

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Silikonové implantáty a kojení

Spektrum používaných léčiv ve všech medicínských oborech je v současné době velmi rozsáhlé a prakticky každým rokem se objevují další nové preparáty. Zkvalitňující se analytické možnosti dnes navíc umožňují detekci celé řady látek v našem životním prostředí, včetně potravin. Ne o všech těchto aspektech bývají známy údaje, zda tyto látky pronikají do mateřského mléka a mohou tak pozměňovat integritu zdravotního stavu kojence. Jednou z těchto substancí je křemík (Si), který je součástí silikonových prsních implantátů. Silikony jsou chemicky sloučeniny, které ve svém základním řetězci obsahují střídající se atomy křemíku a kyslíku; jsou to látky hydrofobní a značně odolné vůči např. hydrolyze, oxidaci nebo redukci. Literární údaje dokládají, že přibližně 800 000 až 1 mil. žen v USA má tyto implantáty. Si je přitom podle druhu použitých implantátů součástí jejich pouzdra nebo jej obsahuje vnitřní gelová náplň implantátu. Je tedy logické, že tomuto problému začala být věnována pozornost v souvislosti s kojením zejména s poněkud znepokojivým literárním sdělením, které poukazovalo na možnou souvislost mezi Si v implantátech a rozvojem ezofageální dysfunkce u kojenců. Toto sdělení však bylo doposud ojedinelé a dysfunkci jícnu popisovalo pouze u 11 dětí. Navíc se postupně soustředěným výzkumem prokázalo, že jen malá část Si či jiných polymerových částic z implantátů dosahuje významně vysokých koncentrací v mateřském mléce. Doposud také chybí jasně prokazatelné údaje, které by dokládaly škodlivost těchto polymerů pro lidskou tkáň. Hypoteticky je však možné, že potencionální toxicita těchto substancí může být iniciována imunologickými mechanismy lidského organismu. Na druhé straně je však známou skutečností, že Si je obsahem různých deflatulencií (prep. Ceolat, Espumisan, Lefax, Sab simplex), která jsou používána i v dětském věku a žádné nežádoucí účinky nebyly doposud v této souvislosti udávány. V současné době tak není přítomnost Si prsních implantátů kontraindikací kojení.

Na závěr je vhodné uvést, že velký rozsah požadovaných informací o průniku celé řady látek do mateřského mléka lze získat z přehledů, které jsou průběžně publikovány American Academy of Pediatrics (AAP); tyto přehledy byly uveřejněny v roce 1983, 1989, 1994 a 2001 v časopise Pediatrics.

*Pediatrics, 2001; 108: 776-789.
doc. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.*

Opakované ambulatorní měření krevního tlaku u adolescentů s mírnou hypertenzí

Použití metody ABPM v detekci hypertenze (HT), ale i monitoraci antihypertenzní léčby by mělo v současné době patřit ke standardnímu postupu také u dětí. Údaje o reprodukovatelnosti tohoto měření, zvl. opakovaného, však doposud v pediatrické literatuře nejsou frekventně zastoupeny. Autoři sdělení analyzovali změny krevního tlaku (TK) pomocí metody ABPM, a to u skupiny dětí/adolescentů s mírnou formou primární HT. Sledovaný soubor

tvorilo 59 pacientů (21 dívek, 38 chlapců) s opakovaně prokázaným zvýšením TK klasickou metodou. Následně bylo u těchto pacientů provedeno měření ABPM a podle výsledků byl soubor rozdělen na dvě skupiny: hypertenzní skupina (A, průměrná hodnota systolického a diastolického TK byla >95. perc. pro věku, 28 dětí, průměrný věk při prvním měření TK byl $15,5 \pm 2,6$ roků, průměrný body mass index [BMI, kg/m²] při prvním měření byl $24,1 \pm 3,9$), normotenzní skupina (B, 31 dětí, průměrný věk při prvním měření TK byl $15,7 \pm 2,1$ roků, průměrný BMI $24,8 \pm 6,4$). V terapii HT nebyly použity žádné léky, doporučena byla pouze nefarmakologická opatření (redukce tělesné hmotnosti, zvýšení fyzické aktivity, omezení přívodu soli). Obě skupiny dětí byly znovu vyšetřeny s odstupem jednoho roku od stanovení diagnózy HT. U skupiny A došlo k signifikantnímu snížení hodnot systolického a diastolického TK (průměr 2,1-4,5 mmHg) při měření během dne nebo v průběhu 24 hodin, toto snížení se však neprojevilo u hodnot TK měřených pouze v noci. Ve skupině B nebyly kromě signifikantního zvýšení hodnot systolického TK měřeného v noci prokázány žádné významné změny.

Provedená měření TK tak ukázala, že po uplynutí jednoho roku 54 % původně hypertenzních pacientů bylo normotenzních a 23 % původně normotenzních pacientů bylo hypertenzních. Autoři proto uzavírají, že pouze jednotlivé měření TK pomocí metody ABPM není dostačující k definitivní klasifikaci mezi dítětem/adolescentem normotenzním a hypertenzním. Zejména pak v těch případech, kde naměřené hodnoty TK oscilují mírně nad či pod 95. percentilem. Proto také farmakoterapie primární HT by se neměla opírat pouze o závěry zjištěné jedním či několika málo měřeními TK, ale jsou nutné kontroly v delší časové periodě.

*Rucki Š, Feber J, Pediatr Nephrol, 2001, 16: 911-915.
doc. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.*

Změny HDL-cholesterolu u dětí, které měly vysoký HDL-cholesterol při narození

Dyslipidémie u dětí nejsou vzácné a názor, že iniciační fáze aterosklerózy jsou položeny již v dětském věku, je obecně přijat. Doposud se však diskutuje, zda změny lipidového metabolismu zjištěné záhy po narození mají výpovědní hodnotu pro další období života. Španělská autoři analyzovali dvě skupiny dětí – v první skupině (I., 18 dětí) nemělo žádné dítě po narození změny v lipidovém spektru, ve druhé skupině (II., 20 dětí) měly děti vysokou koncentraci celkového cholesterolu (TC) zjištěnou záhy po narození. V obou skupinách vedle TC byly dále hodnoceny tyto sérové koncentrace: triacylglyceroly (TAG), HDL- a LDL-cholesterol (HDL, LDL), apolipoprotein A-I (Apo A-I) a apolipoprotein B (Apo B). První hodnota uvedených parametrů byla u dětí stanovena po narození, druhá pak ve věku 4 roků. V obou skupinách se jednalo o děti, které byly narozeny v termínu, bez perinatální zátěže a rodily se hlavičkou.

Analýza hodnocených laboratorních hodnot prokázala významnou korelaci mezi TC, HDL, LDL a Apo-AI mezi

prvním a druhým biochemickým vyšetřením. Zvýšení TC a HDL ve 4. roce věku bylo signifikantně nižší ve skupině I. než ve skupině II., obrácená korelace byla nalezena při porovnání hodnot tukového metabolismu zjištěných po narození. Zvýšení HDL a Apo A-I bylo vyšší u chlapců, zatímco u dívek byly vyšší hodnoty TAC a Apo-B. Také u dětí skupiny I. však bylo při kontrole prokázáno zvýšení hodnot TC a HDL. Bližší analýza stravy dětí obou skupin neprokázala výraznější rozdíly, pouze příjem ryb a ω -3 nenasycených mastných kyselin byl nižší u dětí skupiny II.

Zjištěné výsledky autoři uzavírali: u dětí s normální koncentrací TC při narození je jeho další zvyšování podmíněno zvýšením koncentrace HDL i LDL, zatímco u dětí s vysokou koncentrací TC při narození se v dalším období života zvyšuje především koncentrace LDL.

*Bastida S, et al. Eur J Pediatr, 2002; 161: 94-98.
MUDr. Lenka Kopečná, Ph.D.*

Srovnání výsledků krátkodobé a dlouhodobé terapie infekcí močového traktu u dětí

Současným standardem v léčbě infekcí dolních močových cest je často krátkodobá antibiotická léčba jedinou dávkou nebo po dobu do 3 dní. Přes výsledky řady malých randomizovaných studií výskyt nerozpoznaných pyelonefritid a renální jizvy jsou dostatečným důvodem pro doporučení 7-14denní léčby infekcí dolních močových cest u dětí. Zvláště u malých dětí je obtížné vyloučit současné postižení horních močových cest. Naproti dospělým je nutné také počítat s vyšším výskytem anatomických anomálií a vezikoureterálního refluxu.

Autoři provedli metaanalýzu studií, které srovnávaly výsledky obou přístupů v ambulantní léčbě infekcí dolních močových cest, protože dosud publikované studie jednotlivě neposkytují dostatečné důkazy pro nutnost 7denní a delší léčby u dětí. Vyloučili studie zahrnující asymptomatickou bakteriurii. Jako selhání léčby označili přetrvávání infekce nebo její relaps. Reinfekce znamenala infekci močových cest jiným mikroorganizmem, která následovala po záchytu už sterilní moči, současně s novými symptomy za dobu delší než 2 týdny. Průměrný věk dětí ve studiích (kromě skupiny adolescentních dívek) byl 4,2-8 let.

Odhad relativního rizika selhání léčby při krátkodobém podání byl 1,74 (74 %) a 0,76 pro reinfekci. Ještě vyšší je riziko v případě léčby trvající ne déle než jeden den (2,73 a 0,37). Výsledky neměly vztah ke stáří nemocných. V závěru autoři doporučují léčbu infekcí dolních močových cest, která trvá 7-14 dní.

Keren R Chan E. Pediatrics, 2002; 109, 4: e70, -DN-

Alkohol, kojení a vývoj do 18 měsíců

Rok stará studie na stejné téma, která sledovala vývoj ve 12 měsících, na základě Bayleyovy škály prokázala, že střední dávky alkoholu (více než jedna sklenka denně) požívané matkami v průběhu kojení způsobují deficit motorického vývoje. Deficit je nezávislý na požívání alkoholu v průběhu těhotenství. Autorky vyšetřily 915 osmnáctiměsíčních batolat, která sledovaly dlouhodobě. Vývoj dětí byl

hodnocený podle Griffithovy škály. Naproti první studii nebyl prokázán deficit v motorických dovednostech ve srovnání s ostatní populací. Jako důvod autorky uvádějí, že do mateřského mléka se dostává alkohol jenom v malém množství a standardní testy motorického vývoje nezachytí malé odchylky. Navíc se skutečné množství alkoholu v mateřském mléce velmi obtížně vyšetřuje. Pítí alkoholu v průběhu laktace má pravděpodobně výrazně menší dopady než v průběhu těhotenství, ale definitivní závěry přinesou až výsledky u starších dětí.

Little RE, Northstone K, Golding J. Pediatrics, 2002; 109, 5: e72, -DN-

Energetický příjem a stravovací návyky batolat s cystickou fibrózou

Batolata s cystickou fibrózou (CF) mají riziko poruchy prospívání. Epidemiologické studie prokázaly, že asi 50 % dětí s CF jsou výškou a hmotností pod 10. percentilem. Powers se spolupracovníky srovnali reálný a doporučený nutriční příjem a stravovací návyky 35 batolat s CF a 34 stejně starých zdravých dětí. Použili 3denní jídelníčky. Zjistili, že batolata s CF mají stejný nutriční příjem jako vrstevníci, pouze 11 % z nich splňuje doporučená množství energie 120-150 %, a pouze 34 %, naproti doporučovaným 40 % energie, čerpají v tucích. Rodiče batolat s CF jsou obvykle připraveni na delší čas jídla, poruchy příjmu potravy (nechuť k jídlu, dlouhá doba jídla...) a domnívají se obecně, že děti nejedí dostatečně. To často vede k malé compliance rodin při dodržování dietních doporučení. Po zahájení cílené nemocniční edukace se denní energetický příjem zvýšil o 54 %. Také edukace rodičů znamenala zvýšení energetického příjmu dětí o přibližně 25 %.

Powers SW, et al. Pediatrics, 2002; 109: e75 -DN-

Hračky jsou potenciálním zdrojem infekce v čekárnách praktických pediatriů

Novozélandští autoři zjišťovali bakteriální osídlení a úspěšnost dekontaminace hraček v čekárnách praktických pediatriů. Zjistili, že jenom 13,5 % hraček vyrobených z tvrdých materiálů má na sobě malé množství koliformních nebo jiných mikrobů. Daleko větší množství bakterií je na hračkách s měkkým povrchem: 20 % z nich je středně až významně osídleno koliformními bakteriemi a až 90 % významně jinými mikroorganismy. Měkké hračky se obtížně dezinfikují a pokud jsou dezinfikovány, velmi rychle se znovu kontaminují. Hračky z tvrdých materiálů se dají očistit a dezinfikovat snadněji. Ve většině čekáren nejsou hračky běžně čistěny. Autoři shrnují, že hračky s měkkým povrchem (plyš) jsou zdrojem infekcí, a proto je pro čekárny praktických pediatriů nedoporučují.

Merriman E, Corwin P, Ikram R. Br. J. Gen. Pract., 2002; 52, 475: 138-140. -DN-

Jaký mají matky vliv na množství multivitaminů-minerálů přidávaných do stravy 5-7letých děvčat

Autoři zkoumali kvalitu stravy děvčat, kterým ji matky doplňovaly nebo naopak nedoplňovaly multivitaminový

mi-minerálovými preparáty (MMP). Zaměřili se také na charakteristiky matek v obou skupinách. Celkem se studie účastnilo 192 párů matka – dcera. Matky byly 30–40leté. Pro americké děti (až na výjimky – děti, které trpí nutriční karencí) nejsou MMP doporučovány. Přesto asi polovina 4–8letých dětí MMP běžně užívá. Většina z nich je z rodin s vyšším příjmem a vzděláním. Děti, které mají větší přísun MMP, mají horší chuť k jídlu a stravovací obtíže. Výzkum byl založený na strukturovaném dotazníku. Zjišťovaly se údaje o jídelníčku matek a dcer, a dále jejich názory a postoje k jídlu, u matek zvlášť dohlížení na složení a množství stravy dcer, snižování množství, přidávání jídla, a jejich vztah k vlastní dietě. MMP užívalo 44 % 5letých předškolních dívek, zatímco jen 35 % 7letých. 26 % pak v 5 i 7 letech. Právě tato skupina pak byla dále analyzována. Matky, které samy užívaly MMP, 4krát častěji podávaly MMP

také dcerám. Matky i dcery, které MMP nepřidávaly k potravě, měly vyšší BMI. Strava obou skupin se kvalitou nelišila až na to, že děvčata bez MMP jedla více tučných a sladkých jídel (např. bramborové lupínky). Obě skupiny jedly velké množství „fortifikovaných potravin“ (cereální lupínky s vitamíny), namísto pestré stravy. Dívky s MMP přidávanými ke stravě netrpěly nutričním nedostatkem a přiměřeně rostly. Jejich strava se více blížila doporučením.

Množství MMP dcer určují matky. Záleží právě na jejich přesvědčení, postojích, očekávání a vlastním způsobu života. Ačkoli ve skupině MMP bylo množství vitaminů a minerálů nadbytečné, v obou skupinách strava nesplňovala doporučení pro zdravou výživu dětí.

Lee Y, Mitchell DC, et al. Pediatrics, 2002; 109, 3: e46.

-DN-

XX. DNY KLINICKÉ A PRAKTICKÉ PEDIATRIE

kompletní přednášky naleznete na

www.solen.cz