

7. a 8. října 2014 – Pardubice

DIETNÍ VÝŽIVA 2014

SBORNÍK ABSTRAKT

PROGRAM KONFERENCE:

- A) Nutriční složky, životní styl (zaměřeno na tuky a tukový metabolismus)
- B) Nutriční programy užívané ve zdravotnictví
- C) Dietní výživa v praxi, „Enterální klinická výživa“ a její racionální výběr
- D) Nutriční terapeut a výživový specialista, anketa

A) NUTRIČNÍ SLOŽKY (tuky)

1) **MUDr. J. Piřha, CSc.**, Laboratoř pro výzkum aterosklerózy, **Jak tuky kazí i chrání naše tepny.** Centrum experimentální medicíny (IKEM, Praha) – vedoucí laboratoře pro výzkum aterosklerózy

Úvod:

Poruchy látkové výměny tuků mají na svědomí většinu kardiovaskulárních příhod aterosklerotického původu; ty jsou pak příčinou téměř poloviny úmrtí v České republice. Tato onemocnění jsou přitom výrazně ovlivnitelná úpravou životního stylu včetně výživových opatření a dalšími léčebnými postupy.

Základní sdělení:

Hlavním spouštěčem aterosklerotických změn je vyšší koncentrace LDL částic přenášejících krví cholesterol do periferních tkání. Optimální krevní hladina nebezpečného LDL cholesterolu, reprezentujícího tyto částice je méně než 1,5 mmol/l, optimální hodnota jeho oponenta – HDL cholesterolu, který cholesterol naopak z tepenné stěny cholesterol odnáší je více než 1,1 mmol/l u mužů a více než 1,3 mmol/l u žen. Dalším důležitým rizikovým lipidovým faktorem jsou triglyceridy, které informují o nadbytku tak zvaných remnantních částic, které jsou také schopné poškozovat cévní stěnu; optimální hladina triglyceridů je méně než 1,7 mmol/l u obou pohlaví.

Cílem léčby je tedy co nejvíce snížit LDL cholesterol a triglyceridy a zvýšit HDL cholesterol. U vysoce rizikových osob používáme k úpravě těchto parametrů léky. Nicméně hlavním a prvním léčebným postupem u všech osob jsou režimová, především dietní opatření. Víme, že nasycené (především živočišné) tuky zvyšují LDL cholesterol, nenasycené (především rostlinné) tuky jej snižují a víme, že jednoduché sacharidy zvyšují hladinu triglyceridů a snižují ochranný HDL cholesterol. Proto je důležité co nejlépe nastavit složení stravy tak, aby obsahovala optimální množství a poměry nasycených a nenasycených tuků a také

jednoduchých a komplexních sacharidů. Plošné omezování tuků v potravě výrazný účinek nepřináší. Proto stále platí, že u většiny z nás by tuky měly pokrýt přibližně 30 % energetického příjmu, nasycené/živočišné by měly pokrýt přibližně třetinu, tedy 7-10 %. Sacharidy by měly pokrýt 55 % a většina by měla pocházet z komplexních sacharidů, včetně zeleniny, ovoce a celozrnného pečiva; naprosto nevhodné zdroje sacharidů jsou sladké nápoje a sladkosti. Zbývajících přibližně 15 % energetického příjmu by měly doplnit kvalitní bílkoviny. Úspěšnost režimových opatření a především dietní terapie jsme schopni posoudit změřením tělesné hmotnosti, obvodu pasu a stanovením základních lipidových parametrů a glykémie v krvi. Na základě těchto parametrů pak určujeme a případně ovlivňujeme riziko kardiovaskulárních příhod.

Závěr:

Z hlediska výrazného snížení kardiovaskulárních příhod jsou naprosto zásadní režimová opatření zaměřená na normalizaci aterogenních složek lipidového metabolismu i na normalizaci ostatních rizikových faktorů – kouření, metabolismu glukózy a krevního tlaku.

2) Prof. Ing. J. Dostálová, CSc. Klasifikace tuků a jejich složení ve vybraných výrobcích. VŠCHT Praha

V přednášce bude prezentováno třídění lipidů (tuků) z hlediska chemického složení do tří hlavních skupin - homolipidy, heterolipidy a komplexní lipidy (častější je třídění na lipidy nepolární a polární) a jejich stručná charakteristika.

Hlavní složkou lipidů jsou mastné kyseliny, které se dělí na nasycené a nenasycené, nenasycené dále na monoenoové a polyenoové; nejvýznamnější skupinou polyenových kyselin jsou mastné kyseliny řady n-6 (ω -6) a n-3 (ω -3). Z hlediska prostorového uspořádání rozeznáváme mastné kyseliny cis a trans. Budou uvedeny hlavní mastné kyseliny z jednotlivých skupin a jejich zdroje. Stručně bude uveden i jejich význam ve výživě.

Dále bude uvedeno legislativní třídění jedlých tuků a olejů na skupiny: tuky nebo oleje rostlinné, živočišné, pokrmové, roztíratelné, směsné roztíratelné a tekuté emulgované a členění roztíratelných a směsných roztíratelných tuků do skupin.

Budou prezentovány výsledky stanovení složení mastných kyselin nejběžnějších tuků a olejů na našem trhu a potravinářských výrobků, které se používají jako pomazánka na chléb a pečivo. Složení mastných kyselin jednotlivých výrobků bude zhodnoceno z hlediska výživového - nevhodnější složení má z olejů olej řepkový a olivový. Tyto oleje mají příznivé složení i z hlediska stability při tepelné úpravě. Příznivé složení mastných kyselin má v současné době většina roztíratelných tuků (margarínů).

Na závěr bude upozorněno na skupiny potravinářských výrobků, které mají z hlediska výživového nevhodné složení (vysoký obsah trans nenasycených mastných kyselin nebo nasycených mastných kyselin).

3) Doc. Ing. J. Pánek, CSc. Ústav analýzy potravin a výživy, VŠCHT Praha

Mastné kyseliny ve vybraných netradičních rostlinných tucích a olejích. VŠCHT

Úvod

Výživová doporučení většiny vyspělých zemí (Společnost pro výživu ČR, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Amer. Heart Association ...) říkají, že příjem tuků by neměl významněji převyšovat 30 % energetického příjmu a že z celkového příjmu tuků by mělo být nejvýše 33 % nasycených mastných kyselin (SFA) a poměr n-6 ku n-3 polyenových kyselin (PUFA) by neměl přesáhnout 5 : 1. V západní dietě, včetně ČR, se v současné době odhaduje, že tuky tvoří 40 % energetického příjmu, SFA asi 50 % přijímaných tuků a poměr n-6 : n-3

PUFA je asi 15 : 1 (možná i vyšší). U n-3 PUFA se k nízkému příjmu přidává ještě obtížná tvorba esenciálních kyselin (EPA, DHA) z linolenové kyseliny. Prezentace podává určitý přehled a hodnocení méně známých alternativních zdrojů n-3 PUFA.

Významné rostlinné zdroje n-3 PUFA

Linolenová (all *cis*-oktadeka-9,12,15-trienová) kyselina (ALA) je zdaleka nejvýznamnější mastnou kyselinou ze skupiny rostlinných n-3 PUFA. V (u nás) běžných tucích a olejích je její obsah většinou velmi nízký až nulový. Výjimkou je prakticky pouze řepkový olej (obsah k 10 %; poměr n-6/n-3 asi 2-3/1) a sójový olej (8 %; 7:1). Použití řepkového oleje v kuchyni je velmi výhodné, ale při našich stravovacích zvyklostech nepříznivý trend příjmu PUFA a poměru n-6 a n-3 asi nevyřeší. Situaci navíc komplikuje fakt, že n-3 kyseliny jsou extrémně nestabilní vůči oxidaci a moderní úpravy složení olejů (šlechtění, GMO) vedou k jejich další restrikci. Cestou by mohlo být větší použití některých netypických olejů s vysokým obsahem ALA ve studené kuchyni. Tyto oleje mohou navíc přinést i některé další biologicky aktivní látky a výbornou (nebo alespoň zajímavou) senzorickou jakost.

Hlavní náplní této části je přehled o složení mastných kyselin a některé zajímavosti o olejích ze semen lnu, konopí, hadince, pískavice, lničky, perilly, rakytníku a některých dalších.

Významné mikrobiální zdroje n-3 PUFA

Oleje původem z řas, případně některých kvasinek a plísní obsahují (podobně jako rybí oleje) přímo esenciální mastné kyseliny EPA, DHA, případně DPA (all *cis*-dokosa-7,10,13,16,19-pentaenová kyselina). Významnou výhodou pro organismus je to, že není nutná obtížná přeměna těchto kyselin z linolenové (nebo stearidonové) kyseliny. Nejvíce se v tomto směru využívají mořské, částečně i sladkovodní řasy. Diskutovány jsou oleje z řas rodu *Ulkenia*, *Schizochytrium*, *Chlorella* a některé další.

4) Ing. H. Logerová, doc. MUDr. P. Dlouhý. Bromované retardátory hoření jako kontaminant potravin. 3. LF UK

Retardéry hoření (zpomalovače hoření, samozhášecí látky) jsou skupinou chemických látek, které jsou od 80., resp. 90. let 20. století používané jako součásti polymerních matric plastů za účelem snížení jejich hořlavosti a tím i snížení rizika vzniku požáru. Chemicky se tyto látky dělí na anorganické retardéry hoření, které tvoří asi 50% všech používaných retardérů a jsou pro životní prostředí a lidské zdraví prakticky neškodné a organické retardéry hoření, obsahující buď halogeny, nebo fosfor, které vzhledem k jejich chemické struktuře představují zátěž pro životní prostředí a jsou potenciálními rizikovými faktory pro lidské zdraví. Tyto rizikové látky se v současnosti vyskytují ve všech složkách životního prostředí, kam se uvolňují při jejich výrobě, během životního cyklu výrobků obsahujících tato látky a při likvidaci výrobků po uplynutí doby životnosti.

Organické retardéry hoření jsou nepolární sloučeniny, které ve vodném prostředí mají tendenci se akumulovat, hovoříme o silném bioakumulačním potenciálu. Do lidského organismu se bromované retardéry dostávají především inhalací a ingescí a hromadí se ve tkáních s vyšším podílem nepolární složky, tj. zejména v tkáni tukové, odkud se uvolňují při její mobilizaci např. do mateřského mléka, kde byly prokázány. Bromované retardéry byly prokázány také v krvi, kde k transportu využívají proteiny krevní plazmy, protože mají podobnou strukturu jako např. hormony štítné žlázy a fungují jako *endocrine disruptors*, čímž narušují endokrinní regulaci organismu. Toxické účinky některých bromovaných retardérů hoření byly zatím pozorovány a popsány u zvířat, u lidí jsou zatím zjištěné koncentrace relativně nízké, ale vzhledem k jejich potenciální toxicitě byla produkce a použití některých

z nich regulováno tzv. Stockholmskou úmluvou. Zatím nejvýznamnějším dietárním zdrojem je rybí maso, ale jsou významné rozdíly mezi jednotlivými druhy ryb.

Náš výzkumný projekt nyní monitoruje množství FR v tukové tkáni běžné populace, kde zároveň zjišťujeme, zda existuje vztah mezi přítomností těchto látek a zánětlivými markery, které jsou dávány do souvislosti se vznikem civilizačních chorob.

Klíčová slova: retardéry hoření, toxicita chronická, toxicita akutní

5) Mgr. Ing. D. Chrpová. **Deficience nenasyčených mastných kyselin při terapeutickém využití šetřících diet.** VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha 4

Deficience nenasyčených mastných kyselin při terapeutickém využití šetřících diet.

Chrpová D.^{1,2}, Šimková Š.¹

¹ VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha 4; ² Ústav analýzy potravin a výživy, VŠCHT Praha

Správně volená výživa, resp. dieta, je nedílnou součástí léčebné terapie. Její složení a technologická úprava, které zohledňují zdravotní stav pacienta, by co nejvíce měly odpovídat složení stravy zdravého jedince. Měla by být jak energeticky tak biologicky plnohodnotná, tzn., měla by obsahovat doporučená množství energetických živin, vitaminů, minerálních látek a stopových prvků, vlákniny a tekutin. Vynechejme v tomto pojednání nutrici u akutních stavů, kdy je pacient živen parenterálně nebo enterálně, či mu je indikována krátkodobá přísná neplnohodnotná dieta, která řeší jeho aktuální zdravotní stav.

Tato diskuse je zaměřena na hodnocení těch typů vybraných diet, které pacient dodržuje dlouhodobě, nezřídka po celý život. Například pacienti s některými onemocněními gastrointestinálního traktu celoživotně dodržují některou ze **šetřících diet doporučeného „Dietního systému“**. Mezi nejčastěji používané šetřící diety patří „dieta č. 2 šetřící“. Je jakýmsi standardem šetřících diet. Ostatní šetřící diety z ní vycházejí a odvozují se od ní. Je energeticky i v podstatě biologicky plnohodnotná, v pevné konzistenci. Její složení je 9 500 kJ, 80 g bílkovin, 70 g tuků, 320 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Indikací pro tuto dietu jsou např. některá chronická zánětlivá onemocnění žaludku, jater či střev. Další šetřící dietou je „dieta č. 1 šetřící kašovitá“, která je jen mechanickou úpravou diety č. 2. Indikací diety č. 1 jsou zánětlivá onemocnění a chirurgické zákroky hlavně v horní části gastrointestinálního traktu – dutina ústní, jícen, žaludek. Dále se k šetřícím dietám řadí „šetřící dieta č. 4 s omezením tuku“. Její indikací jsou zánětlivá onemocnění střev, pankreatu, žlučníku. Má snížené množství tuku na cca 55 g za den. Celkovou energii doplňuje vyšší množství sacharidů. Šetřící dietou s dlouhodobým podáváním je i „dieta č. 5 s omezením vlákniny“. Má stejné složení jako dieta č. 2. Díky striktnímu omezení vlákniny se doporučuje chybějící látky, které nejsou díky tomuto omezení dostatečně přijímány (vitaminy, hlavně vit C), doplňovat medikamentózně. Indikací jsou v některých případech zánětlivá onemocnění střev. Dieta č. 10 neslaná šetřící“ jak je vidět podle jejího názvu, je také šetřící dietou. Doporučuje se někdy pacientům s hypertenzí nebo při vzniku otoků jakékoliv etiologie. Odpovídá dietě č. 2, jen se připravuje v neslané podobě. V šetřící podobě lze připravit i jakoukoliv jinou dietu. Často se využívají diety diabetické v šetřící úpravě, jako je dieta č. 9/S. Je vhodná pro pacienty, kteří, kromě onemocnění diabetes mellitus, mají ještě zdravotní problém na gastrointestinálním traktu.

Šetření těmito dietami spočívá ve výběru potravin a v technologické úpravě pokrmů. Tuk pro přípravu pokrmů nesmí být tepelně namáhán, ale je přidáván až do hotového pokrmu. Např. maso obalené v mouce se opéká na sucho, zalije vroucím vývarem či vodou a nechá dusit. Do vydušené šťávy masa, nezahuštěné přírodní či zahuštěné na sucho opraženou moukou, se pak vkládá čerstvý tuk. Stejně tak se vkládá tuk až do hotové polévky.

Prakticky nejvíce používaným tukem pro tento účel je máslo, které je nejlépe senzorycky pacienty hodnoceno a je lehce stravitelné díky krátkým mastným kyselinám v něm obsažených. Máslo je ovšem také zdrojem nasyceného tuku a cholesterolu.

Provedení denní bilance typu tuku v těchto šetřících dietách ukazuje na poměr tuku nasyceného ku nenasycenému SAFA : UFA cca 2:1, přičemž doporučený poměr je přesně opačný.

Závěr

Jak je nastíněno v tomto sdělení, používání másla prakticky jako jediného volného tuku jak pro přípravu pokrmů, tak i ve studené kuchyni při dlouhodobém dodržování šetřící diety není z hlediska doporučovaného poměru nasycených a nenasycených mastných kyselin nejvhodnější. Je potřeba ve studené kuchyni naučit pacienty zařazovat i kvalitní margarín. Pro přípravu teplých pokrmů, kdy se tuk vkládá do hotového pokrmu, na prostrídání s máslem použít kvalitní jednodruhový olej, jako je např. řepkový, olivový, či slunečnicový.

6) Tuky ve stravě ve světle výživových doporučení

Věra Boháčová, DiS., Bc. Tamara Starnovská; Fórum zdravé výživy

Tuky jsou jedním z nejdiskutovanějších témat mezi laickou i odbornou veřejností. Diskuse je na místě už jen díky neúprosným statistikám nemocnosti a úmrtnosti, a to nejen v ČR. Řada tzv. civilizačních onemocnění, jejichž důležitým ovlivňujícím faktorem je naše životospráva, je příjmem tuků ovlivňována. Světová, evropská i česká výživová doporučení se shodují na důležitosti snížení obsahu nasycených mastných kyselin ve stravě a jejich nahrazení mastnými kyselinami nenasycenými. Důraz je kladen také na co nejvýraznější snížení trans-nenasycených mastných kyselin. Běžná strava je ovšem často v naprostém nesouladu s těmito doporučeními. Přitom i jednoduchými zásahy do jídelníčku je možné jeho „tukový profil“ velice výrazně ovlivnit.

7) PharmDr. T. Sýkora, PhD., Mgr. R. Grec. Tuky a vaše zdraví, ne všechny tuky jsou špatné - vyhodnocení kampaně v lékárnách Dr. Max

Úvod

Ve dnech 4.-8.11.2013 proběhla v lékárnách Dr. Max odborná kampaň s názvem **TUKY A VAŠE ZDRAVÍ**. Cílem kampaně bylo informovat klienty Dr. Max o základních pojmech týkajících se tuků, o druzích mastných kyselin, o jejich výskytu v potravě a vlivu na lidské zdraví. A formou dotazníkového šetření jsme také zjišťovali znalosti a stravovací zvyklosti našich klientů a to i s ohledem na jejich zdravotní stav, věk a mnohé další. Naším příspěvkem Vás chceme informovat o výsledcích této odborné kampaně.

Základní sdělení

Kampaň proběhla ve spolupráci se **Společností pro výživu**. Ve všech lékárnách Dr. Max v průběhu jednoho týdne vyplnili naši proškolení lékárníci s klienty lékáren celkem 11166 dotazníků. Mezi dotazovanými převažovaly ženy, získali jsme od nich celkem 7368 (66 %) dotazníků. Nejvíce dotazovaných patřilo do věkové kategorie 50-60 let (18,8 % všech dotazovaných).

Co se týče zdravotního stavu klientů, tak více než čtvrtina dotazovaných (3175, 28%) má hladinu cholesterolu v krvi zvýšenou a téměř 12 % všech dotazovaných (1304) se léčí s cukrovkou. Pacienty se zvýšenou hladinou cholesterolu jsme si rozčlenili na dvě skupiny,

početnější, s nasazenou hypolipidemickou léčbou, a méně početnou, s dosud nenasazenou hypolipidemickou léčbou.

Co se týče znalostí, pojem nasycené a nenasycené mastné kyseliny již převážná část dotazovaných (88 %) dříve slyšela. Méně dotazovaných (59 %) si spojila pojem nasycených mastných kyselin s jejich negativním vlivem na zdraví našeho srdce. Všeobecně známý je pojem omega-3 mastných kyselin a většina z dotazovaných (94 %) si jej správně spojuje s pozitivními vlivy na srdce.

Závěr

Jedním z nejzajímavějších zjištění pro nás, lékárníky, bylo to, že pacienti s nasazenou hypolipidemickou léčbou mají dle výsledku dotazníkového šetření slabší znalosti týkající se tuků a jejich vlivu na lidské zdraví. A tyto znalosti se odráží i na jejich stravovacích zvyklostech. To nám otevírá široký prostor pro další intervence ze strany lékárníka.

Autoři:

PharmDr. Tomáš Sýkora, Ph.D., lékárna Dr. Max Brno-Žabovřesky
Mgr. Radka Grec, lékárna Dr. Max Vyškov

B) NUTRIČNÍ PROGRAMY VE ZDRAVOTNICTVÍ

8) Ing. M. Macháčková, Výpočet nutriční hodnoty pokrmů. Ústav zemědělské ekonomiky a informací

Zemědělské poradensko-vzdělávací centrum a Knihovna Antonína Švehly, Ústav zemědělské ekonomiky a informací, Praha

Nejspolehlivější metodou pro stanovení nutriční hodnoty pokrmů a obecně potravin je jejich chemická analýza. Je však velmi drahá a časově náročná.

Stanovení nutriční hodnoty výpočtem na základě recepturního složení je přijatelná metoda pro určení nutriční hodnoty za předpokladu, že jsou k dispozici informace o nutričním složení všech ingrediencí a že v rámci výpočtu jsou zohledněny změny hmotnosti a ztráty nutrientů v průběhu technologického zpracování pokrmu, resp. potraviny.

Výpočet představuje modelovou simulaci dějů a pochodů, které probíhají v potravinách při jejich zpracování. Výsledek výpočtu je **VŽDY** nutné považovat za odhad nutriční hodnoty potraviny.

Nařízení (EU) č. 1169/2011 povoluje výpočet nutriční hodnoty potravin pro účely nutričního značení, avšak způsob výpočtu toto Nařízení nedefinuje.

Evropská organizace pro informační zdroje o potravinách (European Food Information Resource Association – EuroFIR AISBL (www.eurofir.eu)) analyzovala metody výpočtu výživových hodnot, které jsou používány v evropských národních databázích složení potravin. Na základě zjištěných poznatků a odborných konzultací organizace EuroFIR navrhla jednotný postup pro výpočet nutriční hodnoty potravin.

Přednáška představí návrh metodiky EuroFIR pro výpočet nutriční hodnoty potravin.

9) Doc. MUDr. D. Müllerová PhD., Program Nutridan II. LF UK v Plzni

Nutriční SW NUTRIDAN II umožňuje vyhodnocení biologické hodnoty ať už jednodenního nebo vícedenního jídelníčku či jejich částí jako je snídaně, svačina, oběd, přesnídávka a

večeře. Dále umožňuje porovnání jejich nutriční hodnoty s doporučením individuálních potřeb klienta/pacienta odvozených od stávajícího výživového stavu, pohlaví, fyzické aktivity a věku vyšetřovaného a to od batolecího věku do věku seniorského.

SW vyhodnocuje biologickou hodnotu přijímané stravy ve dvou rovinách: i) ve formě energie a dalších 41 nutričních ukazatelů, včetně trojpoměru makronutrientů i trojpoměru hlavních tříd mastných kyselin; ii) formou potravinové pyramidy.

Vzhledem ke grafickému vyjádření jde také o dobře využitelný nástroj zaměřený k edukaci klienta/pacienta pod vedením nutričního terapeuta.

Data z vyšetření lze uchovávat a je tak možno sledovat i vývoj výživových zvyklostí i nutričního stavu vyšetřovaného v čase, u dětí je možné znázornění vývoje jejich BMI i vzhledem k percentilovým grafům populace českých dětí. Databáze nutričního složení, se kterou SW pracuje, je tvořena potravinami, potravinami pro děti do 3 let věku, přípravky enterální výživy, hotovými pokrmy s uvedenými recepturami, které lze podle potřeby modifikovat. Do databáze lze vkládat nutriční složení uživatelem nově zakládaných potravin i pokrmů, které však zůstávají identifikovatelné jako nově vložené, základní databázi měnit nelze.

©2010 Doc. MUDr. D. Müllerová, Ph.D., Ing. Z. Tychtl, Ph.D., Doc. Ing. L. Müller, Ph.D., Prof. MUDr. Z. Derflerová Brázdová, Dr.Sc.

Distributor: Ing. Luděk Müller - DADI s.r.o., kontaktní adresa: Hodonínská 61, 323 00 Plzeň, dana.mullerova@lfp.cuni.cz

Program NURTIDAN II vznikl za podpory Institutu Danone.

10) Doc. MUDr. P. Kohout PhD. **Nutriservis - komplexní nutriční software.** Thomayerova nemocnice Praha Krč

Úvod: Pro práci nutričních terapeutů v nemocnici, v ambulanci, lázeňských zařízeních nebo ústavech sociální péče je kvalitní program pro výpočet nutričních hodnot nezbytný. Spolu s dalšími vyšetřovacími metodami tvoří komplexní péči o klienta (pacienta).

Metodika: Nutriservis je program, který umožňuje propočítat a sestavit jídelníček podle požadovaných parametrů, výživových doporučení, popř. dietního omezení. Jídelníček lze sestavit klientovi individuálně na míru nejen z hlediska energie a základních živin – bílkovin, tuků a sacharidů, ale i dalších nutrientů, např. vlákniny, cholesterolu, vápníku, sodíku, fosforu, nasyčených a nenasycených mastných kyselin, vitamínu C, fenylalaninu atd. Hodnoty propočítaných jídelníčků program srovnává s individuální nutriční potřebou klienta, propočítává průměrné hodnoty živin za požadované období. Aplikace je přehledná a jednoduchá.

Program je nabízen ve třech variantách – Nutriservis free, který je určen laikům, Nutriservis Plus, jenž je vhodný pro výživové poradce, a Nutriservis Profesional, který umožňuje využít plný počet sledovaných nutrietiů a je ideálním nástrojem pro práci nutričních terapeutů. Každý uživatel má svůj přístup chráněný heslem a může ukládat neomezený počet jídelníčků. Aplikace nabízí i možnost softwarového propojení klienta s odborníkem. Odborník má možnost propojení přístupu k jídelníčkům svého klienta a operativně a rychle reagovat, popř. je upravovat.

Program zahrnuje cca 5000 potravin a pokrmů. Správnost všech dat je kontrolována erudovaným nutričním terapeutem. Každý uživatel má možnost zadání dalších položek do své databáze. Přístup k programu je umožněn každému uživateli, který má přístup na internet.

Program Nutriservis využívá v současné době **835 uživatelů**, denně je aktivních **297 uživatelů**. Program Nutriservis využívají nutriční terapeuti v **35 nemocnicích**, v **6 léčebnách a lázních**, v **5 školních zařízeních**, ve **školní jídelně** i ve **vězeňské službě**.

Závěr: Program Nutriservis je komplexní program, který využívá široké báze potravin a díky své plasticitě je využitelný různými skupinami klientů – od laiků po odborníky. Program je obohacován o nové položky, doplňuje o další možnosti, které vyplývají z požadavků uživatelů. Jde o tzv. „živý program“, který splňuje náročná kritéria uživatelů. Dokladem toho je i početný výčet nemocnic, lázeňských zařízení, školních jídelen, nutričních terapeutů pracujících v ambulancích a dalších uživatelů, kteří program využívají.

11) **NT L. Dostálková Nutriční program Cygnus užívaný v Ústavech sociální péče.**

Domov pro seniory, Lanškroun.

Nutriční péče v Domově pro seniory

Posláním Domova pro seniory je poskytnutí komplexní péče seniorům formou takové podpory a pomoci, které umožní zachovat si v co největší míře svůj dosavadní způsob života se svými zájmy, koníčky, jež mají jejich vrstevníci. Hlavním cílem je zvyšování kvality poskytované služby tedy i nutriční péče. Mezi dlouhodobě sledované indikátory kvality ošetrovatelské péče patří také prevence vzniku malnutrice (podvýživy). Je všeobecně známo, že včasným řešením rizika podvýživy lze předejít mnoha komplikacím v průběhu nemoci či následné rekonvalescenci a tím i ovlivnit míru soběstačnosti klienta. Hlavním úkolem prevence malnutrice je tedy brzká identifikace rizika. Během posledních let se radikálně mění v domovech poměr soběstačných klientů a klientů závislých na péči. V domovech rychle přibývá klientů, kteří jsou vysoce závislí na péči, není vůbec výjimkou víc jak 60% těchto klientů. Obyvatelé zařízení stárnou a s tím bohužel přicházejí různě těžké nemoci, dochází ke ztrátám rodinných příslušníků, životní rezignaci aj. Novými obyvateli se často stávají dlouhodobí pacienti LDN, jejichž zdravotní, psychický a nutriční stav je velmi špatný. Ze dne na den, se všemi závazky, se stává z pacienta klient. V prvotní fázi je nejdůležitější spolupráce všech profesí. Pouze pokud se všichni členové týmu aktivně podílí, může systém nutriční péče fungovat. Je tedy velice důležité naslouchat všem kolegům, klientům i rodinným příslušníkům, neboť co je pro mě (nutričního terapeuta) samozřejmostí, může být pro laika stresový problém. Nutriční péče musí být poskytována systematicky. Standard nutriční péče je garantem poskytované služby a měl by být součástí standardů Domova. Již před nástupem do Domova, během sociálního šetření, je každý klient, opatrovník či rodinný příslušník informován o všech poskytovaných službách-tedy i nutriční péči. Sociální pracovníce a vrchní sestra předávají získané prvotní informace o klientovi zdravotnímu personálu a společně řešíme-nastavujeme ošetrovatelský, pečovatelský a individuální plán nově přichozího klienta. Několik dní před nástupem nového klienta sociální pracovníce informuje celý tým o nastavené péči. Nástup do Domova bývá pro klienta často stresovou událostí, proto získávám a předávám klientovi (opatrovníkovi, či rodinným příslušníkům) informace postupně a důležité informace několikrát zopakují při reedukaci. Klienta první den zvaším, změřím, vyplním MNA dotazník, zavedu minimálně 3 denní monitoring stravy a pitného režimu, který následně zhodnotím za pomoci SW programu. U klientů mající potíže s příjmem stravy, hodnotím každý den správnost nastavené nutriční péče. Klienta navštěvuji a kontroluji toleranci porce, formy a teploty podané stravy popřípadě enterální

výživy, sledují aktuální příjem tekutin (množství a formu), hodnotím míru dopomoci při stravování a možnosti použití kompenzačních pomůcek. Tito klienti se automaticky stávají „mými každodenními pacienty“. U všech klientů Domova je samozřejmé hodnocení identifikace nutričního stavu v pravidelných časových intervalech. Dle výsledků je jim poskytnuta individuální nutriční terapie. Velkým pomocníkem nutričního terapeuta je SW program Cygnus, je nejen zdrojem dalších potřebných informací (zdravotní, sociální, aktivizační, nutriční, provozní), ale na základě vložených dat automaticky hodnotí a upozorňuje na možná rizika. Nejen nutriční terapeut, ale i zdravotní personál (hledající nutriční informace) nejvíce využívá přehled nutričně rizikových klientů, kde se např. zobrazují klienti s hodnotou BMI menší než 22, váhový úbytek za 3 měsíce je vyšší jak 5%, váhový úbytek za 6 měsíců vyšší jak 10%, průměrný příjem stravy klienta je nižší jako 80 %, klient nedojídá 3po sobě jdoucí hlavní jídla, klient během 24 hodin měl nízký příjem tekutin, klient nebyl víc jak 3 dny na stolici, klient ve sledovaném období zvracel aj. A co říci na závěr? Správný nutriční terapeut = individuální terapie = diety „šité“ na míru = výživa nedílnou součástí poskytované péče v zařízení sociálních služeb.

Dostálková Ludmila, nutriční terapeut SOSLLA

12) Ing. I. Čížková. **Nutriční program užívaný ve FN Motol.** FN Motol

Ve FN Motol se pro výpočet nutričních hodnot přijaté stravy pacientem využívá SW GastroManažer od společnosti ISIS s.r.o.

Tento SW je plnohodnotný stravovací SW včetně skladového hospodářství, tvorby jídelních lístků, normování stravy, tvorby objednávek a fakturace.

Je provázán s pokladním systémem závodního stravování.

Na prezentaci bude zmíněn výpočet nutričního příjmu u hospitalizovaného pacienta a sestavení rychlého nutričního protokolu pro pacienty s rozepsanou dietou.

Bude prezentována tvorba jídelních lístků pro hospitalizované pacienty a zobrazení nutričních hodnot pro jednotlivé chody.

Na závěr bude prezentován zdroj nutričních hodnot pro výpočty.

13) MVDr. H. Matějová, **Značení- zmatení.** LF Masarykova univerzita, Brno

MVDr. Matějová Halina, Mgr. Veronika Březková

Nařízení Evropské Unie č. 1169/2011 o poskytování informací o potravinách spotřebitelů, které mění existující pravidla pro označování potravin, vstoupilo v platnost 13. 12. 2011.

Od 13. prosince 2014 se používají pravidla pro označování potravin upravená tímto nařízením s výjimkou ustanovení týkajících se povinného uvádění výživových údajů. 5 let po vstupu nařízení v platnost tj. 13. 12. 2016 výrobci musí splňovat požadavky nařízení včetně uvádění výživových údajů. Pokud se provozovatelé potravinářských podniků rozhodli před tímto datem (přechodné období) uvádět výživové údaje, musí respektovat pravidla stanovená nařízením.

Pro dosažení vysoké míry ochrany zdraví spotřebitelů a zaručení jejich práva na informace by mělo být zajištěno, aby byli spotřebitelé patřičně informováni o potravinách, které konzumují. Je to celosvětový trend, v některých některé země je toto označování povinné, jinde dobrovolné.

Široká veřejnost se zajímá o vzájemný vztah mezi stravováním a zdravím, stejně jako o vhodný způsob stravování odpovídající individuálním potřebám. Bílá kniha Komise ze dne 30. května 2007 o strategii pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou uvádí, že výživové označování potravin je jedním z důležitých způsobů, jimiž lze spotřebitele informovat o složení potravin a pomoci jim informovaně se rozhodovat při jejich výběru.

K takovému výběru by významně přispělo, kdyby spotřebitelé znali základní zásady výživy a příslušné údaje o výživové hodnotě potravin. Významným nástrojem pro zlepšování srozumitelnosti informací o potravinách pro spotřebitele jsou vzdělávací a informační kampaně.

Právní předpisy o poskytování informací o potravinách by měly zakázat používání informací, které by uváděly spotřebitele v omyl, zejména pokud jde o charakteristiky potravin, jejich účinky nebo vlastnosti, nebo které potravinám připisují léčebné vlastnosti. Má-li tento zákaz být účinný, měl by se vztahovat také na obchodní úpravu potravin a na související reklamu.

Na několika obalech názorně ukážeme opodstatnění těchto změn v označování potravin, ale také poskytování nepřesných až zavádějících informací spotřebiteli, které se mohou týkat i potravin pro zvláštní účely a doplňků stravy.

LITERATURA

Otázky a odpovědi k nařízení (EU) č. 1169/2011 o poskytování informací o potravinách spotřebitelům

14) NT L. Růžičková, Bc. M. Baliková. **Zkušenosti s různými programy, které nutriční terapeuti užívají ve své praxi** FN Motol, Praha

Úvod: Nutriční terapeut se neobejde bez kvalitního počítačového programu, který propočítává nutriční hodnoty potravin a pokrmů. Je důležitý k navrhování vhodného jídelníčku a úpravě jednotlivých nutrietií.

Metodika: Pro zkvalitnění práce nutričních terapeutů a pro přehled kvality nutričních programů, jsme se rozhodli provést shrnutí a zhodnocení v rámci celé ČR. Rozeslali jsme 200 ks dotazníků. Zpětnou vazbu jsme obdrželi od pouhých 26 nutričních terapeutů. Někteří nutriční terapeuti žádný takový program nevlastní a nebo by rádi vlastnili, ale nemají podporu zaměstnavatele a jeví se pro ně jako nepotřebné. Na cca 150 dotazníků jsme neměli bohužel žádnou odezvu. Nutriční terapeuti, kteří poslali dotazník zpět, pracují s těmito programy: Nutriservis, Stapro Zlín, Cygnus, Altisima Magdaléna, Astris a Gubi.

Pomocí dotazníku jsme zjišťovali:

- Jaké je zastoupení jednotlivých programů mezi nutričními terapeuty?
- Je program kromě nutričních propočtů napojen na další činnosti?
- Jaké živiny programy propočítávají?
- Lze do programu přidávat vlastní položky?
- Lze jídelníčky ukládat?
- Jaký je počet položek v databázi?
- Je program uživatelsky jednoduchý?

Závěr: Z výsledků vyplynulo, že programy jsou různě zaměřené, orientují se na zdravotnická zařízení, ambulantní pacienty, zařízení sociální péče nebo na klientelu v lázních. Podle druhu zaměření programu jsou různé možnosti výpočtu živin. Některé programy propočítávají pouze energii a základní živiny, jiné jsou rozšířeny o vitamíny, minerální látky, vlákninu,

cholesterol, mastné kyseliny atd. Po propočtení dvou vzorových jídelních lístků na všech programech jsme došli k závěru, že se hodnoty energetické hodnoty a jednotlivých živin od sebe výrazně liší. Je na zvážení, z jakých zdrojů by měly nutriční programy vycházet a jestli některé současné zdroje nejsou zavádějící.

15) MUDr. P. Cikl, Ing. T. Petr, **Interaktivní nutriční software NutriPro - první**

zkušenosti z diabetologické - obezitologické ordinace. Interní a diabetologická ordinace Ivančice, vývojový tým NutriPro.

Úvod: Stručná rekapitulace požadavků na moderní nutriční software. Princip interaktivity ve vztahu klienta, pacienta a terapeuta, nový motivační nástroj k selfmonitoringu diety - pohotovému předběžnému vyhodnocení diety již před návštěvou u terapeuta. Program běží na počítačích vybavených OS Windows XP a následujících, má kartotéku klientů, evidenci návštěv a jídelníčků, umožňuje rychlou práci s daty, podporuje řadu formátů výstupů. Kromě klasického ručního zadávání při návštěvě program podporuje import jídelníčků zadaných klientem přes vstupní webové rozhraní.

Krátká videoprezentace programu - zadávání jídelníčku klientem prostřednictvím nové verze webového rozhraní, online analýza a odeslání zadaných dat terapeutovi.

Popis databáze, validity dat, upgradů a aktualizací. Webový formulář pro zadávání nových potravin je originálním řešením vhodným i pro zadávání složitých dat klinické výživy. Lze zadávat jednotlivě i hromadně včetně doplňkových informací (alergeny, lepek atd..) a doprovodných speciálních nutrientů např. ve sportovní a klinické výživě. Databáze obsahuje u každé položky zdroj dat, z nichž bylo čerpáno. Terapeut má v softwarové kartě klienta vedeny i antropometrické údaje – hmotnost, tělesné obvody, úroveň fyzické aktivity, případně bioimpedanční data. Program nabízí výpočty metabolické potřeby v několika variantách, energetický výdej je možno modifikovat dozadáním změn oproti standardnímu režimu. Lze zadat cíle jak pro antropometrické údaje klienta, tak pro příjem jednotlivých živin. Cíle jsou pak vyhodnocovány vzhledem ke skutečnosti ve výstupních sestavách, včetně sledování trendů

Metodika: Práce s programem v ordinaci – popis krátké observační studie moderní nutriční intervence na souboru 18 pacientů i zdravých osob v období 3 a následně 6 měsíců. Popis metodiky náboru probandů, jejich rozdělení dle věku a typu diabetu, BMI, pohlaví, intervalů sběrů dat, sledovaných parametrů (váha, obvod pasu, HbA1C, lačná ranní glykémie etc.) Vyhodnocení rychlosti a efektivity práce v ordinaci.

Výsledky: Hodnocení vybraných parametrů v longitudinálním sledování v jednotlivých skupinách probandů .

Závěr: Shrnutí prvních zkušeností s novými možnostmi komunikace klient-terapeut, možnost nutričního servisu jednoho nutričního terapeuta či edukátora pro více ordinací. Nově pro oblast klinické výživy, wellnessu. Tento způsob spolupráce je hodnocen klienty jako atraktivní, přesný, rychlý a názorný.

Kontinuální upgrady programu i databáze minimálně 2x ročně, hot-line, školení, roční podpora, zapracovávání požadavků odborných společností. Program bude od konce října 2014 v 5 desktopových verzích dle způsobu použití, a ve dvou webových verzích pro klienty – základní webová verze je zdarma. Program umožňuje spolupráci s nutričními terapeuty při rozšiřování databáze potravin a receptur, rovněž funkčnost programu je doplňována na základě potřeb komunity uživatelů.

16) NT L. Růžičková, MUDr. P. Tláškal, CSc., **Jaké možnosti nabízí nutriční programy.** FN Motol

Úvod: Nutriční program je pro nutričního terapeuta jedním z důležitých nástrojů pro zhodnocení nutričního stavu, individuální nastavení dietního režimu a v neposlední řadě i pro kontrolu již nastaveného dietního plánu. Nutriční program by měl nutričnímu terapeutovi dávat informace nejen o množství energie a základních živinách, ale i o dalších složkách výživy, které jsou důležité pro prevenci a v léčbě nemocí. Sofistikované nutriční programy jsou vhodné i k provádění nutričních studií v rámci populace nebo určitých skupin obyvatelstva.

Metodika, výsledky: Pomocí nutričního programu hodnotí nutriční terapeut často jen základní živiny – bílkoviny, tuky, sacharidy a množství energie. Některé nutriční programy nabízejí i další možnosti a je s výhodou je využít pro komplexnější a cílené zhodnocení stravovacího režimu v různých obdobích vývoje, růstu, v těhotenství, ve starším věku nebo při zvýšené fyzické zátěži. Zhodnocení příjmu dalších látek, vitamínů, minerálních látek a stopových prvků využije nutriční terapeut při zdravotních rizicích a v nemoci, např. při malnutrici, obezitě, při atypických stravovacích návycích, při nemocech trávicího traktu i mimo trávicí trakt. V prezentaci jsou uváděny příklady, jaké nutrienty je vhodné v jednotlivých stavech sledovat, ale i situace kde můžeme narážet na interpretaci výsledků.

Závěr: Nutriční programy často nabízejí zhodnocení značného množství nutričních složek, které pomůže nutričnímu terapeutovi zhodnotit jejich nedostatek nebo nadbytek. Nutriční programy je však nutné správně užívat a interpretovat. Nutriční programy mají i své nedostatky, které souvisí s kvalitou databází v nich zařazených potravin a s individualitou nutričních potřeb každého hodnoceného jedince.

Příjem živin, klinický nález, včetně antropometrických údajů, případně i laboratoř jsou nutné pro kvalitní posouzení nutričního stavu jedince.

17) Mgr. G. Mencová. **Jak nakrmit staršího pacienta s demencí. Rozdíly ve zdravotnickém a sociálním zařízení.** Domov pro seniory Zastávka.

O rozdílech ve zdravotnických a sociálních zařízeních dnes není pochyb. Přesto na tento fakt často zapomínáme. Jak nakrmit pacienta v nemocnici? A jak nakrmit klienta v Domově pro seniory? Jsou to dva rozdílné světy?

Hlavním společným cílem, ať již zaměstnanec zdravotnického zařízení nebo sociálního, by mělo být zkonsumování připravené nutričně plnohodnotné stravy. Ovšem hraje zde velkou roli čas, který na pacienta/klienta máme, techniky, kterými jsme vzděláváni a používáme je v praxi při podávání stravy, počet zaměstnanců ve službě, vztah s pacientem či klientem. Neméně podstatné je i prostředí, ve kterém se jí. Starší lidé mají obecně mírné nechutenství způsobené např. léky či hlavní diagnózou, ztrátu pocitu žízně a v neposlední řadě i ztrátu chuti do života. Všechny výše popsané skutečnosti vedou u seniora k malnutrici. Obrovskému problému, kterému se snažíme předcházet. Protože zhoršuje zdravotní stav, přináší komplikace, zkracuje život... Je správné, když nutričně erudované osoby propočítávají nebo obohacují stravu pro seniora, ale co z toho, když si nevezme do úst ani sousto. K tomuto problému se zdravotnické a sociální zařízení staví trochu jinak. Jaké jsou hlavní rozdíly a jaká je praxe v jednotlivých zařízeních jsem se snažila co nejpřesněji popsat.

Pokud přijímáme staršího pacienta s demencí do nemocnice většinou je to kvůli akutnímu onemocnění. Pouze na určitý čas. Při příjmu se udělá dotazník MNA a pacient je hlavně léčen pro onemocnění, se kterým přišel. Pro nedostatek času pacienti často nejsou váženi. Když pacient nejí, zařadí se nutriční podpora- sipping popř. NGS nebo PEG. Je vždy čas, zeptat se pacienta, co ho trápí, popovídat si s ním a pomoci mu při příjmu stravy? Je málo personálu? Jsou priority zdravotnického zařízení jiné? Víme přesně co pacientovi je, čím trpí a co mu schází, ale pacient s námi mnohdy nespolupracuje.

Když je klient přijímán do sociálního zařízení, sám nebo rodina si vyberou místo pobytu. Místo se stává jeho novým domovem. Naváže zde vztahy s pracovníky. Také se při příjmu vyplňuje dotazník MNA, klient je zvážen. Sleduje se příjem stravy. Hledají se potraviny, které má rád a jak je nejlépe konzumovat. Využívá se nutriční podpora. Máme více času pro klienta? Je zde méně klientů než v nemocnici? Jsou naše priority péče někde jinde?

Každá cesta má svůj začátek a konec a stejně by tomu mělo být i u konzumace stravy našich pacientů/klientů. Od vyšetření přes určení diety, propočítání nutričních hodnot, úpravu stravy, servírování pokrmu až po samotnou konzumaci.

C. DIETNÍ VÝŽIVA V PRAXI, ENTERÁLNÍ KLINICKÁ VÝŽIVA A JEJÍ RACIONÁLNÍ VÝBĚR

18) Bc. M. Zemanová, DiS. Role nutričního terapeuta u pacienta v intenzivní péči.

Oddělení léčebné výživy. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Péče o pacienta s popáleninovým traumatem je záležitost multidisciplinárního týmu odborníků-lékařů, zdravotních sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů, lékárníka a psychologa. Role nutričního terapeuta je velmi významná vzhledem k tomu, že popáleninové trauma má jedny z nejvyšších nároků na výživu pacienta. Nutriční terapeut provádí propočty energetického příjmu, návrhy nutričních plánů, edukaci pacienta a rodiny. Zároveň je zodpovědný za stravu pacienta, vhodný výběr potravin pro dietu a to jak klasickou dle dietního systému FNKV, tak individuální stravu.

Kasuistika popisuje 88 letou ženu s popáleninovým traumatem v rozsahu II. a III. stupně 20% povrchu těla - lokalizace na horních končetinách, hýždích a zadní straně stehů a lýtek. Po dobu celé hospitalizace byla pacientka v péči nutričních terapeutek FNKV. Součástí kasuistiky je ukázka nutričních propočtů, nutričního plánu, vývoje laboratorních hodnot a změn nutričních potřeb pacientky, včetně ukázky jídelníčku individuální diety. Zároveň součástí kasuistiky je i ukázka kombinace stravy per os a doplňkové enterální výživy.

Doložená kasuistika poukazuje na nutnost velmi úzké spolupráce nutričních terapeutů a ošetřujícího personálu při zajišťování špičkové péče o pacienta v intenzivní péči.

19) Bc. A. Píbilová, Spolupráce sestry s nutričním terapeutem v intenzivní péči.

Klinika popáleninové medicíny. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Léčebně – ošetrovatelská péče termických úrazů je multidisciplinární obor, jehož samozřejmým předpokladem je spolupráce celé řady expertů, jejichž profesionalita a schopnost komunikace je určujícím faktorem prognózy pacienta nejen z hlediska přežití, ale také z hlediska budoucí kvality života.

Na rozdíl od jiných chirurgických diagnóz, zaujímá nutriční terapeut, v popáleninové medicíně, jedno z předních míst z hlediska úspěšnosti celkové léčby. Příkladem životně důležité součinnosti popáleninových odborníků s nutričními specialisty je 88 letá žena s popáleninami na 20% povrchu těla, II.b. st. - III.st.

Kazuistika této seniorky mapuje období od okamžiku mechanismu úrazu, přes průběh léčby komplikovaný metabolickým rozvratem, infekcí, psychickými problémy, s důrazem na její těžkou podvýživu, energetické ztráty a detailní spolupráci s nutričním oddělením.

Závěr kazuistiky shrnuje výsledky léčebně - ošetrovatelské péče, opět s akcentací na efektivnost a životně důležitou nutnost spolupráce nutričních expertů s popáleninovým týmem.

20) Bc. A. Sadílková **Dietní režim po bariatrických výkonech** 3. interní klinika 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a VFN Praha

Bariatrická chirurgie je vysoce účinný, zásadní způsob léčby vyšších stupňů obezity. Uvažuje se o ní v případě selhání konzervativních redukčních režimů nebo tehdy, pokud je stav pacienta komplikován přidruženými metabolickými onemocněními s dlouhodobě neuspokojivými výsledky léčby, především diabetem mellitem 2. typu.

Od návrhu pacienta k operaci k samotné operaci je dlouhá cesta, v rámci které je nezbytná spolupráce pacienta a zdravotnického týmu. O indikaci k bariatrickému výkonu by měl rozhodovat celý tým odborníků zahrnující lékaře – obezitologa, klinického psychologa zabývajícího se obezitologií, nutričního terapeuta a v neposlední řadě také chirurga, který bude operaci provádět. Pacient by měl být před plánovaným bariatrickým výkonem v jejich péči docházet na pravidelné kontroly.

Úkolem nutričního terapeuta je připravit pacienta na specifický pooperační stravovací režim, který daný bariatrický výkon vyžaduje. Pacient by měl být podrobně seznámen s jednotlivými fázemi stravovacího režimu v prvním měsíci až dvou po operaci (tekutá, kašovitá, polotuhá a tuhá strava). Sníží se tak riziko nežádoucích příhod způsobených nevhodným stravováním a zvýší se pooperační compliance pacienta a tím i pravděpodobnost uspokojivých výsledků operace.

21) MUDr. P. Beneš. **Jaká mohou být kritéria pro výběr konkrétního enterálního přípravku?** Interní odd., Praha, nemocnice Na Homolce

Abstrakt z přednášky není k dispozici

22) NT L. Sochorovská DiS., **Enterální klinická výživa a její racionální výběr.** Jak si vybrat ze základního sippingu? Odd. léčebné výživy
Praha, nemocnice Na Homolce

Cíl:

Porovnat složení všech základních sippingových přípravků dostupných na trhu v ČR k 1. 9. 2014.

Metoda:

Klasický sipping v koncentracích 1-2,5 kcal/ml s vyloučením přípravků upravených pro určité diagnózy byl porovnán podle následujících kritérií vztažených na reálnou denní dávku, tj. do cca 4 dcl / den:

1. co největší množství bílkovin / den, 2. co největší množství kalorií /den, 3. co nejmenší celkový objem, 4. co největší počet chuťových variant, 5. obsah vlákniny

Závěr:

Z porovnání vychází několik konkrétních přípravků ideálního složení, které jsou v prezentaci uvedeny v tabulce.

Mezi sippingy na trhu jsou překvapivě velké rozdíly v obsahu bílkovin i kalorií, a to až 4 násobné (= o 300%).

23) NT H. Dvořáková DiS. **Enterální klinická výživa a její racionální výběr.** Jak si vybrat ze specializovaného sippingu? Odd. léčebné výživy, nemocnice Na Homolce, Praha

Cíl:

Porovnat složení všech speciálních sippingových přípravků dostupných na trhu v ČR k 1. 9. 2014.

Metoda:

Porovnán speciální sipping, určený pro konkrétní diagnózy nebo situace, porovnání proběhlo podle následujících kritérií vztažených na reálnou denní dávku, tj. do cca 4 dcl / den a při dosažení potřebné denní dávky specifického přídatku. 1. co největší množství bílkovin / den, 2. co největší množství kalorií / den, 3. co nejmenší objem, 4. dosažení cílového obsahu specifických prospěšných živin, 5. chuťová tolerance a počet chuťových variant.

Závěr:

Výsledky shrnuje prezentace v tabelární formě. Důležitá je při posuzování i cena, kterou platíme navíc za rozdíl proti nejpodobnějšímu běžnému přípravku.

24) NT H. Veselá. **Jak si vybrat ze základní sondové výživy?** Interní odd., Praha, nemocnice Na Homolce

Abstrakt z přednášky není k dispozici

25) NT J. Molčanová Mgr, **Enterální klinická výživa a její racionální výběr -** Jak si vybrat ze specializované sondové výživy? Nutriční ambulance, nemocnice Na Homolce, Praha

Cíl:

Porovnat složení všech speciálních přípravků tekuté i sondové enterální výživy pro některé konkrétní choroby, situace, postižení orgánů, dostupných na trhu v ČR k 1. 9. 2014.

Metoda:

Byly porovnány přípravky pro pacienty s diabetem, se sníženou funkcí ledvin, se sníženou funkcí jater, pro pac. s proleženinami, s postižením střeva – oligopeptická, s MCT a glutaminem. Vyloučeny byly přípravky určené pro JIP. Hodnocení bylo pro speciální přípravky prováděno po přepočtu obsahu živin na objem 2000ml. Hodnocená kritéria byla: u diabetické a oligopeptické 1. obsah bílkovin, 2. obsah kalorií, 3. obsah sacharidů (dia) a tuků u (oligop.), 4. obsah vlákniny u orgánových – střevní, ledvinná a jaterní se speciální výrobek porovnával s přípravkem ze základní řady a proč si přípravek zvolit.

Závěr:

Přípravky speciální závisí na obvyklém složení diagnóz na oddělení a na zkušenosti obecně. Konkrétní specialitu porovnáváme nejprve proti běžnému přípravku. Rozhodovat tedy bude většinou cena nebo pozitivní list ZZ.

26) MUDr. P. Beneš. Jak si vybrat ze sondové výživy pro JIP? Interní odd., Praha, nemocnice Na Homolce

Abstrakt z přednášky není k dispozici

D) NUTRIČNÍ TERAPEUT A VÝŽIVOVÝ SPECIALISTA, ANKETA

27) Bc. T. Starnovská. **Úvodní slovo – co říká legislativa.** Thomayerova nemocnice Praha Krč

28) MVDr. Ing. M. Valenta **Výživový poradce - koncepce kurzů, účastníci, uplatnění.**
Škola výživy MAHRA s.r.o.

Není k dispozici

29) MUDr. M. Matoulek, Ph.D. **Nutriční terapeut vs. výživový poradce – každá rada drahá.** 3. Interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Není k dispozici

30) Mgr. Ing. D. Chrpová, RNT, **Mají výživoví poradci na čem stavět?**
VOŠZ a SZŠ 5. května, Praha 4

Naše média jsou zavalena radami od výživových poradců, specialistů či dokonce tzv. dietologů rekrutujících se z absolventů výživových kurzů různé úrovně. Většina čtenářů či diváků nemá šanci poznat to, že se o skutečné odborníky na výživu nejedná. Nevědí to ani redaktoři, kteří těmto pseudoodborníkům dávají dost velký prostor pro jejich vyjádření a doporučení, které ve většině případů odporuje oficiálním doporučením a fyziologické potřebě organismu. Dokonce je i řada těch, kteří se zabývají nutričním doporučením pro pacienty.

Bohužel díky tomu, že výživové poradenství je živností volnou, může se takto živit každý, kdo má čistý trestní rejstřík a ani nemusí být absolventem výživového kurzu. Nicméně i absolventi výživových kurzů jsou na tom z hlediska svých odborných znalostí bídně. Jak by na tom mohli být lépe, když některé kurzy trvají jen např. 4 víkendy včetně závěrečného pohovoru. To jsou je celkem 8 dní a 8 hodin, tedy 64 vyučovacích hodin. Pro srovnání vzdělávání v oboru Diplomovaný nutriční terapeut na VOŠZ je tříleté, zakončené absolutoriem. Samozřejmě – výživový poradce by se měl věnovat jedincům zdravým, nutriční terapeut je odborníkem i na léčebnou výživu, ale kdo je dnes zdravý?

Jaké základy v tak krátkém čase lze těmto frekventantům vyložit? Přičemž v programech takovýchto některých kurzů jsou odborné přednášky týkající se výživy dokonce v menšině. Jak může výživový poradce doporučovat výživu, pokud se absolvováním kurzů nemá šanci naučit to, jak organismus funguje, jaké důležité procesy v něm probíhají, jaké důležité složky potravin jsou k tomu potřebné, atd. Alespoň trochu pozitivní je, pokud účastník kurzu je např. zdravotník nebo dokonce i lékař. Pokud je to člověk jiných profesí, absolvováním kurzu žádných základů a tím i předpokladů pro to, aby mohl relevantně jedincům doporučovat nutriční, nenabude. Může dokonce i v dobré víře někoho poškodit.

Proto je naprosto nutné, aby se výživové poradenství stalo živností vázanou, aby o výživě radil jen skutečný odborník na výživu.

31) Bc. B. Češková, **Nutriční poradenství ve Středočeském kraji – výsledky bakalářské**
Práce. VFN Praha

Tato výzkumná bakalářská práce mapuje oblast nutričního poradenství ve Středočeském kraji. Práce srovnává soukromé nutriční poradny a poskytovatele

zdravotních služeb provozující ambulantní nutriční poradny. Uvádí rozdíl mezi nutričními odborníky mající zdravotnické vzdělání a mezi výživovými poradci.

Cílem bylo ověřit počet nutričních poraden u poskytovatelů zdravotních služeb, nabídku služeb soukromých nutričních poraden a vzdělání pracovníků poskytujících tyto služby. Dále zjistit pracovní dobu nutričních poraden, porovnat jejich způsob financování, případnou spolupráci s jinými odborníky a také délku jejich působení.

Bylo provedeno dotazníkové šetření, ve kterém bylo osloveno 23 poskytovatelů zdravotních služeb a 37 soukromých nutričních poraden ve Středočeském kraji. Návratnost vyplněných dotazníků u poskytovatelů zdravotních služeb činila 87%, vrátilo se 17 dotazníků z 23 odeslaných. U soukromých poraden byla návratnost nižší. Zpracováno bylo 14 vyplněných dotazníků, což je 46%. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že pracovníci soukromých nutričních poraden mají vyšší vzdělání, vyšší jazykovou vybavenost a svou otevírací dobou pokrývají delší časový úsek. Naproti tomu ale nabízí užší spektrum služeb oproti nutričním ambulancím. Financování obou typů poraden je z větší části hrazeno přímo pacienty a klienty.

Ze zjištěných dat je patrné, že je před námi ještě mnoho práce a úsilí podpořit intervenci, zdravotní výchovu i osvětu a vyzdvihnout význam prevence. Především je zapotřebí vytvořit více pracovních příležitostí pro nutriční terapeuty a legislativně ošetřit potřebné vzdělání všech osob, které pracují v oblasti nutričního poradenství.

Tímto bych chtěla apelovat na zákonodárce, na management zdravotnických zařízení a kompetentní orgány. Vspělost a ekonomickou úroveň státu je možné posoudit i z hlediska vynakládaných finančních prostředků na jednotlivé části zdravotní péče, kam bezesporu patří i provozování nutriční ambulance u poskytovatelů zdravotních služeb a prezentování oboru nutricionistiky. Vždyť aby péče o pacienty byla ucelená a kompletní, má být její součástí nejen zajištění léčebné stravy a klinické výživy, ale také edukace a poradenství.

32) Bc. V. Volavá, **Hodnocení nutričního poradenství**. Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Úvod

Nutriční poradenství je proces, při kterém poradce poskytuje svému klientovi individualizovanou nutriční péči. Cílem poradenství je ovlivnit klientovo chování (nebo stav) v pozitivním směru. Dnes je mezi lidmi populární zabývat se správným životním stylem. Na to reagovalo mnoho subjektů, které nabízejí různá výživová poradenství. Bohužel se většinou jedná pouze o tzv. „samozvané výživové poradce“ bez odborných znalostí. V ČR se může nazývat nutričním poradcem téměř kdokoli. Výživové poradenství je totiž volnou

živností. To znamená, že jej může provozovat každý, kdo si pořídí živnostenský list. Tím pádem poradcem na výživu se může stát i člověk, který si udělal pouze víkendový kurz.

Základní sdělení

Hlavním cílem práce bylo porovnat vybrané nutriční poradny v Brně. Zaměřeno bylo na soukromé poradny. Bylo vybráno 5 poraden, ve kterých jsem absolvovala konzultaci. Celkové hodnocení bylo provedeno pomocí pasportizace. Bylo hodnoceno 6 základních úkonů: odběr anamnézy a zjišťování stravovacích návyků; antropometrická měření a obsluha měřicího přístroje; prostředí poradny; odbornost poradce; komunikační dovednosti; nabídka doplňků stravy.

Počet poraden na výživu stále roste, ale jaká je jejich kvalita? Mezi hodnocenými poradnami byly velké rozdíly. Některé poradny nabízely konzultaci zdarma, u jiných se cena vyšplhala až do řádů několika set korun. Jak cena, tak doba a průběh konzultace se u různých poraden lišil. Pouze v jedné z navštívených poraden působí vzdělaní odborníci přes výživu člověka. V ostatních poradnách působí pouze absolventi kurzů poradce pro výživu. Tato skutečnost se plně odrazila v poskytnutých službách. Poradenství v poradně s vystudovanými odborníky bylo profesionálně provedené. V ostatních 4 poradnách docházelo ze strany poradců k fatálním chybám. Jednalo se například o zkomolené odborné názvosloví, sdělování vědecky nepodložených informací popisovaných jako fakta, či prezentování mnoha tzv. „výživových mýtů“. Ve 3 z 5 poraden byly nabízeny ke koupi různé doplňky stravy. Tyto preparáty byly prezentovány jako nezbytná součást nutričního plánu, bez kterých vytoužených cílů nelze dosáhnout.

Závěr

Výživové poradenství je oblast, která není v současné době řešena a kontrolována, tím pádem kvalita těchto služeb není mnohdy vyhovující. V poradnách často působí poradci – laici, místo odborníků prošli patřičným vzděláním v oblasti výživy člověka (např. nutriční terapeut, asistent z ochrany veřejného zdraví). I přes tuto skutečnost již existuje několik poraden, které odvádí kvalitní práci. Těchto poraden je méně a je o nich také méně slyšet. Doufejme, že se začne v budoucnu nutričnímu poradenství přikládat větší pozornost a význam a především jejich odbornému vedení.