

Dětská výživa a obezita v teorii a praxi 2013 - program

8. ročník konference odborníků zabývajících se výživou a obezitou dětí a dorostu

Termín a místo konání: 6. - 7. Prosinec 2013 Poděbrady

A) VÝŽIVA DÍTĚTE A ZDRAVÍ

Alternativní výživa v dětském věku

MUDr. P. Tláskal, CSc., Oddělení léčebné výživy FN Motol

Člověk je fyziologicky omnivor, konzumuje výživu živočišného i rostlinného původu. Alternativní způsob výživy, s preferencí nebo s výhradní konzumací rostlinné složky, se objevuje i ve výživě dětí. Otázkou je, zda tento způsob výživy zajistí dostatečný příjem všech živin pro rostoucí a vyvíjející se organismus dítěte, zda vytváří dostatečnou nutriční rezervu pro případ nemoci či stressu, zda aktivuje zdravotní výhody nebo nedostatky.

Přínosem vegetariánské stravy pro dospělého člověka je nízký obsah saturovaných tuků a cholesterolu a naopak vysoký obsahu polysacharidů, vlákniny, hořčiku, draslíku, folátů a antioxidantů. Rostlinná strava je deficitní na vitamin D a vitamin B12, má méně, nebo ne vždy je zcela zastoupena dostatečným spektrem esenciálních aminokyselin, hůře se z ní využívají některé minerální látky a stopové prvky, zvláště vápník, železo a zinek.

Z našich zkušeností s výživou dětí vyplývá potřeba poradenství všude tam, kde není nebo nemůže být zajištěn příjem dostatečně pestré stravy. Vhodná úprava restriktivních systémů výživy alespoň k lakto-ovo vegetariánství, k dostatečnému zajištění příjmu plnohodnotné bílkoviny a dalších nutrientů, je nejvhodnějším řešením. V případě časně poruchy vývoje dítěte bychom měli registrovat i způsob výživy těhotné a následně kojící matky. Jinak je potřebné vycházet z doporučení ČS Pediatrické společnosti k alternativní výživě.

Je nutné si uvědomit, že v systému demokratické společnosti se alternativní výživa objevuje i v jídelníčku našich dětí. V rámci zabezpečení zdravého růstu a vývoje dítěte je vhodné a potřebné zajišťovat adekvátní poradenství k této problematice. Konzultace výživy těchto dětí by měly probíhat nejen v nutričních ambulancích se zdravotnickým zázemím, ale i obeznámených s danou problematikou. Zatracování není východiskem, řešením je poradenství, případně vhodné odborné vedení.

Alternativní stravování dětí z pohledu nutričního terapeuta

Bc. M. Matějková DIS, Poradenské centrum Výživa dětí, Praha

V posledních letech můžeme pozorovat ve zvýšené míře příklon k alternativním způsobům stravování, především vegetariánství. Nejen zdravotní aspekty, ekologické či etické pohledy vedou k volbě alternativní výživy. Musíme brát v úvahu také filozofické postoje rodičů a zvyky rodiny (makrobiotici, jogíni, frutariáni, apod.). Složení výživy, především pak dětské výživy je nutné posuzovat individuálně. V případě nevhodně sestaveného jídelníčku se zvyšují rizika nutriční insuficience, které vyplývají z toho, že např. v rostlinné stravě jsou některé složky deficitní (př. vit. D, vit. B₁₂) a některé se hůře využívají

(př. železo, vápník, zinek). Nejvíce je ohrožen organismus, který roste. Z tohoto pohledu můžeme rozlišovat míru nutričních rizik ve vztahu k věkovému období od prenatálního vývoje po období adolescence. Zvýšenou pozornost je pak nutné věnovat výživě kojenců a adolescentů.

Rizika deficitu vitamínu B₁₂ v dětském věku

MUDr. M. Magner, Ph. D., Klinika dětského a dorostového lékařství 1.LF UK a VFN v Praze

Úvod: Vitamín B₁₂ (kobalamin) je u dětí důležitý nejenom pro krvetvorbu, ale i pro správný růst a vývoj CNS. Jeho nutriční deficit je nejčastější vitamínovou karencí, se kterou se v našich podmínkách v dětském věku setkáváme.

Sdělení: V uplynulých letech bylo na naší klinice diagnostikováno více než 50 kojenečích dětí s deficitem vitamínu B₁₂. Průměrný věk manifestace byl 5 měsíců. Jedním z prvních klinických příznaků bylo neprospívání, hypotonie, opoždění psychomotorického vývoje, mikrocefalizace, v případech závažného deficitu i epilepsie až charakteru Westova syndromu. Zajímavým faktem je, že děti s deficitem B₁₂ často odmítaly nabízené dokrmky a dále vyžadovaly plné kojení. V laboratorním vyšetření byla přítomna hepatopatie, snížená hladina vitamínu B₁₂ nebo jeho aktivní formy holotranskobalaminu v séru. Megaloblastová anémie byla v našem souboru přítomná jen u čtvrtiny dětí. V metabolickém vyšetření byla přítomna zvýšená hladina homocysteinu v plasmě a zvýšené vylučování kyseliny metylmalonové v moči. Nejčastějším důvodem nedostatku vitamínu B₁₂ u plně kojenečích dětí byl nutriční deficit tohoto vitamínu u matky z důvodu nediodagnostikované nebo neléčené atrofické gastritidy, u menšího počtu případů pak vegetariánská nebo veganská dieta matky (5/45). U starších dětí je potřeba monitorovat hladiny vitamínu B₁₂ zejména u malabsorpčních syndromů (celiakie) a Crohnovy nemoci. Při těžkém deficitu vitamínu B₁₂ u kojenců s neurologickými příznaky zahajujeme terapii intramuskulárním podáním vitamínu v dávce 300 mg tři dny po sobě s přechodem na perorální podávání vitamínu B₁₂ v dávce 100 µg denně po dobu jednoho týdne a dále 100 µg 3x týdně do plného zavedení kojenečích příkrmů obsahujících vitamín B₁₂. Při méně závažné formě manifestace možno léčbu zahájit perorálně. Nutno pamatovat i na vyšetření a adekvátní léčbu u matky dítěte. Prognóza závisí zejména včasném stanovení diagnózy. Celá řada orgánových projevů je reverzibilních a to včetně opětovného nastartování psychomotorického vývoje, obnovení růstu, prospívání, urychlení růstu hlavičky, odeznění laboratorních projevů deficitu. Při závažném opoždění vývoje, epilepsii, případně pozdní diagnóze však neurologický deficit může přetrvávat.

Závěr: Deficit vitamínu B₁₂ vitamínu patří mezi časté příčiny opoždění vývoje a neprospívání u plně kojenečích dětí. Myslet na něj je potřeba zejména u dětí matek dodržujících alternativní diety a matek s gastrointestinálními potížemi (atrofickou gastritidou). S ohledem na fakt, že většina matek žádné gastrointestinální obtíže neudává, je ke zvážení zařazení screeningu hladin B₁₂ u všech žen v průběhu gravidity.

Podpořeno grantem RVOVFN64165/2012 a UNCE 204011.

Význam železa k zajištění fyziologického růstu a vývoje dítěte

MUDr. M. Suková, Klinika dětské hematologie a onkologie 2.LF KU a FN Motol

Železo je esenciální biogenní prvek nezbytný pro krvetvorbu, fyziologický růst a vývoj organismu. Kromě zásadní role v erythropoéze je železo součástí řady enzymatických procesů zapojených v tkáňovém dýchání, oxidativní fosforylaci, syntéze DNA, je stimulantem

proliferace a diferenciacie buněk, má tedy i významné funkce v obranyschopnosti a růstu. Na druhou stranu, nadbytečné volné železo stimuluje v buňce tvorbu volných kyslíkových radikálů a je proto potenciálně toxické. Udržování homeostázy železa (rovnováhy mezi příjmem, utilizací a zásobami) je pro organismus nezbytné. Regulace probíhá jednak na úrovni systémové – ovlivněním absorpce železa v enterocyty a jeho ukládáním do zásob v buňkách monocytomakrofágového systému; jednak na úrovni buněčné - influx do buňky je řízen expresí solubilních transferinových receptorů (sTFR). Parametry zásobního železa - sérový feritin, saturace transferinu a sTFR jsou hlavními laboratorními markery poruch jeho metabolismu.

Nedostatek železa v organismu (sideropenie) je nejčastějším nutričním deficitem v dětském věku a to i ve vyspělých zemích (prevalence ve věku 0-1 rok: 16% , 1-5 let: 25%). Manifestuje se typicky v obdobích zvýšených nároků na jeho přísun (v kojeneckém věku a v pubertě), obzvláště při nedostatečné kapacitě zásob. V prvním roce života a v období růstu jsou také důsledky sideropenie, odrážející se v neurokognitivním vývoji, nejzávažnější. Celkové množství železa je v běžné dětské stravě dostatečné, jednotlivé potraviny se ale liší obsahem, různá je i schopnost absorpce a vzájemná interference. Vyvážená pestrá strava, účelně fortifikovaná železem v rizikových obdobích růstu, je základní prevencí sideropenie. Primárním zvýšením přirozených zdrojů železa v potravě je vhodné řešit i vznikající sideropenii, zachycenou v prelatentní nebo latentní fázi. Pokud přesto dojde k vyčerpání zásob, deficitu erytrocytárního železa s obrazem sideropenické anémie, je léčba preparáty železa nezbytná. V takovém případě je vždy nutné odlišit prostou karenci od patologických stavů vedoucích k poruše absorpce nebo utilizace železa (malabsorpčního syndromu, anémie chronických chorob a heterozygotní formy beta-thalémie. Přetížení organismu železem vzniká při jeho nadměrném přísunu, nejčastěji způsobeném zvýšeným rozpadem erytrocytů v kombinaci s opakovanými transfuzemi při vrozených hemolytických anemiích. Diagnostika „iron overload“ a cílená chelatační léčba patří do rukou dětského hematologa.

Poruchy homeostázy železa mají vždy zásadní klinický dopad, zejména u vyvíjejícího se organismu, kde mohou zanechat i dlouhodobé následky. Prevence, případně léčba sideropenie je proto důležitým úkolem primární pediatrické péče a nutričních specialistů.

Význam zinku ve výživě dítěte

MUDr. M. Adamcová, Ph.D. Pediatrická klinika 2.LF UK

Zinek je stopový prvek, nezbytný pro řadu důležitých funkcí lidského organismu. Je součástí nebo kofaktorem více než dvou set enzymů, podílí se na metabolismu všech makronutrientů, je nezbytný pro správnou syntézu DNA, buněčné dělení a růst, pro syntézu proteinů a správnou funkci řady hormonů, pro fungující imunitní systém.

Klinicky manifestující se nedostatek zinku je v naší zemi spíše sekundární, nejčastěji v důsledku některých chronických onemocnění nebo geneticky vázaných poruch metabolismu zinku. V současné době se upírá pozornost více na nediodagnostikovaný latentní nedostatek zinku. Celosvětově probíhající studie se zaměřují na vliv nedostatku zinku na

vývoj některých tzv.civilizačních onemocnění, ale i některých nádorových onemocnění. Studie zaměřené na vztah zinku a imunitního systému u dětí v rozvojových zemích vedly k rozhodnutí WHO o doporučení suplementace zinkem v některých zemích již u dětí v kojeneckém věku.

Vzhledem k vyšší potřebě zinku u dětí pro správný vývoj a růst organismu je nutné zaměřit se na dostatečný příjem zinku ve stravě, který může být ovlivněn i některými alternativními způsoby výživy nebo neadekvátním jídelníčkem.

Zkušenosti z monitoringu jodového zásobení novorozenecké populace ČR MUDr. L. Ryšavá, Ph.D. OHES Frýdek-Místek

Autorka abstrakta zatím nedodala

B) POTRAVINY V DĚTSKÉ VÝŽIVĚ

Uvádění potravin pro děti do obchodní sítě Ing. J. Pivoňka Ph. D., VŠCHT Praha

Autor abstrakta zatím nedodal

Chemická bezpečnost dětské výživy – možná rizika Prof. Ing. J. Hajšlová, Ph.D, VŠCHT Praha

Přednáška se nekonala

Specifika výživy sportujících dětí Mgr. V. Chadim, Nutricoach, Brno

V současnosti sportují děti a mládež méně než v dobách minulých. Vedle toho také výrazně ubylo přirozeného pohybu v podobě chůze, her v přírodě i manuální práce. Spolu s výživou tak nedostatek pohybu přispívá k rozvoji celé řady metabolických onemocnění, se kterými se setkáváme již u dětí školního věku. Na druhé straně stojí výkonnostně orientovaní mladí sportovci, u kterých velmi často dochází k fyzickému i psychickému přetěžování. U těchto dětí sehrává výživa velmi důležitou úlohu při přípravě na fyzický výkon, v jeho průběhu, při regeneraci a pro zajištění optimálních podmínek pro růst a vývoj organismu.

Předkládaná prezentace shrnuje nutriční požadavky v populaci sportujících dětí – potřeby příjmu energie, makro a mikronutrientů. Vyzdvihnuty jsou hlavní rozdíly mezi výživou pravidelně sportujících dětí a dětí nespportujících. Zmíněny jsou zásady optimálního stravovacího a pitného režimu spojeného s tréninky a závody – načasování, kvalita a kvantita pokrmu před a po výkonu. Samostatné kapitoly jsou věnovány také doplňkům stravy a vlivu chronických onemocnění na výživu sportujících dětí a mládeže.

Závěrem jsou zdůrazněny přínosy přiměřené fyzické aktivity a vhodné výživy v dětském věku, které pozitivně ovlivňují další výkonnostní růst a celkový zdravotní stav sportovce v dalších letech života.

Výživa dětí v mateřských školách Jihočeského kraje z pohledu České školní inspekce
Bc. Svatošová Ladislava, ČŠI Jihočeský kraj

Autorka abstrakta zatím nedodala

Zavádění nových potravin do stravy, styly a postupy při krmení dětí
MUDr. E. Kudlová, CSc.

Autorka abstrakt nedodala

Nevhodné stravovací návyky u šestileté dívky
PhDr. M. Nesrstová, FN Motol

Autorka abstrakt nedodala

Co si vlastně děti ve stravě vybírají a proč
Ing. H. Střítecká, Ph. D, MUDr. Mgr. H. Zmrzlá, Fakulta vojenského zdravotnictví Hradec Králové

Dětská strava by měla být pestrá se zastoupením všech základních typů potravin jako je maso (i ryby), obiloviny, luštěniny, mléčné výrobky a samozřejmě dostatek ovoce a zeleniny.

Bohužel realita je poněkud jiná. Děti kopírují nezdravý způsob stravování svých rodičů – vynechávají snídani, svačiny řeší sušenkami, pitný režim zabezpečují sladkými nápoji a již ve velmi útlém věku dodržují různé diety a to nejen dívky.

Nicméně i zde došlo k určitému posunu. Zavedením různých „ozdravných“ programů do škol a tedy zvýšením zdravější nabídky v daných školách děti konzumovaly o 6,4 % více mléčných výrobků, 2, 4 % více zeleniny a 7,6 % ovoce na rozdíl od škol, kde tyto programy nejsou.

Děti obecně mají nejraději pizzu, těstoviny a hranolky, z ovoce převládají jablka, banány a mandarinky a v zelenině okurka nebo paprika – jiné druhy uvádí velice málo. Z osobních rozhovorů vyplynulo, že to jsou druhy, které jsou doma nejčastěji nakupovány. V rodinách se příliš nevaří a tedy zelí, mrkev, špenát nebo kapusta nejsou jako zelenina uváděny, a protože je děti neznají, odmítají je konzumovat i ve školních jídelnách. Podobné to je i v případě, kdy školní jídelna k obědu nabízí možnost kompotů nebo salátů jako dodatečnou přílohu k hlavnímu jídlu – zde tuto možnost téměř 50% dětí nevyužívá a to právě proto, že na to nejsou zvyklé z domova.

Jak je zřejmé ze zavedení různých programů ke zlepšení stravovacích návyků dětí do škol, je to jedna z cest jak dětem vylepšit jídelníček. Na druhou stranu si bychom si ne jako odborníci-ale jako rodiče měli uvědomit, že školní stravování představuje pouze 30% (při připočtení svačin 40-50%) denních dávek, a nepřeneset zodpovědnost za složení jídelníčku našich dětí pouze na školní zařízení.

C) OBEZITA – FÓRUM PREVENCE DĚTSKÉ NADVÁHY A OBEZITY

Úvod do problematiky

MUDr. P. Tláskal, CSc., Společnost pro výživu

Dne 25.5.2011 byl na „Konferenci ke školnímu stravování“ v Pardubicích, z iniciativy Společnosti pro výživu, Odborné společnosti praktických dětských lékařů a Výboru pro dětskou obezitu Obezitologické společnosti, vyhlášen Den boje proti dětské obezitě. Obezita v dětském věku snadno přechází do obezity dospělých a sama způsobuje nebo se podílí na řadě onemocnění, která zhoršují kvalitu nebo i zkracují délku lidského života. Důležitá je proto její prevence. Rozhodující úlohu má výchova dítěte doma a ve škole. Školní prostředí není často zcela koncepční, jak v systému výchovy ke zdraví, tak nevhodnou nabídkou potravin a tekutin či nedostatečnou podporou přirozené fyzické aktivity školní mládeže. Řada organizací a institucí si tuto skutečnost uvědomuje a vytváří programy nebo navrhuje opatření, která by děti nejen informovala, ale přímo i motivovala ke zdravému životnímu stylu. Seminář na MŠMT v roce 2012 dal podnět ke vzniku Fóra prevence dětské nadváhy a obezity. Cílem Fóra je sdružovat všechny odborně fundované a smysluplné programy, které tuto problematiku zahrnují a sdružují. Ve svém komplexu pak tyto programy přenášet do školního prostředí napříč naší republikou.

Edukace ke zdravému životnímu stylu včetně výživy a pohybu – aktuální stav na českých školách

PhDr. L. Mužíková, Ph.D., Mgr. V Březková, MVDr. H. Matějová Masarykova univerzita, Brno

Pohybová a výživová gramotnost, kterou děti získávají během základního vzdělávání, může být významným předpokladem pro správné pohybové a výživové chování člověka během jeho celého života. I když má pohybové a výživové vzdělávání oporu v učebních dokumentech (RVP ZV), musíme konstatovat, že na našich školách je úroveň výživového vzdělávání nedostatečná a úroveň pohybového a výživového režimu neodpovídá potřebám žáků.

Rozsah povinné výuky o výživě tvoří v součtu jen asi 20 vyučovacích hodin za celé období povinné školní docházky. Učební dokumenty jsou velmi obecné a obsahují pouze rámcově vymezené učivo. Na 1. stupni ZŠ jsou to: správná výživa, výběr a způsoby uchování potravin, vhodná skladba stravy, pitný režim. Na 2. stupni ZŠ: zásady zdravého stravování, pitný režim, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví, poruchy příjmu potravy. Toto učivo má být rozpracováno ve školních vzdělávacích programech (ŠVP), ale i zde zůstává obvykle na velmi obecné úrovni. Ke správnému vymezení učiva nepomáhají ani aktuálně platné

učebnice nebo metodický portál, v němž najdeme řadu pojmových i obsahových nesrovnalostí. Obsahová analýza učebnicových řad ukazuje na velmi rozdílné pojetí učiva o výživě, nesourodost, neúplnost a pojmovou nejednoznačnost, a to i uvnitř jedné učebnicové řady. Typickým příkladem těchto nesrovnalostí je velmi odlišné pojetí potravinové pyramidy.

Důležitým aspektem je samotný výživový režim žáků. Přestože škola musí zajistit vhodný stravovací a pitný režim podle věkových a individuálních potřeb žáků, tento požadavek je obvykle chápán pouze v souvislosti se zajištěním školních obědů.

Otázky pohybu jsou na školách často vnímány pouze v souvislosti s výukou tělesné výchovy, která sama o sobě nemůže zabezpečit každodenní pohybové potřeby žáků. Školní pohybový režim je mnohdy zcela nevhodný a délka pohybu během pobytu ve škole dosahuje u jednotlivců obvykle jen několika minut. Nedostatečně jsou využívány doplňující formy tělesné výchovy, jako jsou pohybové přestávky nebo tělovýchovné chvílky během výuky.

Jednou z možností, jak zlepšit výživové vzdělávání i výživový a pohybový režim žáků během pobytu ve škole, je Pokusné ověřování účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ (Pohyb a výživa), které vyhlásilo MŠMT dne 26. 3. 2013 (č. j. MSMT-5488/2013-210). Součástí příspěvku jsou základní informace o obsahu tohoto pokusného ověřování (autorky příspěvku jsou spoluřešitelkami pokusného ověřování). Předpokládáme, že kladné výsledky ověřování programu Pohyb a výživa budou uplatněny plošně na všech základních školách v České republice.

Aktivita Asociace sportovních školních klubů

Mgr. Hostinský, AŠSK ČR

Autor abstrakt nedodal

Aktivita přípravného výboru Fóra prevence dětské nadváhy a obezity

RNDr. H. Zamrazilová, Ph.D. Endokrinologický ústav, Praha

Negativní změny životního stylu spojené s nevhodným jídelním chováním doprovázeným nedostatečnou pohybovou aktivitou vedou k celosvětovému nárůstu počtu jedinců s nadměrnou tělesnou hmotností. V roce 2001 dosáhla v České republice prevalence nadváhy a obezity ve věkové skupině 5–17letých 13 %.

V reakci na tuto nepříznivou situaci vyhlásila Společnost pro výživu dne 22.5.2011 Den boje proti dětské obezitě a následně v roce 2012 iniciovala vznik Fóra prevence dětské nadváhy a obezity (FPDNO) jako své odborné sekce.

Snahou FPDNO je být otevřenou platformou pro iniciativy a jedince, kteří respektují odborná doporučení v oblasti prevence dětské nadváhy a obezity, tedy v oblastech výživy, pohybové aktivity a edukace, a mají zájem se aktivně zapojovat do řešení této problematiky. Cílem

FPDNO je odborná zástita, koordinace a vzájemné propojování již existujících nebo nově vytvářených iniciativ zaměřených na prevenci dětské nadváhy a obezity v prostředí předškolních a školských zařízeních České republiky. Dále pak definování kritérií pro certifikaci předškolních a školských zařízení zaměřených na zdravý životní styl a prevenci dětské nadváhy a obezity a podpora vzniku těchto zařízení ve všech krajích ČR.

Ve své počáteční činnosti se FPDNO zaměřuje zejména na vytváření webových stránek, které by byly zdrojem kvalitních a aktuálních informací pro všechny zájemce o danou problematiku, spolupráci s iniciativami aktivními v dané oblasti a získávání finanční podpory pro svou další činnost.

Byli bychom rádi, kdyby se i s pomocí činnosti FPDNO podařilo přispět k podnícení zájmu odborné veřejnosti o problematiku dětské nadváhy a obezity a laické veřejnosti o své zdraví.

Fórum, celospolečenská výzva

Prim MUDr. J. Boženský, Dětské odd. Nemocnice Vítkovice

Autor abstrakt nedodal

D) OBEZITA

Změny prevalence obezity sedmiletých dětí v letech 2008-2011

Doc. MUDr. M. Kunešová, CSc., MUDr. B. Procházka, Endokrinologický ústav, ODS Kutná Hora

Autorka abstrakt nedodala

Vliv vybraných polymorfismů kandidátních genů obezity na celkový energetický příjem a příjem jednotlivých nutrientů u českých adolescentů

MUDr. I. Aldhood Heinerová,^{1,2}, RNDr.H. Zamrazilová¹,Dr. L. Dušátková^{1,3},Dr. B. Sedláčková^{1,4}, Dr.P. Hlavatý¹,Doc.Dr. M. Kunešová¹, Dr.R. Hampl¹,Doc.Dr. V. Hainer¹.

¹Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Praha, ²Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha, ³Katedra genetiky a mikrobiologie, PřF UK v Praze,

⁴Katedra biochemie, PřF UK v Praze

Úvod: Příjem potravy, co do jeho množství a složení, je částečně determinován genetickými faktory.

Cíl: Zjistit vztah mezi variantami vybraných genů a příjmem celkové energie a jednotlivých nutrientů jak u českých normostenických (NW) adolescentů, tak u adolescentů s nadváhou/obezitou (OW/OB).

Metodika: 477 dívek (248 NW, 229 OW/OB); 378 chlapců (214 NW, 164 OW/OB) ve věku 15,0-18,0 let. 3denní jídelníček vyhodnocen programem NutriMaster. Genotypizace šest variant genů pro melanokortinový receptor 4. typu (MC4R), fat mass and obesity associated (FTO) a brain-derived neurotrophic factor (BDNF). Analýza dat neparametrickým Mann-Whitney a Kruskal-Wallis testem (ANOVA).

Výsledky: Signifikantní rozdíly (fenotyp/genotyp) v analýzách provedených bez ohledu na index tělesné hmotnosti (BMI):

- 1) *MC4R* rs17782313 (C/T) u dívek s příjmem lipidů a vápníku,
- 2) *FTO* rs9939609 (A/T) a rs1421085 (C/T) u chlapců s příjmem bílkovin,
- 3) *BDNF* rs925946 (G/T) u dívek s celkovým energetickým příjmem a sacharidy; u chlapců s příjmem proteinů, a s ohledem na BMI:
 - 1) *MC4R* rs17782313 (C/T) u NW dívek s procentuálním zastoupením tuků,
 - 2) *FTO* rs1421085 (C/T) a rs9939609 (A/T) u OW/OB chlapců s příjmem bílkovin a vlákniny; u rs9939609 (A/T) s příjmem sacharidů a procentuálním zastoupením tuků,
 - 3) *BDNF* rs925946 (G/T) u OW/OB chlapců s příjmem vápníku,
 - 4) *BDNF* rs4923461 (A/G) u NW dívek s příjmem sacharidů, bílkovin a tuků.

Závěry: V našem souboru dívek výsledky naznačují souvislost *BDNF* rs925946 s celkovým energetickým příjmem a *MC4R* rs17782313 s příjmem tuků. U chlapců obě sledované varianty *FTO* vykazují souvislost s příjmem bílkovin.

Podpořeno granty Institutu Danone, IGA MZ ČR NT/13792-4, NT/12342-5/2011, 7F08077 z MSM/7F a grantem z Norska prostřednictvím Norského finančního mechanismu CZ0123.

Zkušenosti s léčbou dětské obezity ve Státních léčebných lázních Bludov, s. p.
MUDr. Eva Coufalová, vedoucí lékař dětského oddělení lázní

Autorka abstrakt nedodala

"Když se hubnout nedaří" - pohled psychologa na změnu životního stylu
PhDr. M. Boučková

Více než dvacet let provozují soukromou psychologickou a psychoterapeutickou praxi a proto příspěvek na této konferenci zaměřím na mé postřehy získané při intenzivní práci s těmi, kteří se rozhodli vyhledat pomoc psychologa při změně svých stravovacích návyků. Pracuji s dospělými klienty, ale během naší společné terapeutické práce je mnohdy nutné vrátit se o několik let v jejich životě zpět. V určité chvíli se tedy ocitáme i v jejich dětském světě a na povrch vyplouvají nejen zaběhnuté zvyky a návyky, ale i emoce s nimi spojené. Tenhle návrat „ke kořenům“ - pohled do primární rodiny pomáhal odkrývat ne nepodstatnou část tajemství neúspěchu v pokusech zavést v dospělosti do života nový řád zdravého životního stylu.

I při práci s klienty, kteří chtějí „jen“ změnit svůj jídelníček a poupravit své jídelní a pohybové návyky, se mi zřetelně ukázalo, že jídlo není jen jídlo, ale hraje daleko důležitější roli v životě každého z nás, než se na první pohled zdá.

Základní paradigma, od kterého se vždy odvíjí moje práce s klientem, je velmi prosté: jídlo je pro náš život naprosto nezbytné a bez jídla se nedá žít. Divit se tedy tomu, proč má jídlo v našem životě zaujímat tak důležitou roli, je naivní, stejně jako polemizovat o tom, proč by se náš život měl okolo jídla točit. Pokud chceme žít, pak je třeba přijmout fakt, že se život okolo jídla skutečně točí! Trvá i boj o jídlo, i když už ne v takové podobě, jak si ho pamatujeme z hodin dějepisu. Bojujeme sami se sebou a se světem okolo nás nejen o zdravé jídlo ve správném množství pro naše tělo, ale taky o čas, který mu věnujeme. Dát jídlu v dnešním světě místo, které mu náleží, je pro mnoho lidí velmi těžké. Jídlo je buď podceňované nebo přeceňované. Podceňování důležitosti kvality jídla a stravovacích návyků je obsažené ve větě, kterou už mnohokrát slyšel každý, kdo pracuje s lidmi, kteří by rádi změnili svou váhu a přesto říkají: „To bych celý den nedělal nic jiného než se staral o jídlo, na to nemám čas.“ Takto pojmenovaný problém dává velký prostor k využití kognitivně-behaviorální přístupu v nastavení nových návyků zajišťujících možnost vytvořit pro změnu životního stylu prostor. Moji klienti se po pochopení nutnosti změny stravovacích i pohybových návyků nejvíce prali s asertivními komunikačními dovednostmi. Právě ráznější vyjádření jejich nových potřeb, které se dotýkalo lidí z jejich blízkého okolí, stálo za úspěšnou a dlouhodobou změnou jejich životního stylu. Práce s těmi, kteří jídlo naopak přeceňovali, resp. dávali mu i jiné významy než mu náleží, byla právě díky tomuto „maskování“ terapeuticky náročnější. Postupně se odkrývala nejen rodinná tajemství, ale i traumata. Často objem jídla vyjadřuje i objem lidských citů a pocitů, nahrazuje něco, čeho se člověku nedostává, a tím i koresponduje s kvalitou mezilidských vztahů. Jídlo se stává prostředkem komunikace nejen směrem k sobě, ale i k druhým, je obranou, odměnou i trestem nebo vyjádřením lásky i nenávisti.

Změna jídelních, stravovacích i pohybových návyků je náročným bojem proti stereotypu. Náročnost tohoto boje je dána tím, že člověk je tvor stereotypní. Právě stereotyp mu totiž dává tolik pro něho nezbytný pocit jistoty a bezpečí. Postavit se zaběhnutému životnímu stereotypu nelze bez jasného pojmenování toho, co tento nežádoucí stereotyp udržuje. V tom spočívá to tolik proklamované „hubnutí přes hlavu“, které i když se to na první pohled nezdá, nás snad vždy vrátí zpátky do dětství k rodinnému stolu.

Výskyt metabolického syndromu a abdominální obezity u adolescentů ve věku 13,0-17,9 let (poster)

RNDr. Hana Zamrazilová¹, MUDr. Irena Aldhoon Hainerová^{1,2}, Dr.Lenka Dušátková^{1,3}, Dr.Barbora Sedláčková^{1,4}, Dr.Petr Hlavatý¹, Doc.Dr.Marie Kunešová¹, Doc.Dr.Vojtěch Hainer¹, ¹ Endokrinologický ústav, Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity,Praha;

² Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze; ³ Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta.

Úvod: Výskyt nadváhy a obezity se celosvětově zvyšuje u dětí i dospělých. Vlivem nadměrné hmotnosti dochází k manifestaci metabolického syndromu často již v dětství a v

dospívání. Prezentovaná studie si kladla za cíl zjistit prevalenci nadváhy/obezity u reprezentativního vzorku adolescentů a dále stanovit výskyt metabolického syndromu jak u jedinců reprezentativního vzorku, tak u u jedinců s nadváhou/obezitou (OW/OB). Metodika: Do studie byly zařazeny dvě kohorty jedinců z projektu COPAT (Childhood Obesity Prevalence And Treatment) ve věku 13,0–17,9 let: 1.533 jedinců reprezentativního vzorku (786 dívek/747 chlapců) – náhodně vybraných u praktických lékařů pro děti a dorost z celé ČR; 562 OW/OB jedinců (344 dívek/218 chlapců), kteří podstoupili čtyřtýdenní redukční léčbu v lázeňských nebo ambulantních zdravotnických zařízeních. Sledovány byly parametry antropometrické (tělesná výška a hmotnost, tělesné obvody), biochemické (glykémie, lipidový profil) a klinické (krevní tlak). Metabolický syndrom byl definován dle Mezinárodní diabetologické federace podle kritérií platných pro děckou populaci.

Výsledky: Nadměrnou hmotnost vykazovalo 24 % dívek a 29,7 % chlapců reprezentativního vzorku. Prevalence metabolického syndromu byla 3,7% u reprezentativního vzorku, 16,9% u jedinců OW/OB – v obou souborech výrazně vyšší u chlapců. Abdominální obezita byla zaznamenána u 10,8 % adolescentů reprezentativního vzorku.

Závěr: Výskyt nadváhy a obezity (rovněž abdominálního typu) u reprezentativního vzorku adolescentů je velmi vysoký. Stejně tak alarmující je i prevalence metabolického syndromu zejména u OW/OB chlapců.

Podpořeno granty: NT/13792-4/2012, 7F08077 z MSM/7F, grantem z Norska prostřednictvím Norského finančního mechanismu.

E) PODVÝŽIVA DĚTÍ

Výskyt nízké hmotnosti u dětí do 18 let, kriteria hodnocení

Ing. Jana Vignerová, CSc., Mgr. Markéta Paulová, PhD., Státní zdravotní ústav Praha

Úvod: K hodnocení vztahu hmotnosti k tělesné výšce jsou u dětí od narození do 2 až 5 let používány grafy prostého vztahu hmotnosti k tělesné délce/výšce (HM/TV) nebo grafy hmotnosti k věku (HM/věk), u starších dětí do 18 let potom grafy BMI. Grafy jsou v ČR konstruovány na základě 5. celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže 1991 (CAV 1991). Děti, jejichž hodnoty BMI (nebo HM/TV, resp. HM/věk) jsou mezi 10. a 3. percentilem, označujeme jako děti s nízkou hmotností, děti pod 3. percentilem jako hubené. Zákonitě tak očekáváme při každém epidemiologickém hodnocení podíl dětí s nízkou hmotností 7 % a hubených dětí 3 %. Pokud používáme jiné referenční grafy, např. grafy Světové zdravotnické organizace (WHO 2007), docházíme ke zcela jiným výsledkům. Hranice nízké hmotnosti je -2 SD (odpovídá 2.28 percentilu) a hranice hubenosti je -3 SD (odpovídá 0.13 percentilu). Podle referenčních hodnot International Obesity Task Force (IOTF) je hubenost 1. stupně určena 10. percentilem, 2. stupně 3. percentilem a 3. stupně 1. percentilem.

Základní sdělení: Zatím poslední, šestý v řadě pravidelně opakovaných CAV, byl výzkum uskutečněný v roce 2001. V České republice tak chybí aktuální komplexní epidemiologická

data zaměřená na zjištění prevalence nadměrné i nízké hmotnosti u dětí od nejnižších věkových skupin do 18 let.

V roce 2001 došlo oproti roku 1991 ke zvýšenému výskytu dětí s nízkou hmotností a hubených pouze v kategorii 15-17ti letých chlapců a 16-17ti letých dívek. Naopak ve věkových kategoriích od 9 let u chlapců a 6 let u dívek až do 11 let bylo dětí s nízkou hmotností méně oproti roku 1991. Při použití růstových referencí WHO 2007 docházíme ke zcela jiným výsledkům. U chlapců i dívek v roce 2001 hubenost téměř neexistovala a jedinců s nízkou hmotností bylo zcela mírně nad očekávanou hranicí 2,28 % jen v některých věkových kategoriích.

Závěr: Bez aktuálních epidemiologických dat nelze hodnotit současný výživový stav populace. Podle dostupných dat z roku 2001 nebyla v ČR nízká hmotnost a hubenost takovým problémem jako nadváha a obezita. V běžné pediatrické praxi, ale zejména při klinických vyšetřeních, jsou při diagnóze nízké hmotnosti nutná další antropometrická vyšetření (obvod paže, bohů, břicha, kožní řasy). Růstové grafy všech rozměrů ke stažení na <http://www.szu.cz/publikace/data/seznam-rustovych-grafu-ke-stazeni>.

Komplikace malnutrice u dětských pacientů s epidermolysis bullosa congenita

Ing. Bc. Gabriela Janíčková, o.s. Debra, Kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno

Dědičné dermatologické onemocnění *Epidermolysis bullosa congenita* (EB) je charakteristické tvorbou puchýřů, které se nevyskytují pouze na kůži pacienta. U závažnějších forem jsou postiženy také vnitřní orgány, nejčastěji sliznice dutiny ústní a celého gastrointestinálního traktu. Míra postižení gastrointestinálního traktu se během života mění a je velmi individuální.

Nejčastějším nutričním problémem je nedostatečný příjem nutriční, což je dáno kombinací faktorů, které na pacienta působí, ať už se jedná o vnitřní příčiny (stupeň ústních, orofaryngeálních, jícnových a gastrointestinálních komplikací, chronická zácpa a bolestivá defekace) nebo zevní příčiny (dráždivá strava). Celkový příjem stravy je nutno upravit tak, aby pokrýval zvýšené nároky na regeneraci postižené kůže, hypermetabolismus a zároveň splňoval podmínky snadné a bezproblémové stravitelnosti.

Strava, která doplňuje všechny esenciální živiny je jedním z mnoha léčebných prostředků pacientů s EB. Je nezbytná pro udržení dobrého zdravotního stavu a umožňuje růst a vývoj dítěte.

Stav, kdy pacient není schopen v dostatečném množství konzumovat vyváženou stravu je potřeba okamžitě řešit a předcházet zhoršování zdravotního stavu, především podvýživu a s tím spojeného vzniku či prohlubování zdravotních komplikací. Pokud není možno zajistit správnou výživu přirozenou formou, je suplementována moderními preparáty výživy.

Z nutričních intervencí je nejčastěji indikována doplňková enterální výživa formou sippingu, při závažných jícnových stenózách pak úplná enterální výživa popíjením. V indikovaných případech lze provést výživnou gastrostomii či jejunostomii.

Nutriční screening ve FN Motol

MUDr. P. Tláškal, CSc. Oddělení léčebné výživy, FN Motol

Závažnější onemocnění často snižuje příjem potravy nebo zvyšuje nároky organismu na jednotlivé nutriční faktory, což zvyšuje pravděpodobnost malnutrice- poruchy stavu výživy. Zhoršuje se tak hmotnost a u dítěte se zastavuje i jeho růst. Hovoříme o akutní či chronické malnutrici. K hodnocení závažnosti malnutrice u dětí užíváme antropometrické metody, hodnotíme především výško-hmotnostní proporcionalitu a střední obvod nedominantní paže. Vyšetření doplňujeme laboratorním vyšetřením, kdy často potvrzujeme závažnou proteino-energetickou malnutrici. Malnutrici je nutné odhalit již z počátku hospitalizace a je nutné zabránit jejímu rozvoji v průběhu léčby primárního onemocnění. Již při přijetí do nemocnice je nutné zhodnotit závažnost stupně tzv nutričního rizika, které tvoří další ohrožení zdravotního stavu pacienta. Malnutrice zvyšuje morbiditu i mortalitu nemocných a proto je nutné se jí včas věnovat a léčit souběžně se základním onemocněním

Při hodnocení 889 hospitalizovaných dětí z různých klinických pracovišť ve FN Motol jsme v 17-20% zjišťovali nižší hmotnost dětí a u 7-9% dalších případů jsme zjišťovali již těžkou hypotrofií. Potvrdilo se tak, že 25-30% hospitalizovaných dětí má problémy s nedostatkem výživy. Nadváhu a obezitu jsme zjišťovali ve 20% případů. U pacientů s malnutricí byla statisticky významně delší hospitalizace, bylo nutné častěji použít infuzní léčbu, byla významně vyšší úmrtnost. Na základě závažnosti onemocnění (malá, střední, velká),stavu výživy pacienta (nižší hmotnost, hypotrofie nebo naopak obezita, hypoproteinemie) a příjmu potravy jsme stanovili pětibodové kritérium ke stanovení závažnosti nutričního rizika. Děti s malým nutričním rizikem při začátku hospitalizace (0-1bod) nevyžadují větší nutriční sledování, pokud se jejich stav významně nezhorší. Všechny děti se středním rizikem (2-3 body) musí být vyšetřeny nutričním terapeutem a dle jeho doporučení případně dále sledovány. Děti s vysokým nutričním rizikem (4-5 bodů) musí být vždy vyšetřeny nutričním terapeutem, případně lékařem s erudiicí klinické výživy. Ukázalo se tak, že nutričně nejpostiženější děti jsou hospitalizovány v následném pořadí - jednotka ARO, Dětská hematologická a onkologická klinika, Neurochirurgická klinika, Neurologická klinika a na dalších pracovištích. Uvedená zjištění mají význam i pro určení potřeb počtu nutričně edukovaných pracovníků pro jednotlivá pracoviště v rámci nemocničního zařízení.

Závěr : Nutriční protokol s určením skóre nutričního rizika musí být součástí dokumentace každého hospitalizovaného dětského pacienta. Opomíjení malnutrice snižuje úroveň zdravotní péče a ohrožuje pacienta.

Nutriaction 2012: screening pacientů zaměřený na vyhledávání hospitalizovaných dětí v riziku malnutrice.

MUDr.A. Šuláková¹, MUDr.D. Barnetová, doc.MUDr.J.Bronský, MUDr.P. Frühauf, MUDr.F.Jimramovský, MUDr.E. Karásková, MUDr.R. Kotalová, MUDr.P. Lokaj, prof.MUDr.J.Nevoral, doc.MUDr O. Pozler[†], doc.MUDr J.Sýkora, MUDr. E.Šipková

Úvod: V roce 2012 se dětské lékaři v České republice připojili k celosvětové iniciativě NutriAction společnosti Nutricia, která je zaměřena na vyhledávání pacientů v riziku malnutrice. První část této aktivity byla zaměřena na zjištění rizika malnutrice u hospitalizovaných dětí.

Hlavní cíl: Zjistit počet pacientů v nutričním riziku. Vedlejší cíle: určit tíži nutričního deficitu, identifikovat rizikové skupiny a navrhnout řešení nutričního stavu za hospitalizace i v domácí péči.

Soubor a metodika: U dětí ve věku 1-19 let, které byly přijaty k hospitalizaci na dětská oddělení, byl proveden jednorázový nutriční screening pomocí jednotného formuláře. Tento formulář vychází z doporučení ESPGHAN. Data byla získána při přijetí k hospitalizaci, nejpozději do 48 hodin po přijetí.

Výsledky a závěry: Nutriční screening byl proveden na 35 dětských odděleních vždy dva týdny v době od 16. 4. do 15. 6. 2012. Celkem byla získána data od 2988 dětí. V riziku malnutrice bylo 30 % (28 % střední riziko a 2 % vysoké riziko malnutrice) dětí. Vyšší riziko bylo spojeno s častějším pobytem na JIP. Nejčastější nutriční intervencí bylo podání definované enterální výživy formou sippingu, event. podání enterální výživy sondou. Ve fakultních nemocnicích méně často participoval při řešení výživy nutriční terapeut nebo nutriční specialista. Téměř u 61 % dětí v nutričním riziku a u 16 % dětí zařazených do vysokého rizika malnutrice nebyla provedena žádná nutriční intervence. Zavedení nutričního screeningu představuje hlavní krok v diagnostice malnutrice. Zjištění poruchy nutričního stavu je důvodem k nutriční intervenci a dalšímu sledování výživového stavu i po jejich propuštění do domácí péče.

Nejzávažnější tělesné komplikace u mentální anorexie a bulimie u dětí, nejčastější chyby a omyly v hodnocení

MUDr. M. Navrátilová Ph.D. Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Autorka abstrakt nedodala

Konečně si mě všimli !!! Malabsorpční syndrom na podkladě sekundární poruchy pasáže GIT

MUDr. L. Kosňovská, MUDr. V Richter¹, MUDr. A. Šuláková, FN Ostrava, ¹Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

Uvádíme příběh 9-leté pacientky narozené ve 30.g.t. PH 1120 g /PD 39 cm, u které došlo k rozvoji ileózního stavu na podkladě segmentární atrezie jejunu 12.den věku. Dítě bylo indikováno k operaci se založením jejunu-jejunu anastomózy end to end. Pooperační průběh byl komplikován ileózními stavy na podkladě striktury v místě anastomózy. V 1. roce věku dívka hůře prospívala, objevily se známky floridní rachitidy a pro suspekci na ABKM byla živena extenzivní hydrolyzovanou formulí. Klinický stav se postupně upravil. V 5 letech již byla dívka zcela bez dietních opatření a rodiče již nepokládali za nutné, aby dívka

gastroenterologickou ambulanci dále navštěvovala, v tuto dobu vážila 13 kg a měřila 97 cm (percentily váhy výšky) H/V 8.7 %).

V únoru 2012 byla dívka akutně přijata pro těžký tetanický paroxysmus na podkladě hypokalcémie se známkami sekundární hyperparathyreózy. Současně byly zjištěny klinické i laboratorní známky závažného malabsorpčního syndromu, nápadně vzedmuté břicho a porušený vzorec chůze. (TH 18 kg, V 110 cm). Pacientka nezvracela a netrpěla průjmovými stolicemi. Laboratorním vyšetřením byla vyloučena celiakie, cystická fibroza, byla zjištěn hepatopatie. Při ultrazvukovém vyšetření břicha byla překvapivým nálezem dilatace duodena a proximálního jejunum a při RTG vyšetření s kontrastní látkou byl nalezen obraz obstrukčního ileu. Duodenum tvořilo vak, který při vertikalizaci dívky zasahoval až do malé pánve. Stav byl konzultován s chirurgem a nutriistou. Pacientka byla indikována k chirurgickému řešení po předchozí realimentaci cestou plnohodnotné parenterální výživou PV. Čtyři týdny po zahájení PV byla pacientka schopna operačního výkonu. Peroperačně bylo nalezeno megaduodenum na podkladě srůstů, byla provedena adheziolýza, resekce anastomózy a založena duodenojejunální side to end anastomóza. Pooperační průběh byl komplikován opakovaným ileózním stavem s nutností revize dutiny břišní, byla provedena adheziolýza, resekce vazivově změněné anastomózy a byla založena reanastomóza duodenojejunalis end to end. Další průběh byl již bez komplikací, rány se hojily per primam. Realimentace proběhla bez komplikací a klinický stav se během následujících měsíců postupně normalizoval.

Závěr: Při pátrání po příčině MAS je nutné vyloučit také na chirurgickou příčinu potíží, zejména u dětí s anamnestickým údajem předchozího chirurgického výkonu na trávicím traktu. Dlouhodobě nepříznivý stav pacientky před operací poukazuje na důležitost a nezastupitelnost dispenzární péče úrovní dětských lékařů pro péči a dorost a jejich spolupráci s odbornými ambulancemi.