících obtíží spojeno s výskytem alergie na bílkovinu kravského mléka, a proto je v těchto případech doporučováno podat terapeutické extenzivní hydrolyzáty (eHF) na 1–2 týdny se zhodnocením klinického efektu, u eozinofilní ezofagitidy je třeba k dosažení efektu ještě delší podávání, event. užití aminokyselinových formulí. V tomto případě je nutné provést další vyšetření, včetně instrumentálních (jícnová pH metrie, endoskopie, histologie, laboratorní vyšetření) a někdy indikovat i medikamentózní terapii antacidy, výjimečně i prokinetiky (2, 4).

Soubor

V období od ledna do června 2008 jsme v gastroenterologické ordinaci vyšetřili 52 dětí v kojeneckém věku, které ublinkávaly. U většiny jsme konstatovali normální somatický náález a váhový vývoj a doporučili režimová opatření spočívající v častějším podávání menších porcí, řádném odříhnutí a poloze v postýlce s lehce elevovanou hlavou (nohy postele v hlavové části podloženy 10 cm vysokou podložkou).

Dvanáct kojenců z tohoto souboru (23 %) ve věku od 2 týdnů do 3 měsíců splňovalo kritéria neprospívání, tj. jejich proporcionality (výška/váha) klesla o 2 pásma nebo byla pod 3. percentilem v době prvního vyšetření. Šest dětí bylo výhradně kojeno, u 2 dětí byla výživa kombinovaná (mateřské mléko + kojenecká počáteční formule) a 4 byly živeny uměle počáteční formulí (jedno po anamnézu alergie u rodičů HA formulí).

Dětem, které byly živeny uměle, byla nabídnuta místo obvyklého počátečního mléka AR formule (Novalac AR1, u kterého výrobce deklaruje, že obsahuje jako zahušťovadlo kukuřičný škrob, který

Tabulka 1. Soubor dětí léčených ztužením stravy pro ublinkávání, které vedlo k neprospívání

č.	pohlaví	výživa	indikace	+ 2 týdny	+ 4 týdny	pozn.
1	M	MM	<3. P	+0,5 P	+2,1 P	
2	M	MM	<3. P	+0,7 P	+8,3 P	
3	M	MM	-2 pásma	+0,2 P	+1,2 P	
4	M	MM	-2 pásma	+2,3 P	+3,8 P	
5	M	MM + F	-2 pásma	-0,2P	-0,3P	dále eHF
6	M	F	<3. P	+0,5 P	+1,3 P	
7	M	F (HA)	-2 pásma	+0,8 P	+3,6 P	
8	Ž	MM	-2 pásma	+2,8 P	+5,6 P	
9	Ž	MM	-2 pásma	+4,3 P	+8,7 P	
10	Ž	MM + F	-2 pásma	+5,2 P	+5,3 P	
11	Ž	F	-2 pásma	+0,8 P	+3,3 P	
12	Ž	F	-2 pásma	+1,2 P	+2,4 P	
Σ	7 : M, 5 : Ž	6 : MM 2 : MM + F 4 : F	3 : <3. P 9 : -2 pásma	+30,8 P ~ průměr: +2,57 P	+45,3 ~ průměr: +3,76 P	1 ABKM

pozn.: M = muži, Ž = ženy, MM = mateřské mléko, F = kojenecká počáteční formule, HA = hypoantigenní formule, ABKM = alergie na bílkovinu kravského mléka, eHF = extenzivně hydrolyzovaná, tj. terapeutická formule při ABKM, P = percentil

zvyšuje viskozitu mléka až po kontaktu s kyselým obsahem v žaludku), děti kojené dostávaly nízkokalorické ztužovalo (Nutriton) k výživě mateřským mlékem.

Přehled dětí léčených ztužením stravy je uveden v tabulce 1.

Výsledky

V souboru 12 dětí ve věku od 2 týdnů do 3 měsíců, které ublinkávaly, v důsledku čehož naplnily kritérium neprospívání (pokles proporcionality o dvě percentilová pásma nebo pokles tohoto parametru pod 3. percentil), se podařilo do měsíce po úpravě stravy u 11 z nich zvládnout a upravit jejich neprospívání ztužením jejich výživy buď přidavkem nízkokalorického ztužovadla (Nutriton) k mateřskému mléku (6 probandů), nebo u 5 užitím AR formule (Novalac AR1). U jednoho kojence byla tato nutriční intervence neúspěšná, protože se jednalo o manifestaci alergie na bílkovinu kravského mléka a stav se zlepšil po podání extenzivně hydrolyzovaného počátečního mléka.

Závěr

Neprospívání spojené s ublinkáváním je indikováno k nutriční intervenci spočívající v užití nízkokalorického zahušťovadla přidaného k výživě mateřským mlékem nebo v případě umělé výživy speciálními antiregurgitačními formulami (AR).

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 2, 129 01 Praha 2
e-mail: fruhauf.pavel@vfn.cz

Literatura

1. Agent PJ, et al. Antireflux or Antiregurgitation Milk Products for Infants and Young Children: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 496–498.
2. Cavataio F, et al. Milk-induced Reflux in Infants Less Than One Year of Age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: Suppl. 1: 38–44.
3. Frühauf P. Výživa kojence. *Pediatr. pro Praxi*, 2008; 9, 5 (suppl. C), 34 s.
4. Furuta GT et al. Eosinophilic Esophagitis in Children and Adults: A Systematic Review and Consensus Recommendations for Diagnosis and Treatment. *Gastroenterology* 2007; 133: 1342–1363.
5. Nelson SP, et al. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 569–572.