

Rubrika OTCŮ

**Pozitivní postoj mužů
přispívá k zahájení
i délce kojení**

Podpora kojení po dobu alespoň 6 měsíců je důležitá pro zlepšení fyzického zdraví dětí v kojeneckém věku a neurovývojových výsledků v dětství. Aby bylo možné toto doporučení dodržovat, je zásadní identifikovat faktory, které nejlépe podporují zahájení a délku kojení. Tato studie odhaduje příspěvek různých faktorů na úrovni dítěte a rodiče, jakož i sociodemografického kontextu na zahájení a délku kojení.

Studie čerpala z dat z Quebecské longitudinální studie vývoje dítěte. Matky, které nikdy nekojily, když bylo dítěti 5 měsíců (n = 630, 28,3 %), byly porovnány s matkami, které kojily méně než 5 měsíců (n = 844, 38,0 %), a matkami, které kojily déle než 5 měsíců (n = 749, 33,7 %), s využitím vícerozměrných regresních modelů.

Výsledky:

Matky s partnerem, který projevoval pozitivní postoj ke kojení, měly až **13krát** vyšší pravděpodobnost, že budou kojit své dítě déle než 5 měsíců.

Pozitivní postoj partnerů ke kojení byl nejsilnějším prediktorem délky kojení, následovaný dosaženým vzděláním matky a načasováním návratu do práce. Většina prenatalních a perinatálních faktorů na úrovni dítěte a sociodemografický kontext predikovaly délku kojení, ale v menší míře. Toto zjištění podtrhuje roli postoje partnera v podpoře zahájení a délky kojení. Vzdělávací kampa-

n ě



a zdravotníci by se proto mohli zaměřit jak na matku, tak na jejího partnera při propagaci kojení.

Partneři s velmi příznivým postojem ke kojení přispívají k podpoře zahájení a délky kojení po dobu delší než 5 měsíců v této kanadské populační studii.

**Kritické souvislosti
mezi obezitou
a obstrukční
spánkovou apnoe (OSA)**

Obezita je všudypřítomné chronické onemocnění s četnými komplikacemi, zejména OSA. Kritickým a často nedoceněným aspektem je obousměrný vztah mezi těmito dvěma podmínkami. Obezita je primárním rizikovým faktorem OSA, zatímco fragmentace spánku a hypoxie způsobená OSA mohou zhoršit přírůstek hmotnosti prostřednictvím metabolické dysregulace, což významně ovlivňuje globální veřejné zdraví.

Mezi závažné důsledky nediodagnostikované OSA, která působí jako nezávislý rizikový faktor pro hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění, cukrovku a mrtvici. Praktické strategie pro prolomení tohoto cyklu prostřednictvím lepšího screeningu pacientů a integrované léčby přístupy, které zvládají obezitu i OSA ke zlepšení dlouhodobých zdravotních výsledků.

V současné době se tato porucha řeší řadou léčebných postupů, od přístrojů pro kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách (CPAP) až po orální přístroje (OA).

Kojení je spojováno se sníženým rizikem vzniku OSA u dětí, protože podporuje správný vývoj ústní dutiny a obličeje. Faktory, jako je krmení z láhve a používání dudlíku, mohou přispívat k úzkému patru a malokluzi, což jsou rizikové faktory pro spánkovou apnoe. Wellness blog Kojení umožňuje správný vývoj a používání svalů jazyka a svalů používaných při polykání. Toto svalstvo zajišťuje správný tvar patra a zarovnání zubů, což následně poskytuje kojenci dostatečný prostor pro dýchací cesty v ústní dutině vedoucí zpět do orofaryngeální oblasti. **Cokoliv, co je pravidelně vkládáno do úst dítěte kromě prsu, má přímý negativní vliv na svaly, tvar patra a okluzi.** Svaly se přizpůsobí běžným předmětům vkládaným do úst dítěte. Patří sem láhev, dudlík a sání palce nebo prstu. Svalová funkce při adaptaci na tyto věci způsobí, že dítě bude mít vysoké, úzké patro, malokluzi a omezené dýchací cesty, což může při-

spívat k obstrukční spánkové apnoe (OSA). Kojení je pro kojence prospěšné nejen z hlediska imunity, výživy a emocionálního vývoje, ale poskytuje i další výhody po celý život díky správnému používání svalů, formování patra a okluzi, aby se zabránilo OSA a s ní spojeným komorbiditám.

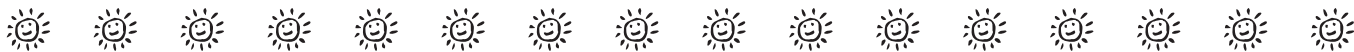
**Obstrukční spánková
apnoe (OSA)
a poruchy dýchání
ve spánku (SDB)**

Mnoho morfometrických znaků, které u dospělých ohrožují OSA/SDB, je přítomno již v dětství a je důležité, aby specialisté na spánek tyto znaky rozpoznali a včas je léčili.

Většina specialistů na laktaci ví jen velmi málo o obstrukční spánkové apnoe (OSA)/poruchách dýchání ve spánku (SDB) a většina specialistů na spánek ví jen velmi málo o důležitosti kojení. Mezi těmito specializacemi existuje silný vztah a že obě specializace začnou spolupracovat na studiu a prevenci velmi závažného zdravotního stavu zvaného OSA/SDB.

Neexistují žádné ideální metody léčby OSA/SDB – všechny mají potenciální vedlejší účinky. Tracheostomie, ačkoli je obvykle 100 % úspěšná, není volbou, kterou by většina lidí preferovala. Pacienti, kteří používají kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách (CPAP), mají často problémy s dodržováním pokynů. Chirurgické zákroky ne vždy vyřeší problémy OSA/SDB a mohou stav dokonce zhoršit. Zubní aparáty mohou posouvat zuby a způsobovat malokluzi nebo vytvářet problémy s temporomandibulární čelistí





(TMJ).

Christian Guilleminault, MD a spolužadatel Centra pro poruchy spánku Stanfordské univerzity ve Stanfordu v Kalifornii v roce 2002 uvedl, že prevence je nejlepší formou léčby OSA/SDB. Tento autor se také domnívá, že prevence je klíčem. Abychom však OSA/SDB předešli, je třeba porozumět některým faktorům, které ji ovlivňují. Je důležité poznamenat, že OSA/SDB se neomezuje pouze na obézní lidi a že OSA/SDB se netýká pouze výsledků studie spánku.

Guilleminault je spoluautorem článků, které popisují rizikové faktory OSA. Mezi tyto faktory patří vysoké patro, úzké zubní oblouky, nadměrné vyčnívání, vysoký index tělesné hmotnosti (BMI) a silný krk. Pokud jedinec nemá vysoké BMI ani silný krk, pak jsou prediktivními faktory pro OSA vysoké patro, úzké zubní oblouky a nadměrné vyčnívání.

V jiném článku Guilleminault uvádí, že zděděné kraniofaciální rysy mohou být silným ukazatelem rizika vzniku OSA. Geny jsou faktory ovlivňujícími tvar obličeje. Mnoho tvarů obličeje je však ovlivněno zvyky.

Kushida a kol. uvedli, že abnormální aktivita jazyka je také predisponujícím faktorem OSA. Některá abnormální aktivita jazyka je geneticky spojená, ale je především výsledkem krmení z láhve a nadměrných škodlivých návyků, jako je používání dudlíku, cucání prstů, cucání rtů, cucání paží a cucání přikrývky.

Cokoli, co přispívá k zablokování nebo kolapsu ústní dutiny nebo dýchacích cest, může přispívat k OSA/SDB. Mezi faktory, které mohou k zablokování nebo kolapsu přispět, patří:

- silně zvětšené mandle a adenoidy
- makroglosie



- prodloužené měkké patro a zvětšený čípek (uvula)
- polypy, nádory a další abnormální výrůstky
- abnormality růstu obličejové kostry
- dysfunkce centrálního nervového systému ovlivňující obličejové svaly
- nesprávné krmení kojenců (používání lahviček a dudlíků)
- škodlivé návyky, mezi které patří používání dudlíku, cucání paže, rtů, deky a nadměrné cucání prstů
- léky nebo dieta.

Kojení

Kojení je důležité pro správný vývoj polykací funkce, tvarování zubních oblouků a správné postavení zubů.

Jazyk přispívá k vývojovému tvarování patra během svého pohybu po patře během polykání. Vložte lahvičku nebo dudlík mezi jazyk a patro a jazyk na patro nedosáhne. Fyzický kontakt lahvičky se savičkou/dudlíkem může patro ve skutečnosti zvýšit. Podtlak vytvořený silným sáním během nadměrného užívání škodlivých návyků může také patro zvýšit.

Z hlediska vývoje zubů nebo ústní dutiny je kojení důležité pro rozvoj správného polykacího návyku. **Polykací návyk vyvinutý v kojeneckém věku se přenáší i do dospělosti.** Správný polykací návyk v dospělosti se zahajuje špičkou jazyka na oblasti přední papily horní části čelisti hned za předními čelistními zuby. Jazyk poté pokračuje přes tvrdé patro peristaltickým pohybem a před sebe tlačí buď bolus potravy, nebo sliny. Ke konci polykání se napínají svaly (tensor palatini) a otevírají Eustachovy trubice. Zvedáče patra (levator palatini) a svaly střešní (tensor palatini) zvedají a napínají měkké patro, aby potrava a voda neunikaly nosem. Během normálního správného polykání by jazyk neměl vyvíjet žádný tlak na žádné zuby. Jazyk by pak měl spočívat na přední části tvrdého patra až do dalšího polykání.

Během krmení z lahvičky se nemusí vyvinout správné polykání a místo toho se může vyvinout tlačení jazyka.

Během většiny krmení z lahvičky není zapotřebí mnoho svalové koordinace, takže se nemusí správně vyvíjet periorální, obličejové a temporomandibulární svalstvo. Někdy během krmení z lahvičky stačí dítěti pouze stisknout savičku, aby z lahvičky odstříklo mléko. Jindy může dítě muset nadměrně sát, aby z lahvičky vytáhlo mléko. Vzhledem k tomu, že otvor na špičce bradavky není regulován na standardní velikost, může být velikost otvoru značně proměnlivá. Ze savičky s velkým otvorem může vytrysknout nadměrné množství

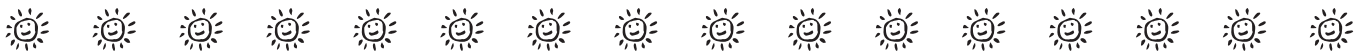
mléka, které by mohlo dítě udusit. Dítě musí umístit jazyk do zadní části krku v ochranné poloze, aby se do krku nedostalo příliš mnoho mléka. Pokud je otvor příliš malý, dítě bude muset savičku nadměrně sát, aby mléko odstříklo. Při odstraňování mléka se uvnitř lahvičky může vytvořit podtlak. K odstranění mléka je pak zapotřebí větší sání. Čím větší je potřeba sání v ústech, tím větší je riziko kolapsu ústní dutiny.

Během krmení z láhve se poloha a činnost jazyka liší od kojení. Vzhledem k tomu, že většina **saviček z láhve je pevnější než prs, jazyk se vtahuje do úst,** aby chránil spodní stranu jazyka před traumatizací dásní. V tomto případě se s největší pravděpodobností vyvine zatlačení jazyka. Nadměrný podtlak, který může být během krmení z láhve potřebný, a rozvoj zatlačení jazyka jsou hlavními faktory přispívajícími k malokluzím, které vystavují jedince riziku OSA/SDB. Výše uvedené platí i pro nadměrné používání dudlíků, sání prstů, sání přikrývky a sání paže.

Související články

Paunio a kol. zjistili, že sání dudlíku a prstů silně souvisí s malokluzí a zjistili, že 35 % tříletých dětí mělo malokluzi. Melsen a kol. zjistili, že sání prstů a dudlíku vedlo ke zvýšené tendenci k tlačení jazyka a tlačení jazyka souviselo s otevřeným skusem, zkříženým skusem, předkusem a malokluzí II. třídy. Byl učiněn závěr, že sací návyky ovlivňují etiologii malokluze. Davis a Bell prokázali, že existuje silná souvislost ($P \Rightarrow 0,0006$) mezi výhradním krmením z láhve a malokluzí a že se tento vztah neshoduje s tím, jak dítě roste z mléčného do stálého chrupu. Studie Farsiho a kol. prokázala, že sání prstů a dudlíku bylo nejnižší u dětí, které měly dobrou příležitost ke kojení, a že existuje významný vztah mezi sacími návyky a malokluzí, jako je malokluzie II. třídy, zvýšený nadměrný skus a přední otevřený skus. Hlavním zjištěním studie Labboka a Hendershota bylo, že čím delší je doba kojení, tím nižší je výskyt malokluze. Studie také zjistila, že krmení z láhve vede k zvyku tlačit jazyk a s prodlužující se dobou kojení došlo k významnému poklesu tlačení jazyka.

Zasunutý jazyk je pravděpodobně největší příčinou rozvoje malokluze a relapsu (selhání) většiny ortodontických případů. Aby bylo možné pozorovat zasunutý jazyk, stačí, aby osoba s malokluzí zavřela ústa, poté lehce oddělila rty a poté polykala. Pokud má osoba malokluzi s mezerami kdekoli v ústech, bude možné během polykání



vidět, jak se jazyk do těchto mezer zasouvá. Sliny mohou také vytékat mezi zuby. **Při správném polykání by měl být jazyk na patře a sliny by měly být tlačeny distálně do krku, nikoli dopředu mezi zuby.**

Dospělí si morfometrické charakteristiky, které by je vystavovaly riziku OSA/SDB, nevytvářejí přes noc. Tyto charakteristiky měli, když byli mladí, ale nikdo nechápal ani nedoceňoval důsledky těchto charakteristik.

V roce 1996 Americká akademie dětské stomatologie (AAPD) uvedla, že 89 % mladých lidí ve věku 12 až 17 let mělo nějakou okluzní disharmonii a že 16 % mladých lidí mělo tak závažnou malokluzi, že léčba byla nutná. V roce 1997 provedli Victoria a kol. epidemiologickou studii, která ukázala, že dudlíky běžně používalo 85 % kojenců v její studii do 1 měsíce věku. Zjistila také, že děti, které byly od kojení odstaveny brzy, používají dudlík častěji než ty, které byly kojeny déle. Zjištění Victoria a AAPD by měla být alarmující. Je jen náhoda, že jsou si tato procenta tak podobná? To je nesmírně významné, když si uvědomíme, že v pravěku a v neindustrializovaných kulturách ještě ve 30. letech 20. století měli lidé minimum malokluzi.

Shepard a kol. uvedli, že k největší-

mu nárůstu kraniofaciálního vývoje dochází během prvních 4 let života a že 90 % kraniofaciálního vývoje je dokončeno do 12 let věku. Vzhledem k tomu, že k 90 % kraniofaciálního vývoje dochází do tohoto věku, je velmi pravděpodobné, že morfometrické rysy, které u dospělých ohrožují OSA/SDB, byly pravděpodobně přítomny ve věku 12 let. Včasné řešení a náprava těchto rysů může významně snížit zdravotní problémy, které mnoho dětí má v důsledku nedagnostikované OSA nebo syndromu odporu horních cest dýchacích. Nejdůležitější věcí v životě je schopnost člověka dýchat. Zdraví člověka přímo souvisí s jeho schopností dýchat kyslík. Pokud dítě nebo dospělý nemůže dobře dýchat, bude jeho zdraví nějakým způsobem ovlivněno. Většina dětí není vyšetřována ani testována na OSA/SDB, a proto u nich není toto onemocnění diagnostikováno. Důvodem je, že mnoho lékařů, zejména pediatrů, si stále neuvědomuje relativně novou oblast OSA/SDB. Stavům, jako je noční pomočování, problémy s chováním a porucha pozornosti s hyperaktivitou, by se dalo předejít, pokud by se problémy se spánkem kojenců řešily včas.

Orální charakteristiky spánkové apnoe

Cokoli, co snižuje normální objem ústní nebo nosní dutiny, může přispívat k OSA/SDB. Mezi faktory, které mohou přispívat ke zmenšení velikosti, patří nádory, velké jazyky a tori. Velké jazyky jsou způsobeny genetikou, zatímco tori jsou způsobeny svíráním a bruxingem. Obstrukce na jazyku lze zkontrolovat vytažením jazyka dopředu z úst pomocí gázy a následným ponecháním osoby dýchat, zatímco jazyk je vysunutý. Osoby s obstrukcí na kořeni jazyka si mohou mnohokrát okamžitě všimnout lepšího proudění vzduchu. Překážky proudění vzduchu nosem lze zkontrolovat vizuální kontrolou pomocí nosního spektra nebo zablokováním jedné strany nosu, zatímco pacient dýchá druhou stranou. Je třeba si také všimnout tvaru a stlačitelnosti nosu.

Jedinci se syndromem dlouhého obličejí (LFS) jsou také vystaveni vysokému riziku vzniku OSA/SDB. Ačkoli někteří jedinci s LFS mají genetickou predispozici k tomuto onemocnění, mnoho z nich trpí touto poruchou kvůli velkým mandlím nebo obstrukci dýchacích cest, která je v dětství nutila dýchat ústy. Chronické dýchání ústy pak může vést ke zúžení nebo kolapsu obličejí.

Závěr

Pokud jde o náklady na zdravotní péči spojené s OSA/SDB, vidíme pouze špičku ledovce. Většina morfometrických rysů, které u dospělých představují riziko OSA/SDB, je přítomna již v raném dětství. Je na poskytovatelích zdravotní péče, aby tyto rysy rozpoznali a včas je léčili. Mnoho našich dětí trpí poruchami souvisejícími s odporem dýchacích cest a špatnou kvalitou spánku. Včasnou léčbou můžeme my, jako společnost, mít zdravější děti a zároveň snížit náklady na zdravotní péči. Léčba může být tak jednoduchá, jako rychlé rozšíření patra před srůstem linie středního patra, odstranění masivních mandlí nebo korekce malokluze II. třídy ve správném období růstu. Prevence je nejlepším a nejlevnějším způsobem léčby OSA/SDB. **Nejlepší prevencí je kojení a udržování dudlíků mimo ústa našich dětí.** Kojení je nejlepší formou zdravotní péče, kterou můžeme dětem poskytnout. Je pro všechny děti zdarma. Kojení má nejen nutriční, imunologické a psychologické výhody, ale také výhody v podobě lepší okluze a sníženého rizika obstrukční spánkové apnoe (OSA/SDB). Všichni poskytovatelé zdravotní péče musí rozumět výhodám kojení a musí ho co nejvíce podporovat.

