

Kojenecká výživa a prevence celiakie

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

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

Je doporučováno nepodávat lepek příliš brzo (< 4. měsíc) a ne pozdě (≥ 7. měsíc).

Klíčová slova: lepek, celiakie, kojenecká výživa.

Infant feeding and the prevention of celiac disease

It is prudent to avoid both early (< 4 months) and late (≥ 7 months).

Key words: gluten, celiac disease, infant nutrition.

Pediatr. praxi 2013; 14(5): 334

Aktuální pohled na zavádění lepku do výživy je v současné době formulován takto (1, 2):

- Neexistují jednoznačné doklady, jak z hlediska kojenecké výživy prevenovat celiakii.
- Současné doporučení vychází z postojů Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN), která pokládá za vhodné nepodávat lepek před 4. měsícem a ne později než v 7. měsíci života. Komplementární výživa (KV) má být zdravým donošeným dítětem přiměřeného psychomotorického vývoje nabízena mezi 17.–26. týdnem života v závislosti na jejich prospívání s tím, že optimální je exkluzivní kojení prvních šest měsíců (tj. 26 týdnů) (3).
- 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. Příznivý vliv mateřského mléka je vysvětlován (4):
- obsahem substancí, které mají imunomodulační vlastnosti,
- nižší náloží glutenu podávaného během kojení,
- prevencí infekcí, které jsou považovány za spouštěč u disponovaných k celiakii,
- absencí dalších substancí v ostatních nabízených potravinách.
- Zavádění lepku by mělo být postupné s počáteční nabídkou malého množství lepku, která se postupně zvyšuje.
- Počáteční množství lepku: v publikované studii bylo úvodní množství lepku, které snižovalo u kojených dětí riziko rozvoje celiakie, definováno jako dávka pod 7,5 g/den (5). Prakticky 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 (prolaminů) 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 (6, 7). Oddalování podání cereálií po 6. měsíci může zvyšovat riziko alergie na pšenici (8).

Přehled stávajících doporučení národních pediatrických společností k zavádění lepku, publikovaných po vydání doporučení ESPGHAN (2008) (1):

- USA (2012): KV by měla být zavedena mezi 4. a 6. měsícem. Lepek obsahující potraviny zavádět v situaci, kdy je dítě živeno výhradně mateřským mlékem a ne kojeneckými formulemi nebo jinými produkty obsahujícími mléko.
- Švédsko (2011): Zavedení lepku v malém množství, jestliže je dítě ještě kojeno, ne před 4. měsícem a ne později než v 6. měsíci.
- Německo (2011): Zavedení lepku v malém množství v situaci, kdy je ještě dítě kojeno, ne před začátkem 5. měsíce a ne později než na začátku 7. měsíce.
- Chorvatsko (2010): Po dokončení 4. měsíce, preferenčně, je-li dítě ještě kojeno.

Prakticky mohou nastat ve výživě kojence tyto situace:

- Plně kojené, prospívající dítě dostane KV ve 26. týdně s postupnou nabídkou lepku nejpozději do konce 7. měsíce při trvající laktaci.
- Kojené dítě, v situaci, kdy laktace klesá a dítě přestává prospívat, dostane individuálně podle svého váhového prospívání KV v období od 17. týdne do 26. týdne, včetně lepku. Přičemž potřeba mléka, pokud je to možné, je pokryta kojením a není nabízena kojenecká formule.

- Nedostatečná laktace je důvodem zavedení náhradní mléčné stravy již v prvních třech měsících života (při snaze alespoň o parciální výživu kojením). Pokračovací formule se zavádějí do výživy až po podání nemléčných porcí. Nemléčné porce jsou zaváděny podle prospívání dítěte v období mezi 17.–26. týdnem života s postupnou nabídkou lepku, pokud možno ještě za situace, kdy je dítě částečně kojeno.

Literatura

1. Szajewska H, et al. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 607–618.
2. Ivarsson A, et al. Prevalence of Childhood Celiac Disease nad Changes in Infant Feeding. *Pediatrics* 2013; 131: e687–694.
3. Agostini C, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 46: 99–110.
4. Silano M, et al. Effect of the timing of gluten introduction on the development of celiac disease. *World J Gastroenterol*. 2010; 16: 1939–1942.
5. Olsson C, et al. Difference in Celiac Disease Risk Between Swedish Birth Cohorts Suggests an Opportunity for Primary Prevention. *Pediatrics* 2008; 122: 528–534.
6. Szajewska H. The prevention of food allergy in children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2013; 16: 257–262.
7. Tromp II, et al. The introduction of allergenic foods and the development of reported wheezing and eczema in childhood: the Generation R study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011; 165: 933–938.
8. Poole JA, et al. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy. *Pediatrics*. 2006; 117: 2175–2182.e.

Článek doručen redakci: 5. 6. 2013

Článek přijat k publikaci: 30. 7. 2013

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

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