FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

AREÁL BOHUNICE ▪ DĚTSKÁ NEMOCNICE ▪ PORODNICE NA OBILNÍM TRHU

NEMOCNIČNÍ LISTY

ČÍSLO 3 / ZÁŘÍ 2018 / ROČNÍK XIX

3

PORODNICE NA OBILNÍM TRHU SI PŘIPOMÍNÁ 130 LET OD ZALOŽENÍ 12 - 15

ROZPIS ZÁPASŮ FC ZBROJOVKY BRNO PODZIM 2018

1. kolo	FC Vysočina Jihlava	22.7.2018	18:00
3. kolo	MFK Chrudim	5.8.2018	20:00
5. kolo	SK Dynamo Č. Budějovice	19.8.2018	18:00
8. kolo	FC MAS Táborsko	16.9.2018	18:00
10. kolo	FK Varnsdorf	30.9.2018	18:00
12. kolo	FK Baník Sokolov	21.10.2018	18:00
14. kolo	MFK Vítkovice	4.11.2018	18:00
16. kolo	FC Sellier - Bellot Vlašim	25.11.2018	18:00

ZÁPASY SE HRAJÍ NA:
MĚSTSKÉM FOTBALOVÉM STADIONU SRBSKÁ

FC ZBROJOVKA BRNO

*změna času vyhrazena

Editorial

Když se v roce 1885 tehdejší radní Zemského sněmu rozhodli, že vybudují v Brně novou porodnici, měli proto závažné důvody. Už tenkrát se totiž Brno stalo centrem porodnictví a gynekologie. Na dnešní poměry byli tehdejší zástupci města velmi akční, protože ještě v ten stejný rok zakoupili pozemek mezi ulicemi Grohova a Údolní. Za necelé dva roky, tedy někdy na začátku r. 1887, už drželi v rukou dokumenty popisující tvar, půdorys a vnitřní dispozice budoucí porodnice na Obilním trhu 11, tedy v dnešním jazyku tzv. projektovou dokumentaci. No a světe div se! V listopadu 1888 se odehrálo slavnostní otevření prý jedné z nejmodernějších porodnic v rakousko-uherské monarchii vůbec. Byla to velká sláva. Od té doby se zde narodily desítky tisíc lidí, porodnicí prošly stovky lékařů, porodních asistentek a zdravotních sester… Ale zejména medicína se posunula do zcela jiné dimenze, než tomu bylo za dr. Huberta Riedingera, který stál jako porodník u vzniku porodnice na Obilním trhu. Letošní 130. výročí, které si společně připomeneme v listopadu 2018, je ve znamení příslibu výstavby nové moderní porodnice přímo v areálu Bohunic ve FN Brno. Pevně doufáme, že v letošním roce obdržíme od státních orgánů finanční prostředky tak, aby vedení FN Brno mohlo zahájit realizaci nové supermoderní porodnice.

Mgr. Pavel Žára, M.A.
vedoucí Centra komunikace FN Brno

FN Brno je také na Facebooku:
www.facebook.com/FNBrno

FN Brno sledujte i na YouTube:
www.youtube.com

FN Brno na Twitteru:
www.twitter.com/FNBrno

Časopis je registrován na Ministerstvu kultury ČR pod číslem MK ČR E 12096 a v Českém národním středisku ISSN pod mezinárodním standardním číslem seriálových publikací ISSN 1802-0224.

Redakční rada:
MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D., PhDr. Miloslava Kameníková, Ing. Radka Bartošová, PhDr. Jana Šífová, Ing. Mgr. Mgr. Zuzana Velebová, Mgr. Pavel Žára, M.A., Mgr. et Mgr. Beatrix Křížová

Adresa redakce:
FN Brno, Jihlavská 20, 625 00
tel.: +420 532 232 193
e-mail: zara.pavel@fnbrno.cz, krizova.beatrix@fnbrno.cz
internet: www.fnbrno.cz

Grafická úprava a tisk:
Jiří Doležal
e-mail: dolezal@jdsign.cz

Distribuce:
Všechna pracoviště FN Brno, Magistrát města Brna, Krajský úřad Jihomoravského kraje, obě komory Parlamentu ČR, sdělovací prostředky, firmy, které s FN Brno spolupracují.

Náklad:
1 500 výtisků

Četnost:
4x ročně
Tento výtisk je neprodejný.

Redakce časopisu si vyhrazuje právo veškeré články redakčně upravovat a zároveň nemá vliv na podobu inzertních příloh.

z obsahu

KARDIODEN 2018 INTERNÍ KARDIOLOGICKÉ KLINIKY LF MU A FN BRNO 6
FN BRNO PŘIPRAVUJE REKONSTRUKCI PSYCHIATRICKÉ KLINIKY FN BRNO 7
20 LET CENTRA DĚTSKÉ ONKOLOGIE VE FN BRNO 8–9
UNIKÁTNÍ OCENĚNÍ VĚDECKÉ PRÁCE BRNĚNSKÝCH ANESTEZIOLOGŮ 10
HISTORIE 12–13
130 LET PORODNICE NA OBILNÍM TRHU 14–15
RARITNÍ OPERACE STEHENNÍ KOSTI NA KLINICE ÚRAZOVÉ CHIRURGIE FN BRNO 16
25 LET ALERGOLOGIE VE FN BRNO 17
DĚTSKÁ OBEZITOLOGICKÁ AMBULANCE VE FN BRNO 18–19
VÝŽIVA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ 20–21
AKTUÁLNÍ DEMOGRAFICKÁ SITUACE A PROGNÓZA ČR 22–23
DĚTSKÁ OBEZITA Z POHLEDU NUTRIČNÍHO TERAPEUTA 25

NEMOCNIČNÍ LISTY | FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

FN Brno je certifikovaná nemocnice

FN Brno je jediným zdravotnickým zařízením v České republice, které má certifikovány všechny útvary a které je od ledna roku 2007 současně certifikováno jako celek. V rámci naplňování podmínek pro akreditaci DIAS (Det Norske Veritas Acreditation Standard) probíhá kontrolní návštěva zahraničních auditorů každoročně. Fakultní nemocnice Brno je držitelem certifikátů ISO 9001:2008 a ISO 14001:2004 a mezinárodní akreditace pro organizace poskytující zdravotní péči DIAS.

20. VÝROČÍ FN BRNO JAKO NEMOCNICE SLOŽENÉ ZE TŘÍ PRACOVIŠŤ

Letos je tomu již 20 let, kdy funguje Fakultní nemocnice Brno jako komplex složený ze tří pracovišť. V lednu 1998 došlo ke sloučení tehdejší Fakultní nemocnice Bohunice, Fakultní dětské nemocnice a Fakultní porodnice. Ročně na těchto pracovištích ošetříme přes milion pacientů, uskutečníme přes 30 tisíc operací a narodí se zde přes 6 000 dětí. Vysoká odbornost našich lékařů a komplexní medicínská péče je naší předností.

Pacienti ve FN Brno budou ležet na moderních postelích

Koncem května 2018 zahájila Fakultní nemocnice Brno poslední fázi obnovy svého lůžkového fondu. Jde o výměnu lůžek pořízených v 80. letech minulého století. Nová lůžka zvýší komfort pacientů, ale i zdravotnického personálu při poskytování zdravotní péče. Tento proces byl zahájen již koncem roku 2017, kdy došlo k výměně lůžek určených pro poskytování intenzivní péče a lůžek pro malé děti. V současné době se vyměňují lůžka určená pro standardní oddělení, a to napříč celou Fakultní nemocnicí Brno – v areálu Bohunice, Dětské nemocnici a Porodnici na Obilním trhu 11. V této etapě dojde k výměně 1 131 lůžek. Finanční prostředky na kompletní moderní lůžkový fond obdržela nemocnice z evropských fondů, konkrétně z Integrovaného regionálního operačního programu IROP. Výše investice je 45,6 mil. Kč (85 % IROP EU a 15 % SR).

Rozšíření pracoviště Oddělení klinické hematologie v budově CH, 4. NP

Během letních měsíců probíhala přístavba a rozšíření pracoviště Oddělení klinické hematologie v budově CH ve 4. NP v bohunickém areálu FN Brno. Fakultní nemocnice Brno tak v krátké době rekonstruuje další medicínské pracoviště. Přístavba Oddělení klinické hematologie je dispozičně a hmotově rozdělena na dvě samostatné části, které budou propojeny pochůznou zelenou střechou. S dokončením stavebních prací se počítá v září letošního roku. Finanční náklady jsou ve výši 51 mil. Kč (MZ ČR 70 % a 30 % vlastní zdroje).

FN Brno nabízí svým zaměstnancům školku pro děti

Začátkem července 2018 byla v bohunickém areálu Fakultní nemocnice Brno otevřena nová školka. Naše nemocnice je jedna z mála v České republice, které tuto možnost svým zaměstnancům nabízejí. Školka je otevřená pro děti v denní docházce, ale umožňuje rovněž hlídání dětí i přes noc v nepřetržitém provozu, což je výhodné zejména pro zaměstnance ve směnném provozu. Provozovatelem jsou Školky a jesle Elánek (www.elanek.eu), které mají v Brně již několik poboček. Nově postavená budovy školky je umístěna při vjezdu tzv. hospodářskou vrátnicí z ul. Kamenice po levé straně.

Facebook FN Brno sleduje už více jak 4 000 lidí

V polovině července 2018 překročil facebookový profil www.facebook.com/FNBrno další krásnou hranici sledovatelnosti. Zprávy z našeho nemocničního profilu totiž odebírá už přes čtyři tisíce lidí. Je zřejmé, že informace od našich lékařů a zdravotních sester o dění v druhé největší nemocnici v ČR jsou velice cenné a potřebné, a že i tímto způsobem můžeme pomáhat jak dospělým, tak dětským pacientům a veřejnosti vůbec. Děkujeme za podporu! Pokud i Vy chcete dostávat informace na téma zdravotnictví, neváhejte se k našemu profilu přihlásit.

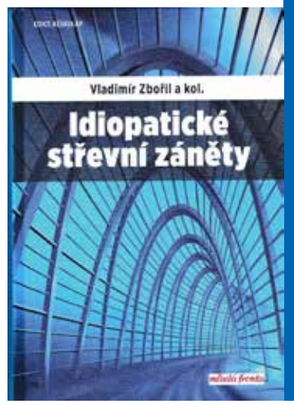
facebook

MUDr. Pavel Turčáni členem výboru České pneumologické společnosti

Pneumolog, vedoucí Oddělení DRG Ekonomického oddělení FN Brno a předseda Komise pro prevenci a kontrolu infekcí FN Brno MUDr. Pavel Turčáni, Ph.D., MHA, z Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy FN Brno je od července 2018 ve výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS J. E. Purkyně. Jeho členství posiluje další odbornost Fakultní nemocnice Brno.

Pokoje RI pro nedonošené děti na oddělení IMP 11 PRM, Obilní trh dostaly dar

Dar od fi RESPILON Group, s. r.o. v celkové hodnotě 6 977 Kč obdrželo Neonatologické oddělení FN Brno, a to v podobě speciální ochranné sítě do oken s nanomembránou Respilon Air, které jsou pomůckou zajišťující čistý vzduch v pokojích pro předčasně narozená miminka i jejich maminky, jež se o ně na oddělení starají. RESPILON AIR® zachytí smog, pylové částice, prach, mikroorganismy i dešťovou vodu. Navíc do interiéru nevpustí plísňové alergeny, které při větrání do domu běžně pronikají a způsobují nebezpečná onemocnění. Díky těmto speciálním sítím ani nevzniká průvan, což je velikou výhodou. RESPILON AIR® tak maximálně přispívá ke zdravému a čistému prostředí.



Unikátní monografie Idiopatické střevní záněty

V nakladatelství Mladá Fronta, edici Aeskulap, vyšla nová monografie Idiopatické střevní záněty. Hlavním autorem je doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc., z Interní gastroenterologické kliniky. Komplexností zpracování a počtem téměř 600 stran se jedná o první českou monografii takového rozsahu a po 20 letech druhou publikaci zaměřenou na velmi aktuální problematiku gastroenterologie. Recenzentem publikace byl přední český gastroenterolog prof. MUDr. Julius Špičák, CSc. Na knize spolupracovali dominantně brněnští autoři různých medicínských oborů, které se dotýkají problematiky idiopatických střevních zánětů. Nová publikace je o to potřebnější, že incidence idiopatických střevních zánětů v posledních 50 letech dramaticky narůstá.

Novým přednostou Kliniky dětské ORL je MUDr. Milan Urík, Ph.D.

Od 1. července 2018 byl na základě výběrového řízení nově do funkce jmenován přednosta Kliniky dětské ORL MUDr. Milan Urík, Ph.D., který na této pozici vystřídá dlouholetého přednostu a vynikajícího odborníka prof. MUDr. Ivo Šlapáka, CSc. Panu profesorovi velmi děkujeme za jeho práci pro kliniku a celou Fakultní nemocnici Brno.

KARDIODEN 2018 INTERNÍ KARDIOLOGICKÉ KLINIKY LF MU A FN BRNO

prim. MUDr. Ondřej Toman, Ph.D., MHA

V září 2018 proběhne na Interní kardiologické klinice FN Brno 4. ročník KardioDne IKK. Tato akce navazuje na již 3 proběhlé ročníky a je koncipována jako den otevřených dveří pro širokou veřejnost. Účastníky provádíme po vybraných prostorách naší kliniky (Koronární jednotka, sálky Pracoviště invazivní a intervenční kardiologie, Arytmologické sálky, ECHO pracoviště, lůžkové oddělení), průvodci jsou naši lékaři a sestry. Na jednotlivých pracovištích je vysvětlena podstata nejčastějších výkonů, které provádíme pacientům s onemocněním srdce. Dále účastníkům nabízíme základní preventivní vyšetření, v prostorách kinosálu FN natáčíme EKG, měříme hladinu krevního cukru a cholesterolu, krevní tlak. Výsledky jsou pak konzultovány opět našimi lékaři. Nesmírně důležitou součástí je samozřejmě také prevence a edukace – účastníci mají možnost dozvědět se od specialistů o odvykání kouření, správné výživě a adekvátním pohybu. Součástí programu KardioDne je tradičně i nácvik kardiopulmonální resuscitace.

KARDIODEN IKK 2018

se uskuteční v neděli 23. 9. 2018, byl zařazen i do programu Brněnských dnů pro zdraví. Srdečně všechny zveme k návštěvě naší kliniky.

Každého ročníku se doposud zúčastnilo asi 200 zájemců, velký dík patří organizátorům a celému kolektivu lékařů a sester IKK, kteří se o účastníky v průběhu celé akce starají.

FN BRNO PŘIPRAVUJE REKONSTRUKCI PSYCHIATRICKÉ KLINIKY FN BRNO

Fakultní nemocnice Brno postoupila do finální fáze rekonstrukce Psychiatrické kliniky. V polovině května 2018 obdržela stavební povolení a v současnosti probíhá výběr zhotovitele stavebních prací, které by mohly začít v posledním čtvrtletí letošního roku. Je zřejmé, že také kvalita prostředí může mít pro psychiatrické pacienty přímý vliv na úspěšnost léčby.

EVROPSKÁ UNIE
Evropský fond pro regionální rozvoj
Integrovaný regionální operační program

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR

Hlavním důvodem oprav pavilonu je špatný technický stav. V téměř havarijním stavu se nachází 1. PP, kde je nedostatečná hydroizolace spodní stavby a prostory není možno z důvodu vlhkosti takřka vůbec využívat. Výplně otvorů na celém objektu jsou původní, vykazují netěsnost a v mnoha případech nejdou otevírat. U objektu dochází v letních měsících, díky převážně jižní orientaci, ke značnému přehřívání. V důsledku toho vedou tyto stavebně-technické nedostatky k vysokým provozním a energetickým nárokům.

Psychiatrická klinika aktuálně poskytuje akutní psychiatrickou péči a komunitní služby a to v souvislosti s reformou psychiatrické péče a vytvořením tzv. Centra duševního zdraví.

Základní myšlenkou návrhu oprav Psychiatrické kliniky bylo ponechat v co nevětší míře stávající pavilon G v jeho původním navržení a rozšířit jej o dvojici nízkopodlažních hmot, která vytvářejí uzavřená atria. Tímto řešením zůstane plně zachováno využití stávajícího objektu, který po komplexní rekonstrukci bude i nadále vyhovovat pro daný provoz a současně dojde k vytvoření nových kapacit pro zkvalitnění poskytované péče. Do návrhu se mimo jiné promítá nutnost etapizace výstavby a řešení dočasného umístění vybraných provozů, ekonomika výstavby a současné požadavky na energetickou úspornost staveb.

PŘÍMÁ VAZBA NA STÁVAJÍCÍ PARK

Významným požadavkem je umístění lůžkových jednotek tak, aby byla možná jejich přímá vazba na park, který je součástí plánované investice. V případě psychiatrické péče hraje možnost využití exteriéru významnou roli, což se ve značné míře promítá do celkové koncepce uspořádání stavby a jejího provázání s parkovými a terénními úpravami.

FINANČNÍ NÁKLADY

PŘEDPOKLÁDANÁ ČÁSTKA ZA REALIZACI JE 577 MIL. KČ VČ. DPH. PROJEKT BUDE SPOLUFINANCOVÁN Z EU (IROP) A MZ ČR V POMĚRU 85/15%.

20 LET CENTRA DĚTSKÉ ONKOLOGIE VE FN BRNO

prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.

„MĚL JSEM OBROVSKÉ ŠTĚSTÍ, ŽE JSEM MOHL ZAŽÍT DOBU, KDY JSME ZÁSADNĚ ZMĚNILI OSUD ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ.“

„ŠANCE, KTERÉ DOSTÁVAJÍ ONKOLOGICKY NEMOCNÉ DĚTI U NÁS, PATŘÍ K TĚM NEJVĚTŠÍM NA SVĚTĚ.“

V České republice ročně onemocní nádorem více než 300 dětí, polovina z nich se léčí na Klinice dětské onkologie LF MU a FN Brno, kterou za dobu své existence prošlo více než 2 200 pacientů. Úspěšnost jejich léčby je nyní 90 %. O vybudování Kliniky dětské onkologie jako jednoho z prestižních českých i mezinárodních center medicíny, vědy a výzkumu onkologicky nemocných dětských pacientů se zasloužil její přednosta prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D. Tato klinika má v současnosti významné postavení nejen v České republice, kde je společně s FN Motol jedním ze dvou Center komplexní pediatricko-onkologické péče, ale i mezinárodně. Díky svému renomé a přínosu v oblasti personalizované medicíny získala v roce 2017 status evropského referenčního centra ERN-PaedCan. Klinika je také zařazena do mnoha výzkumných projektů, jedním z nich je např. v České republice i v zahraničí unikátní imunoterapie pomocí dendritických buněk.

Pane profesore, jak se samostatná dětská onkologie v Brně formovala?

V květnu roku 1998 vzniklo v Dětské nemocnici samostatné Oddělení dětské onkologie, které sem bylo delimitováno z Interní hematoonkologické kliniky z Bohunic. Fakultní nemocnice Brno byla v létě téhož roku pověřena svým zřizovatelem, tedy Ministerstvem zdravotnictví, zřídit a provozovat dětské onkologické centrum, které je dnes společně s centrem ve Fakultní nemocnici Motol jedno ze dvou v České republice. Praha je tradičně velmi silná v oblasti hematologických malignit a transplantací kostní dřeně. Naše pracoviště je orientováno více na solidní nádory, imunoterapii a personalizovanou léčbu dětských nádorů. Je asi dobře, že obě centra jsou zaměřena částečně odlišně, protože případů zase není naštěstí tolik. Oddělení dětské onkologie se stalo klinikou až v roce 2002, kdy jsem byl jmenován docentem.

Jakým vývojem prošla dětská onkologie za dobu Vaší praxe?

Před rokem 1989 měla československá dětská onkologie dveře do světa do značné míry zavřené, do zahraničí se dostalo pouze několik výjimečných osobností. Po roce 1989 se nám otevřel svět, dostaly se k nám léky, které tady dřív nebyly, a naše děti najednou měly srovnatelnou šanci. V první polovině 90. let jsme se jako dětští onkologové museli učit podpůrnou péči, abychom vůbec zvládli dětem se zhoubnými nádory léčbu v podobě velmi intenzivní chemoterapie bezpečně poskytovat. Léčba jde svou intenzitou a toxicitou skutečně na hranu toho, co dětský organismus vydrží. Po roce 2000 se začaly objevovat první cílené léky a biologická léčba. V současné době se léčba posouvá od populační, či skupinové léčby k léčbě jednotlivců – tzv. personalizované neboli precisní onkologii.
Když jsem před více než 30 lety nastoupil jako sekundář v Krajské nemocnici v Ostravě, tak přežívalo jen 15 % dětí s akutní lymfoblastickou leukemií, dnes se stejnou diagnózou přežívá 94 % dětí. Měl jsem obrovské štěstí, že jsem mohl být u tohoto úspěchu, že jsem mohl zažít dobu, kdy jsme zásadně změnili osud onkologicky nemocných dětí.

Odrazilo se směřování oboru také v historii Vaší kliniky?

Ano, nejprve jsme se museli naučit podpůrnou péči. Kolem roku 2000 se pak významně rozvíjela spolupráce s laboratořemi na Masarykově univerzitě a na Masarykově onkologickém ústavu.
Díky zázemí a spolupráci s Interní hematologickou a onkologickou kliniku, se kterou sdílíme mnohé technologie, laboratoře a expertízu, jsme velice rychle začali s transplantacemi kostní dřeně a již v roce 2006 jsme otevřeli samostatnou transplantační jednotku. Klinika má dnes nejen plný přístup ke světovému know-how v oboru, ale sami do něj také drobně přispíváme tím, že publikujeme výsledky vlastní práce i na světových fórech. S panem docentem Valíkem jsme v roce 2008 v Brně pořádali první celosvětovou konferenci o metronomické léčbě, která se později stala obecně přijímanou a v říjnu 2018 se koná ve Spojených státech další ročník, dnes již tradiční metronomické konference a v současnosti je koncept metronomie, tedy postupného dlouhodobého dávkování onkologické léčby s cílem ovlivňovat nádorovou tvorbu cév i protinádorovou imunitu, obecně přijímán.

prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, Ph.D.

2010 – dosud	proděkan Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
2007	jmenován profesorem pro obor onkologie
2003 – dosud	přednosta Kliniky dětské onkologie FN Brno a LF MU Brno
1998 – 2002	primář Oddělení dětské onkologie FN Brno
1995 –1997	acting consultant a vedoucí pediatric oncology unit Kuwait Cancer Control Centre, Kuwait, senior lecturer Kuwait University Medical Faculty

- Hlavní specializace: Personalizovaná léčba dětských nádorů, vysoce dávkovaná i metronomická, komplikace onkologické léčby, farmakogenetika dětských nádorů.
- Člen Výboru Pracovní skupiny pro dětskou hematologii České pediatrické a České hematologické společnosti JEP
- Předseda Pediatricko onkologické sekce České onkologické společnosti
- Mezinárodní člen Children's Oncology Group USA
- Člen Pediatrického výboru Evropské lékové agentury (PDCO EMA)

Jak si stojí česká dětská onkologie v porovnání se zahraničím?

Šance, které dostávají onkologicky nemocné děti u nás, patří k těm největším na světě. Úzce spolupracujeme se zahraničními centry – např. s vídeňskou dětskou neuroonkologií, máme společný molecular oncology tumor board. Děti z Vídně jsou analyzovány v Brně a naopak, společně se domlouváme na jejich léčbě.

Jako klinika jste součástí Lékařské fakulty MU, jaký výzkumný projekt aktuálně řešíte?

Jeden z klíčových programů naší kliniky je bezesporu individualizovaná imunoterapie nádorů pomocí aktivovaných dendritických buněk nemocného pacienta. Program běží od roku 2014 a spolupracujeme na něm s Farmakologickým ústavem a MOÚ na Žlutém kopci. V rámci České republiky i mezinárodně je výzkum naprosto unikátní. Do programu je zařazeno 37 dětí a 15 bylo vakcinováno, je to jedna z největších studií svého druhu. Pacientovi je potřeba odebrat pomocí procesu leukofarézy monocyty, z nichž se po inkubaci s jeho vlastní nádorovou tkání vypěstují aktivované dendritické buňky. Jsem velmi nadšen, že se učíme a hledáme místo tohoto léčivého přípravku v celém schématu léčby – je to kamínek do mozaiky, ze které se pak skládá celá katedrála léčby zhoubného bujení. Je to kamínek, který když je špatně posazený, nemusí fungovat, když je dobře posazený, tak funguje.

Narůstá počet dětských onkologických pacientů?

Ne. Za posledních dvacet let narůstá incidence zhruba o 0,2 % za rok, takže výskyt dětských nádorů v České republice je setrvalý a je srovnatelný s jejich výskytem v ostatních evropských státech. Máme štěstí, že za tuto dobu výrazně klesla úmrtnost – a to pro všechny diagnostické skupiny.

Zaznamenali jste změnu struktury onkologických diagnóz?

Také ne. V souvislosti s vývojem a zkoumáním se mění pouze klasifikace nádorů, ale nové typy nádorů se nevyskytují. Incidence v jednotlivých kategoriích je zhruba stejná.

Když dítě onemocní nádorem – jak moc je to raritní a lze odhalit příčinu?

V ČR žije asi 2 miliony dětí, ročně onemocní přibližně 330 až 340 dětí, z toho 150-160 se léčí u nás. Lze říct, že onemocnění dítěte rakovinou je poměrně vzácné. Čím více děti vyšetřujeme, tím více vidíme jakousi souvislost s genetickými faktory, ale případů, u kterých jsme to schopni dokázat, je pouze 10 %. U 90 % nevíme, proč zrovna toto dítě onemocnělo.

Mortalita sice výrazně klesla, ale děti na rakovinu stále umírají, jakým způsobem se k tomu jako klinika stavíte?

Na naší klinice jsme jako první v České republice zavedli službu mobilního paliativního hospice. Součástí týmu jsou lékaři, sestřičky, psychologové. Je nesmírně důležité umět se o pacienta postarat v době, kdy přichází s nadějí, že ho vyléčíme, i v době, kdy mu musíme říct, že ho bohužel vyléčit neumíme. Musíme se o něj ale postarat tak, aby ho nic nebolelo a aby – až přijde konec jeho dnů – to nastalo v přijatelném, ideálně domácím prostředí v kruhu blízkých, a to za situace, kdy bude ten konec pokud možno přijatelný pro všechny – ne šokující, ne dramatický. Považuji za nesmírně důležité, že toto máme k dispozici, že to můžeme nabízet našim pacientům. Ročně zde zemře 10 až 15 dětí.

Klinika dětské onkologie významně spolupracuje s Nadačním fondem dětské onkologie Krtek, jak moc je tato spolupráce důležitá?

Obrovsky, protože žádný zdravotní systém nikde na světě ani v těch nejbohatších státech není schopen platit všechno a myslíme si, že naše děti si zaslouží, aby tu šanci dostaly maximální a my pro to děláme všechno. Krtek je takové úžasné zvířátko, které nám pomáhá zahrabávat díry ve financování českého zdravotnictví, pomáhá nám financovat např. léčbu našich pacientů v akademických klinických studiích, což dnes považujeme za standard léčby. Jakékoliv dítě na naší klinice, které skutečně potřebovalo léčbu, a byla racionálně podložena, tak ji dostalo – rodiče nikdy nemuseli nic doplácet. Doporučuji podporovat jen prověřené organizace, které při centrech dětské onkologie fungují.

Rozšířenou verzi rozhovoru naleznete na www.fnbrno.cz/aktuality.

UNIKÁTNÍ OCENĚNÍ VĚDECKÉ PRÁCE BRNĚNSKÝCH ANESTEZIOLOGŮ

MUDr. Martina Kosinová, Ph.D.

Koncem května letošního roku se v severoirském Belfastu uskutečnilo každoroční setkání Asociace porodnických anesteziologů Velké Británie a Severního Irska, na kterém převzali zástupci Kliniky dětské anesteziologie a resuscitace MUDr. Martina Kosinová, Ph.D., a doc. MUDr. Petr Štourač, Ph.D., prestižní ocenění Best Paper Award 2017.

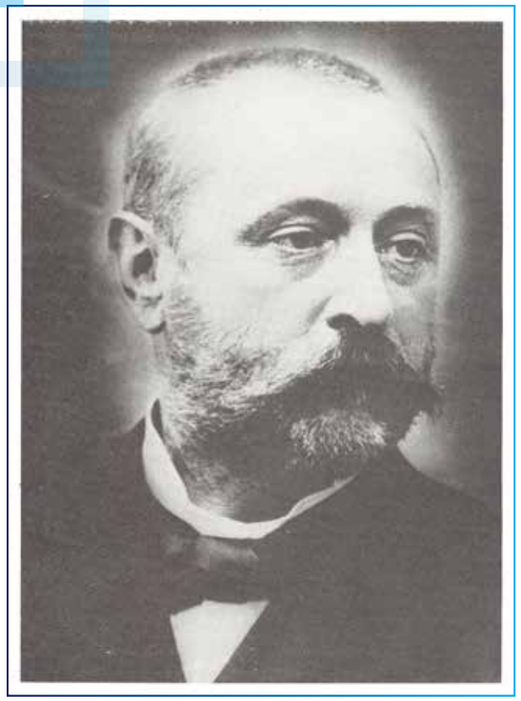
Cenu převzali přímo z rukou šéfredaktora International Journal of Obstetric Anesthesia prof. Peache z Austrálie. Ocenění je o to významnější, že IJOA je indexován v prvním kvartilu časopisů s podobnou tematikou dle databáze Web of Science a aktuální hodnota Impact Factoru je pro rok 2017 stanovena na 3,404. Jde o výjimečný úspěch české anesteziologie, který je i v ostatních oborech ojedinělý.

Oceněný článek „Rocuronium versus suxamethonium for rapid sequence induction of general anesthesia for caesarean section: influence on neonatal outcomes: follow-up of a randomized controlled trial“ věnující se vlivu volby svalového relaxans podaného rodičce u císařského řezu na časnou poporodní adaptaci novorozence je výstupem studie RocSugIO, která byla součástí grantu IGA NT13906-4/2012, jehož závěrečná zpráva byla hodnocena A. Článek poukázal na skutečnost, že poporodní adaptace novorozence může být vlivem podaného relaxans ovlivněna z důvodu transplacentárního přestupu léčiva. Jde o celosvětově první publikovanou práci na dané téma. Na studii RocSugIO se podílela dvě velká perinatologická centra, v Brně a Olomouci. I ve světovém kontextu šlo objemem i kvalitou dat o výjimečnou práci, kdy byla získána data více než 500 rodiček i novorozenců. Výsledky publikované v několika pracích otištěných v prestižních časopisech (krom IJOA například i A&A) mohou změnit pohled na celkovou anestezii podávanou rodičkám k provedení císařského řezu a vést tak ke změně více než 40 let starého anesteziologického postupu. Článek dr. Kosinové byl v IJOA doprovázen i editorialem prof. Rucldige, ikony světové porodnické anestezie, a následně rozproudil na stránkách mezinárodních odborných periodik bohatou diskuzi.

Článek věnující se novorozenecké poporodní adaptaci byl součástí doktorandské práce MUDr. Martiny Kosinové, Ph.D., lékařky Kliniky dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno. Doktorandská práce byla součástí souboru prací, které vedly k udělení v akademickém světě vysoce ceněné Ceny rektora Masarykovy univerzity za průběh jejího doktorandského studia. Také tuto cenu převzala doktorka Kosinová v květnu letošního roku přímo z rukou rektora MU doc. Mikuláše Beka. Není pak jistě překvapením, že takto oceňovaný článek získal i další ocenění odbornou komunitou, a to Cenu Jiřího Macha za nejlepší práci v oboru AIM v roce 2017 pro autora do 35 let věku a čerstvě také Dvořáčkovu cenu za nejlepší práci v oblasti perioperační medicíny udělovanou každoročně Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

HISTORIE

Počátky zdravotní péče o matku a dítě se v Brně datují od osvícenecké vlády císaře Josefa II. Dosavadní špitály zakládané a financované církevními řády nebo prosperujícími měšťany vystřídal C. k. všeobecný zaopatřovací ústav, který císař Josef II. nechal zřídit v budově zrušeného kláštera u sv. Anny na Pekařské ulici. Ústav zahrnující nemocnici, ústav pro choromyslné, porodnici, nalezinec a sirotčinec zahájil provoz 2. ledna 1786. Porodnici tehdy využívaly téměř výhradně svobodné matky nebo majetné rodičky, které chtěly své dítě ponechat po narození v nalezinci. S růstem obyvatelstva v průmyslově se rozvíjejícím Brně i jeho předměstích se postupem doby stala kapacita ústavu nepostačující, a proto byly roku 1856 přestěhovány porodnice, nalezinec a sirotčinec do tří pronajatých domů na Olomoucké ulici (dnes Křenová), jejíchž prostory byly hygienicky naprosto nevhodné.



O rozvoj brněnského porodnictví a výstavbu nové samostatné porodnice se zasloužil profesor Hubert Riedinger, nový ředitel porodnice, který přešel roku 1878 do Brna z Vídně. Prof. Riedinger byl uznávaný jako vynikající operatér. Zavedl do zdejší porodnické praxe Semmelweisovy zásady asepse, provedl v Brně první císařský řez a zřídil gynekologické oddělení a babickou školu. Za podpory vlivných zemských úředníků se mu podařilo prosadit výstavbu nové porodnice na Obilním trhu, která ač postavena podle úspornější varianty projektu, byla v té době nejmodernějším ústavem svého druhu v Rakousku-Uhersku i celé střední Evropě. Stavba za 253 624 zlatých byla dokončena 8. listopadu 1888. Ústav byl vybudován koridorovým způsobem a vybaven sto dvaceti lůžky, vodovodem, splachovacími klozety, plynovým osvětlením a kachlovými kamny.

Po skončení první světové války, kdy profesor Riedinger současně odešel do penze, byla v Zemské porodnici v souvislosti se zřizováním lékařské fakulty nově založené Masarykovy univerzity v Brně umístěna porodnicko-gynekologická klinika. Vedením porodnice a kliniky byl pověřen profesor Antonín Ostrčil, který na náklad ministerstva školství vymohl přístavbu fyzikální léčby, rentgenu, operačních sálů a posluchárny a ze zemských prostředků provedl další modernizaci ústavu. Z části realizoval nadstavbu třetího patra hlavního traktu a započal výstavbu klinického bloku do Falkensteinerovy (dnes Gorkého) ulice. V roce 1925, kdy se profesor Ostrčil vrátil do svého předchozího působiště, Prahy, převzal vedení ústavu profesor Gustav Müller. Dokončil započaté stavební práce, zorganizoval činnost jednotlivých laboratoří a postupně vybavil ústav moderními přístroji. Profesor Müller byl výtečným klinikem, pokračoval v léčbě nádorů radioterapií, zavedené svým předchůdcem, rozvíjel dále gynekologickou urologii a stal se zakladatelem gynekologické histopatologie. Prosadil se rovněž jako výborný vysokoškolský profesor, řada jeho žáků se stala uznávanými odborníky. Pod vlivem nepříznivých politických událostí profesor Müller roku 1939 kliniku opustil.

Jeho nástupce a žák, docent Ludvik Havlásek, se po obsazení republiky nacistickým Německem marně pokusil udržet alespoň klinickou část ústavu v českých rukou. Český personál byl z části nahrazen německým, ředitelská funkce byla předána německému lékaři profesoru Herbertu Rossenbeckovi, který byl samozřejmě zastáncem nacistické ideologie a propagátorem němectví, zavedl však v ústavu některé modernější léčebné postupy a realizoval přístavbu pavilónu do Falkensteinerovy ulice, naplánovanou již předtím profesorem Müllerem. Po skončení druhé světové války se do Brna vrátil profesor Müller, aby napomohl rychlému zprovoznění porodnice poškozené válečnou dobou a bombardováním. Celé poválečné období je spjato s osobnosti profesora Havláska, který převzal po profesoru Müllerovi vedení kliniky v roce 1946.

Roku 1948 bylo v porodnici ustaveno samostatné tzv. III. zemské oddělení, vedené do roku 1960 docentem Antonínem Černochem, které mělo úroveň a charakter kliniky. O rok později vznikla v nemocnici na Pekařské ulici II. ženská klinika pod vedením profesora Františka Horálka, jež byla po zrušení III. zemského oddělení v roce 1960 převedena na jeho místo do Fakultní porodnice. Jejím přednostou byl jmenován docent Miloslav Uher. V roce 1965 ho vystřídal docent Jaroslav Staníček, který předtím krátce vedl I. kliniku po profesoru Havláskovi a docent Uher přešel na jeho místo. Od roku 1973 vedl II. kliniku profesor Miloslav Uhlíř a rozhodující měrou se zasloužil o rozvoj její vědecko-výzkumné činnosti. Na místo přednosty I. kliniky nastoupil po profesoru Uhrovi docent Jaromír Martinčík a záhy po něm docent Miloslav Sládek, který roku 1983 převzal vedení II. kliniky.

Na počátku osmdesátých let došlo na porodnických klinikách k zásadním personálním změnám. Přednostou I. kliniky byl jmenován v roce 1981 doc. MUDr. Zdeněk Čupr, CSc., a přednostou II. kliniky doc. MUDr. Miloslav Sládek, CSc. Bývalý přednosta II. kliniky Prof. MUDr. Miloslav Uhlíř, DrSc., odešel na nově vybudovanou III. gynekologicko-porodnickou kliniku do Bohunic a s ním i řada erudovaných lékařů a sester. Navzdory těmto významným personálním změnám se dále úspěšně rozvíjí vědecko-výzkumná činnost tzv. I. porodnicko-gynekologické katedry, která sdružuje obě kliniky brněnské porodnice.

Za výzkumný úkol in vitro fertilizace a embryotransfers odpovídal prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc., jeho týmu se v roce 1982 podařilo dosáhnout narození prvního dítěte „ze zkumavky“ ve střední a východní Evropě. Využití reprodukčních technologií v humánní medicíně dále koordinuje MUDr. Pavel Ventruba a MUDr. Jan Tesařík. Nové postupy v porodnictví a užší spolupráce s neonatology vedly k progresivnímu poklesu perinatální úmrtnosti (zavedení amnioskopie a kardiotokografie, ultrazvuková diagnostika). K významným změnám v porodnictví patří bezesporu zavedení nových léků umožňujících účinně zasahovat do spouštěcích mechanismů porodu (prostaglandiny, beta-mimetika). V gynekologické operativní léčbě je prosazován fyziologický způsob operování a byly vypracovány nové techniky (závěs pošev-ního pahýlu při hysterektomii, konizace s cirkulární suturou, mikrochirurgické techniky v léčbě sterility). Ve spolupráci s mikrobiologickým ústavem byla zavedena kultivace při zánětech pochvy a byly získány nové poznatky v souvislosti se sexuálně přenosnými chorobami.

Rok 1989 znamenal nejen změny politického režimu, ale současně proměny ve zdravotnictví i školství. Je pochopitelné, že se zobrazily i ve fakultní porodnici. Z hlediska organizačního začlenění byla Fakultní porodnice do roku 1992 součástí FN U sv. Anny, kdy vznikl samostatný subjekt Fakultní porodnice. Po konkurzním řízení na Ministerstvu zdravotnictví v roce 1992 nastoupil do funkce ředitele Fakultní porodnice MUDr. Jan Burian. V průběhu nové strategie organizace racionální zdravotnické péče došlo v roce 1998 ke sloučení porodnice se dvěma dalšími velkými nemocničními centry, FN v Bohunicích a Fakultní dětskou nemocnicí v Černých Polích v tzv. Fakultní nemocnici Brno, pod jednotným řízením ředitele MUDr. Jan Buriana.

V rámci vnitřní struktury FN Brno došlo současně z ekonomicko-provozních a racionalizačních důvodů ke sloučení I. a II. gynekologicko-porodnické kliniky. Odchodem prof. Pilky do důchodu tak zaniká téměř po 50letém trvání II. klinika založená prof. Horálkem. Přednostou sloučené I. kliniky se stal od září 1998 prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc., žák a nástupce prof. Čupra. V průběhu roku 2001 proběhly v rámci FN Brno další organizační změny, které společným rozhodnutím ministrů zdravotnictví a školství dne 1. února 2002 vyústily ve spojení zbývajících dvou brněnských gynekologicko-porodnických klinik (I. kliniky v porodnici na Obilním trhu a II. kliniky v areálu FN Brno v Bohunicích) do jednoho celku – tedy Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno. Tímto rozhodnutím skončila činnost původně III. brněnské gynekologicko-porodnické kliniky se sídlem v Bohunicích budované od roku 1983 prof. MUDr. Miloslavem Uhlířem, DrSc., a následně vedená doc. MUDr. Jiřím Kopečným, CSc. (1991-1997) a prof. MUDr. Zdeňkem Malým, CSc. (1997-2001). Přednostou nově vzniklého pracoviště byl na základě konkurzu jmenován prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc.

II. ANESTEZIOLOGICKO-RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Anesteziologické pracoviště má velkou tradici a patří mezi nejlepší svého druhu v ČR, patřilo mezi první v České republice, kde byla zavedena metoda epidurální analgezie u porodu. Udržuje a tvoří moderní trendy oboru anesteziologie a resuscitace aplikované v gynekologii a porodnictví, které mají bezesporu svá specifika a rizika. Na lůžka jsou přijímány pacientky nemocnice, jejichž stav vyžaduje resuscitační a intenzivní péči (v současnosti cca 400 pacientek ročně). Na operačních sálech se podává ročně cca 5000 anestézií. Sály byly postupně vybaveny tak, aby odpovídaly trendům moderní anestezie.

NEONATOLOGICKÉ ODDĚLENÍ

Moderní komplexní pojetí neonatologické ambulance umožňuje interdisciplinární péči o perinatálně ohrožené děti. V ambulanci současně ordinují neonatolog, dětský neurolog, dětský psycholog a rehabilitační pracovníci. Mezi nejmenšími pacienty jednoznačně převládají závažné nezralostní stavy a jejich komplikace (opožděný psychomotorický vývoj, záchvatové projevy, poruchy svalového tonu a hybnosti či poruchy chování). Součástí práce oddělení je rovněž řešení tzv. aktuálních výchovných potíží (poruchy příjmu potravy, poruchy usínání a spánku, denní rituály, neklid, dráždivost, separační úzkosti, dětský negativismus apod.). Po sloučení novorozeneckých oddělení FN Brno v roce 2001 se naše pracoviště stalo největším neontologickým centrem v ČR s více než 6000 ošetřenými novorozenci ročně.

Zdroj: 120 let porodnice Brno

130 LET PORODNICE NA OBILNÍM TRHU

prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc., MBA

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno je největším pracovištěm svého druhu v České republice a paří mezi největší a nejprestižnější ve střední Evropě. Ročně se zde narodí přes 6 000 dětí. V současnosti působí na dvou pracovištích – v Bohunicích a v porodnici na Obilním trhu, právě tato budova je nesmazatelně spojená s historií a vývojem brněnské gynekologie a porodnictví. Jaké jsou historické úspěchy a současné trendy tohoto oboru? Na to jsme se zeptali přednosty Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno a lékařského náměstka FN Brno prof. MUDr. Pavla Ventruby, DrSc., MBA. Za dobu své více než třicetileté praxe zaznamenal dynamický rozvoj oboru, o kterém říká, že je nádherný, i když náročný.

Pane profesore, jaké místo zaujímá porodnice na Obilním trhu v historii brněnského porodnictví?

Postavením a otevřením této budovy 8. 11. 1888 vznikla instituce, která byla už ve své době ve střední Evropě uznávaná jako jedna z nejkvalitnějších a umožnila rozvoj svého oboru v dalších letech. Na začátku 20. století bych pak zdůraznil výrazné spojení s Masarykovou univerzitou. Gynekologicko-porodnická klinika byla totiž zakládající klinikou lékařské fakulty, která stála u zrodu brněnské univerzity. V rámci novodobého vývoje docházelo nejprve k rozšiřování pracovišť (vznikla II. a později III. gynekologicko-porodnická klinika). Teprve po roce 1990 došlo k obrácenému záměru – tedy snaze sloučit tyto tři kliniky do jednoho pracoviště. V roce 1993 jsem se stal přednostou první kliniky, roku 1998 došlo k vytvoření jednoho společného pracoviště, které fungovalo jako samostatná klinika až do roku 2001, kdy došlo k propojení s bohunickým pracovištěm. V současnosti je patrná snaha o vytvoření jednoho společného pracoviště – porodnice v Bohunicích, což by umožnilo propojit činnosti na jednotlivých pracovištích a využít personální i přístrojové kapacity.

Proč je stavba nové porodnice tak důležitá?

Díky rozdvojenému pracovišti v Bohunicích a na Obilním trhu a nutnosti zajišťovat nepřetržitý provoz pohotovostních služeb musíme denně řešit problémy, které jsou náročné na organizaci i psychiku, navíc představují i značnou ekonomickou zátěž. Podle kvalifikovaného odhadu, který jsme vypracovali, bychom takto ročně ušetřili od 60 do 80 milionů Kč a možná ještě více, takže investice by se za 15 let, kdy o ní uvažujeme, již vrátila. Stavba nové porodnice v bohunickém areálu FN Brno bude znamenat historický skok srovnatelný s rokem 1888. V současné době pro nás výstavba nové porodnice představuje prioritu a jako Fakultní nemocnice Brno jsme podnikli všechny potřebné kroky k tomu, aby byla co nejdříve realizována.

V čem má GPK výjimečné postavení v rámci České republiky i Evropy?

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno je největším porodnickým zařízením v ČR a patří mezi největší kliniky svého druhu i ve střední Evropě, a to nejenom počtem výkonů (přes 6 000 porodů ročně), ale i ambulantních vyšetření. Perinatologické centrum, které tvoří Perinatologický útvar GPK spolu s Oddělením neonatologie, patří ke dvěma největším v České republice. Narodí se zde více než 50 % dětí v rámci Jihomoravského kraje. Koncentrujeme závažné porodnické patologie nejen z regionu Jižní Morava, ale i z okolí – a to ze spádové oblasti větší než 1,2 mil. obyvatel.
Vysokou profesionální úroveň našeho pracoviště také dokumentuje fakt, že kromě základní porodnické péče nabízíme specializované porodnické výkony, díky kterým nás vyhledávají rodičky z různých regionů naší republiky, proto vykazujeme vysokou incidenci vaginálně vedených konců pánevních nebo vícečetných těhotenství.
Naše klinika je zároveň jedno z mála skutečně komplexních gynekologicko-porodnických pracovišť v České republice, které dlouhodobě rozvíjí všechny základní subspecializace našeho oboru – tedy perinatologii, reprodukční medicínu, onkogynekologii a urogynekologii. Věnujeme se rovněž dětské gynekologii.
Rád bych zdůraznil také významné postavení kliniky v oblasti vědecko-výzkumné a vzdělávací. Klinika získala v roce 2002 certifikát EBCOG Evropské koleje gynekologů a porodníků a rovněž akreditaci pro postgraduální vzdělávání lékařů včetně členských států EU. Vzdělání na našem pracovišti je uznáváno v celé Evropské unii. V rámci České republiky máme největší počet školenců v oblasti gynekologie a porodnictví.
Kvalita péče o matku a dítě se neprojevuje pouze v dosažených perinatálních výsledcích, ale i v respektování individuálního přístupu k rodičkám, které jsou na porod připravovány v kurzech předporodní přípravy, pracoviště také zajišťuje laktační poradenství. FN Brno je dlouhodobě držitelem titulu Baby Friendly Hospital.

V souvislosti s činností GPK se často hovoří o tzv. brněnské škole porodnictví a gynekologie, jaké jsou její charakteristiky?

Především prosazování fyziologického porodnictví. Snahou našeho pracoviště je, že pokud je porod fyziologický, aby byl veden porodními asistentkami, které jsou v tomto oboru vysokoškolsky vzdělány. Samozřejmě v případě jakýchkoli komplikací či patologií je volán lékař, který je přítomen na porodním sále a je schopen vyřešit veškeré vzniklé komplikace.

Na Vašem pracovišti se dlouhodobě daří snižovat počet císařských řezů, je to jeden z trendů současné porodnické péče?

V posledních 20 až 25 letech došlo k výraznému celosvětovému nárůstu incidence císařských řezů. Zatímco v historických dobách se tyto výkony pohybovaly kolem 10 – 12 %, dnes se počet císařských řezů v České republice dostal na dvojnásobek, ale jsou pracoviště, která mají i troj až čtyřnásobnou incidenci a rovněž ve světě je výrazný rozdíl mezi jednotlivými světadíly a jednotlivými zeměmi. Jsem velice rád, že tento trend se začíná obracet a mluví se o tom, že kvalita porodnické péče se odráží právě v nižší incidenci sekcí. Spontánní vaginální porod je fyziologičtější a bezpečnější. Neodůvodněný operační výkon je pro rodičku až desetinásobně rizikovější. Do jisté míry je to i záležitost společenského tlaku, kdy některé ženy chtějí rodit tzv. na přání, tedy ne jen z medicínské indikace. Velice často ženy volí pro možné riziko, které je poměrně malé, dobrovolně výrazně vyšší riziko, což je z mého pohledu nepřijatelné. Císařským řezem ukončujeme těhotenství v akutní situaci a podle porodní indikace, čímž si udržujeme incidenci, která je v rámci perinatologických center vysoce pod průměrem České republiky a díky tomu, že se u nás rodí polovina porodů z regionu, také náš region patří k těm s nejnižší incidencí císařských řezů.

Můžete připomenout úspěchy a priority Vašeho pracoviště?

Kromě porodnictví se na Obilním trhu výrazně rozvíjely další subspecializace našeho oboru – mohu konkrétně jmenovat reprodukční medicínu a asistovanou reprodukci. Díky spolupráci Gynekologicko-porodnické kliniky s Ústavem histologie a embryologie vznikl kolektiv odborníků, kterým se podařil velký úspěch – narození prvního dítěte ze zkumavky nejen v Československé republice, ale i ve střední a východní Evropě v roce 1982. V prvních letech asistované reprodukce bylo pracoviště na Obilním trhu jediné, které tuto problematiku rozvíjelo. V rámci Centra asistované reprodukce můžeme být také pyšní na spermabanku, která vznikla jako jedna z prvních a největších na světě a dodnes jsou naše výsledky v této oblasti uznávané, což potvrzují i žádosti o naše vyzvané přednášky na celosvětových fórech. Centrum asistované reprodukce se dodnes výrazně podílí na rozvoji tohoto oboru. Dále bych rád vyzdvihnul v porodnici dlouhou tradici onkogynekologie, která se rozvíjí ve spolupráci s dalšími pracovišti, k tomu přistoupila i problematika senologie – mamární program, dále je výrazný rozvoj urogynekologie, kdy brněnská urogynekologická škola rozvíjela a zavedla nové metody a nové techniky, stejně jako v oblasti dětské gynekologie. Jsme jedno ze dvou pracovišť, která hospitalizují děti a provádějí operační výkony. Chtěl bych také připomenout význam Centra prenatální diagnostiky.

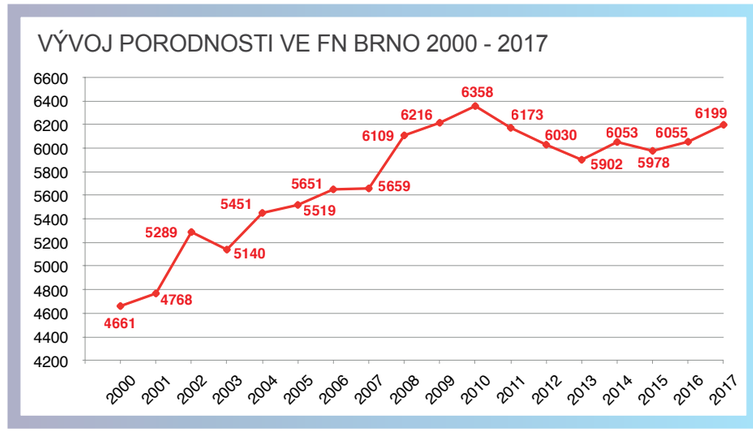
Kam se tento obor posunul za dobu Vašeho působení v medicíně?

Náš obor prošel dynamickým vývojem, za posledních 40 let se výrazně snížila invazivita operací a díky tomu se zkrátila doba hospitalizace u všech diagnóz. Kdybych to měl např. demonstrovat na lůžkové kapacitě, ta byla před 25 až 30 lety více než trojnásobná než teď. V průběhu posledních 25 let došlo k výraznému posílení ambulantní činnosti a činnosti jednotlivých center.

Rozšířenou verzi rozhovoru naleznete na www.fnbrno.cz/aktuality.

prof. MUDr. PAVEL VENTRUBA, DrSc., MBA

- Přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno
- Lékařský náměstek ředitele FN Brno pro reprodukční medicínu
- Člen Vědecké rady ministerstva zdravotnictví ČR a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Interní grantové agentury a AZV Ministerstva zdravotnictví ČR
- Předseda a člen Oborové rady doktorského studijního programu Gynekologie a porodnictví na LF MU v Brně a LF UP v Olomouci
- Člen Vědeckého výboru International Federation of Fertility Societies a pracovních skupin Světového a Evropského registru asistovaných reprodukčních technik
- Dlouholetý předseda, místopředseda a vědecký sekretář Odborné společnosti pro asistovanou reprodukci
- Člen redakčních rad odborných časopisů, autor a spoluautor více než 500 publikací a přednášek na domácích i zahraničních konferencích
- Přední odborník pro gynekologii a porodnictví, zabývá se rozvojem nových metod a diagnostiky léčby poruch plodnosti, reprodukční endokrinologií a operativou



RARITNÍ OPERACE STEHENNÍ KOSTI NA KLINICE ÚRAZOVÉ CHIRURGIE FN BRNO

MUDr. Milan Krtička, Ph.D.

Bravurní výkon provedli lékaři z Kliniky úrazové chirurgie Fakultní nemocnice Brno. Pacientovi, který měl po úraze tříštivou zlomeninu stehenní kosti, čímž došlo k jejímu zkrácení o 3,5 cm, nyní provedli operační zákrok, který povede k prodloužení kosti tak, aby nekulhal a mohl se běžně pohybovat.

O jakého pacienta se jednalo? Jaké měl potíže či úraz, že jste přistoupili na tento druh operace?

Námi operovaný pacient před dvěma lety utrpěl mnohočetná poranění v důsledku autonehody. Krom jiných zranění jsme jej léčili i pro tříštivou zlomeninu střední části levé stehenní kosti. Tuto zlomeninu jsme ošetřili nitrodřeňovým hřebem, avšak v důsledku charakteru tříštivé zlomeniny zasahující 1/5 délky stehenní kosti došlo k jejímu zhojení ve 35 mm zkratu, tedy levá dolní končetina byla o 3,5 cm kratší než pravá. Výsledný zkrat končetiny je velmi limitujícím v běžném životě a při neléčení vede ke kulhání, výrazným chronickým bolestem v oblasti pánve a páteře a také k nevratným změnám jako je např. rozvoj skoliózy. Vzhledem k omezeným konzervativním možnostem léčení výrazně zkrácené končetiny (ortopedická obuv, vložky do bot) bylo nutné přistoupit k operačnímu zákroku, jehož výsledkem je prodloužení končetiny do původní délky.

Komu je tento typ operací de facto určen? Kdo je vhodným pacientem?

Námi provedený operační zákrok je vhodný pro dospělé pacienty s klinicky významným zkrácením dolní končetiny, který nejčastěji vzniká na podkladě úrazu.

V čem spočívá operační zákrok prolongační osteotomie dolní končetiny „rostoucím hřebem“?

Prolongační (prodlužovací) osteotomie stehenní kosti je operační zákrok, při kterém po odstranění původně zavedeného osteosyntetického materiálu (v našem případě nitrodřeňový hřeb), provedeme přerušení kosti v její střední části (vytvoříme novou zlomeninu) a následně zavedeme speciální hřeb, který roste v průměru o 1 mm za den do délky. Díky postupnému a velmi pomalému růstu končetiny dochází ke stimulaci a novotvorbě kosti v místě prodlužování. Můžeme tedy říci, že u našeho pacienta dojde k prodloužení jeho končetiny do požadované délky za cca 30-40 dní od provedeného zákroku.

Jak zásadní je v rámci zákroku již zmíněný implantát?

Námi použitý prolongační (rostoucí) hřeb je unikátní svojí vlastností růstu do délky. Růst je iniciován samotným pacientem, který po edukaci několikrát denně provádí jemný zevně-rotační pohyb dolní končetiny a ten iniciuje růst hřebu do délky. Oproti standardně používané metodě prolongace končetiny zevním fixátorem, který prominuje nad kůži pacienta a zanechává otevřenou komunikaci mezi kostí a zevním prostředím, je hřebová osteosyntéza plně schována v kosti, nedráždí pacienta a nevyžaduje další operační zákrok, jako je např. sejmutí fixátoru.

Na co ho uchytíte a jak se bude v těle pacienta dále vyvíjet?

Hřeb není potřeba nijak uchycovat, je zaveden v dřeňové dutině kosti, kterou vyplňuje a jediná část hřebu, která je mimo kost, jsou zajišťovací šrouby. Ty mají za úkol bránit nežádoucí rotaci kosti a také zajišťují, že kost roste s hřebem, a nikoliv hřeb samotný.

Kolik stojí implantovaný hřeb a hradí ho pojišťovna?

Implantovaný hřeb stojí přibližně 250 000 Kč. Byl plně uhrazen pojišťovnou pacienta, ale cesta k plné úhradě byla poměrně komplikovaná a vyžadovala poměrně velké úsilí pacienta, ošetřujícího personálu i pracovníků oddělení zdravotních pojišťoven i ekonomického úseku naší nemocnice. Za pozitivní přístup k věci i spolupráci všech kolegů, kteří se na zajištění proplacení pojišťovnou podíleli, bych tímto rád poděkoval.

Po jak dlouhé době bude možno říci, že došlo k nápravě dolní končetiny?

Jak už jsem uvedl, předpokládaná doba prodloužení končetiny do námi požadované délky bude trvat přibližně 35 až 40 dní. Již teď může pacient došlapovat na operovanou končetinu vahou 22 kg. Nicméně plné zhojení prodloužené stehenní kosti nastane až za tři měsíce od operace. Po této době, bude-li vše probíhat standardně, pak můžeme říct, že léčba byla úspěšná, a pacient bude moci končetinu plně zatížit.

Jak dlouho operace trvá a co bylo nejtěžší?

Operační zákrok trvá přibližně dvě hodiny. A co na něm vidím jako nejtěžší? Asi ten primární krok, kdy musíte přesvědčit zdravotní pojišťovnu pacienta, že daný operační zákrok má smysl, a tedy je dobré ho plně uhradit.

Rozšířenou verzi rozhovoru naleznete na www.fnbrno.cz/aktuality.

25 LET ALERGOLOGIE VE FN BRNO

MUDr. Bronislava Novotná, Ph.D.

Alergologická ambulance byla založena před 25 lety (1. 8. 1993) při tehdejší III. interní (dnes gastroenterologické) klinice FN Brno v rámci koncepce vzniku dalších ambulancí s interním zaměřením (endokrinologie, diabetologie, dietologie a další).

Roku 2011 byl pracovišti alergologie při Interní gastroenterologické klinice FN Brno Ministerstvem zdravotnictví udělen status akreditačního pracoviště pro obor alergologie a klinická imunologie. Od této doby alergologická ambulance tedy slouží jako superkonziliární a doškolovací pracoviště pro lékaře v přípravě na nástavbovou atestaci z oboru Alergologie a klinická imunologie.

Alergologická ambulance se jako jediná v České republice věnuje níže uvedeným specifickým tématům:

- Od roku 1996 pečuje o pacientky s alergickými chorobami a astmatem v těhotenství a v době laktace a spolupracuje s Gynekologicko-porodnickou klinikou a dalšími porodnicemi v regionu.
- Od roku 1998 se věnuje lékovým alergiím a intolerancím. Zpočátku se jednalo převážně o intoleranci kyseliny acetylsalicylové a nesteroidních protizánětlivých léků (NSA), nyní se tato oblast rozšířila na řadu dalších léků (biologická léčba, nízkomolekulární hepariny, imunosupresivní léčba, antibiotika, kortikosteroidy atd.). Od roku 2014 je alergologická ambulance součástí pracovní skupiny Lékové alergie ČSAKI (České společnosti alergologie a klinické imunologie). Jako jediné pracoviště v České republice se od roku 2012 věnuje alergologická ambulance metodě **desenzitizace**, tj. indukce dočasné lékové tolerance, která umožní návrat jediné možné léčby, na kterou je však pacient přecitlivělý, do léčebného režimu.
- Alergologické pracoviště je od roku 2009 součástí **Národního centra pro těžké astma** (NCTA) a společně s Klinikou nemocí plicních a tuberkulózy (KNPT) součástí Centra pro těžké astma pro Jihomoravský kraj.
- Alergologická ambulance spolupracuje s dalšími fakultními pracovišti ve FN u sv. Anny, které nepůsobí ve FN Brno. S klinikou pracovního lékařství řeší profesní alergózy (alergickou rýmu a alergické astma) a **s Ústavem alergologie a klinické imunologie** diagnostiku a léčbu imunopatologií, převážně komplementového systému a imunodeficity.
- Alergologická ambulance spolupracuje s Interní hematologickou a onkologickou klinikou FN Brno v péči o pacienty se systémovou **mastocytózou**, dále se věnuje diagnostice **potravinové alergie a syndromu histaminové intolerance**.
- Alergické choroby se řadí mezi civilizační onemocnění a jejich výskyt v populaci stoupá. V současnosti trpí cca 40 % světové populace nějakou formou alergie. Alergickou rýmou, která je nejčastějším chronickým onemocněním, trpí 20-30 %, astmatem 5-10 % a atopickou dermatitidou přibližně 20 % populace. Dále jsou na alergologii vyšetřováni a léčeni pacienti s urtikarií, alergií na hmyz, potraviny a léky. Alergologická ambulance tedy pečuje o pacienty s alergologicko-imunologickými chorobami včetně astmatu.

PROGNÓZY PRO TOTO TISÍCILETÍ UVÁDĚJÍ, ŽE KAŽDÝ DRUHÝ OBYVATEL TÉTO PLANETY BUDE ALERGIK, A PROTO BUDE STOUPAT POPTÁVKA PO PÉČI O TYTO PACIENTY.

DĚTSKÁ OBEZITOLOGICKÁ AMBULANCE VE FN BRNO

MUDr. Jana Šťastná, Ph.D.

Dětská obezitologická ambulance na Pediatrické klinice LF MU a FN Brno funguje od ledna 2011. Založila ji paní as. MUDr. Lenka Dostalová Kopečná, Ph.D., kvůli zvyšujícímu se výskytu obézních dětí, které je nutné sledovat a monitorovat. Počet obézních dětí v České republice postupně narůstá, každé sedmé dítě je obézní a 4 % z nich trpí monstrózní obezitou. Dle údajů předního dětského obezitologa MUDr. Zlatko Marinova vychází ze základní školy s nadváhou 25 % dětí a s obezitou 14 % dětí.

Do ambulance přichází ročně kolem 90 nových pacientů. Nejvíce pacientů je ve věku 10 až 15 let. Pacienti k nám přicházejí zejména na doporučení od praktického lékaře po děti a dorost, kde je při preventivní prohlídce u dětí zjištěna nadváha až obezita. Někteří pacienti jsou odesíláni i odbornými lékaři, jako např. endokrinologem po vyloučení endokrinní či genetické příčiny, kardiologem, kde je zjištěna zejména u adolescentů hraniční hypertenze ve sledování a doporučena redukce nadváhy a sportovní aktivity.

Obezita je typickým onemocněním, u kterého je prevence velice důležitá. Při preventivních prohlídkách je proto důležité důrazně edukovat rodiče o zdravém stravovaní a režimových opatřeních u dětí, a to zejména u obézních rodičů, kde je velká pravděpodobnost, že jejich dítě bude mít také sklon k obezitě. Neutvrzovat rodiče v různých mýtech: „já jsem taky taková byla“ či „dítě z toho vyroste“, nebo si dokonce problém nadváhy vůbec nepřipustit. Je důležité informovat rodiče, že genetika může hrát určitou roli, ale zahájit prevenci obezity již v dětském věku je nutné. Spíše než na dědičnou tloušťku totiž dnes obézní děti doplácejí na špatné stravovací návyky svých rodičů a zejména nedostatek přirozeného pohybu. V současné době je málo sportovních kroužků, kde se propaguje sport pro radost a do mnoha takových kroužků by se obézní dítě vůbec nedostalo. V neposlední řadě mají na děti velký vliv média a reklamy zaměřené na konzumaci nezdravých potravin, sladkostí, sladkých nápojů nebo jídel z tzv. fastfoodů.

DIAGNOSTICKÉ PARAMETRY DĚTSKÉ OBEZITY

Prvním předpokladem léčby je včasné zjištění nadváhy/obezity. Při definování nadváhy a obezity u dětí je třeba brát v úvahu věk. Problematiku dětské obezity reflektovaly rozsáhlé celostátní výzkumy, které se v České republice uskutečňovaly v desetiletých intervalech v letech 1951 až 2001. Z výzkumu vzešly národní růstové „normy“. Ty jsou publikovány formou růstových grafů (SZÚ, 2016). Tento graf se nachází ve zdravotním a očkovacím průkazu dítěte. Pro posouzení hmotnosti používáme v běžné praxi u dětí do 5 let zařazení dítěte do percentilového pásma grafu hmotnosti k tělesné výšce, pro děti starší 5 let do pásma grafu **BMI** [Body Mass Index = hmotnost v kg / (tělesná výška v m)2].

Kritériem dětské obezity v Česku je 97. percentil BMI, nadváha u dětí má hranici 90. percentilu. Hranice 85. percentilu by měla alarmovat k případnému zahájení prevence a včasné intervence (SZÚ, 2016). Zařazení dítěte mladšího 5 let do percentilového pásma podle grafu hmotnosti k tělesné výšce a zároveň do grafu BMI nemusí být vždy totožné. Při hodnocení BMI je nutné přihlížet k rozvoji svalové hmoty, a to zejména u dospívajících chlapců.

PŘÍČINY A TYPY DĚTSKÉ OBEZITY

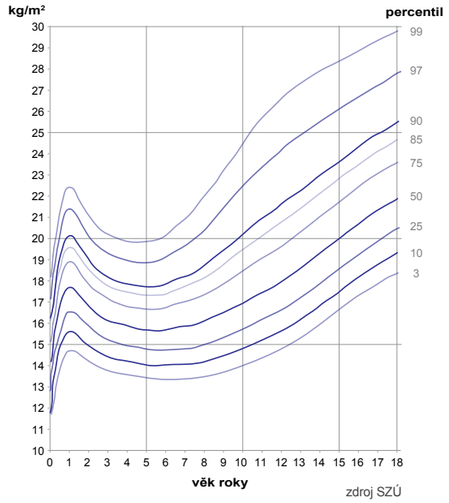
Obezitu dělíme na:

Běžnou: mezi rizikové faktory řadíme genetickou predispozici a zevní prostředí, dále **obezitu způsobenou z jiných příčin**, které mohou být např. endokrinní poruchy (hypotyreosa, nadprodukce glukokortikoidů, hypopituitarismus, pseudoparahypoparatyreosa, syndrom polycystických ovarií (PCOS), genetické syndromy (např. Prader-Williho sy, Cohenův sy), monogenní formy obezity při mutaci genů pro melanokortinový receptor 4.typu, leptin, proopimelanokortin, dále podávání léků ovlivňujících energetickou regulaci – psychofarmaka, antiepileptika, tyreostatika, hormonální antikoncepce, nedostatek spánku, rovněž se spekuluje i o některých adenovirových infekcích (humánní adenovirus).

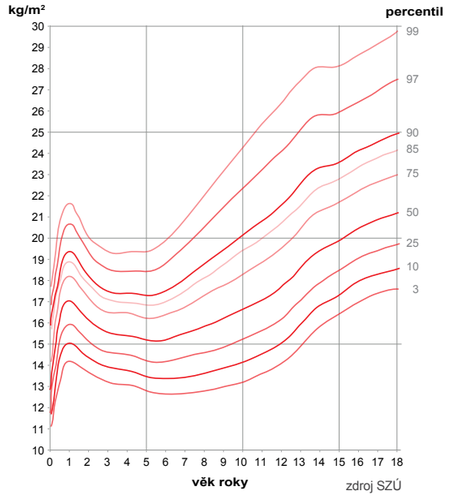
U obezit v kojeneckém a batolecím věku je nutné pomýšlet na geneticky podmíněné syndromy. Dále se může jednat o mutace jednoho genu, které se označují jako monogenní typy obezity. V předškolním věku může velkou roli hrát endokrinologická příčina. Ve školním věku může mít velký vliv na obezitu psychogenní příčina, u adolescentů řešíme problémy spojené s obezitou – hypertenze, hyperurikemie, dyslipidemie, porucha glukózové tolerance, DM 2. typu až vyústění do metabolického syndromu, hepatopatie, steatosa a ortopedické problémy.

Dosud bylo v souvislosti s dětskou obezitou popsáno asi 30 různých genetických syndromů. Všechny genetické syndromy jsou provázeny mentální retardací. Postižení jedinci mívají typickou kraniofaciální dysmorfii a postižení dalších orgánových systémů. Nejčastější genetické syndromy jsou Prader-Williho syndrom, jehož klinické příznaky jsou hypotonie v kojeneckém věku, obezita nastupující po 1. roce, hypefagie, kraniofaciální dysmorfie, hypogenitalismus, malý vzrůst, dále Bardet-Biedlův syndrom, jehož příznaky jsou obezita, psychomotorická retardace, poly či syndaktylie, renální formace, vrozené srdeční vady, retinitis pigmentosa, hypogonadismus a menší vzrůst.

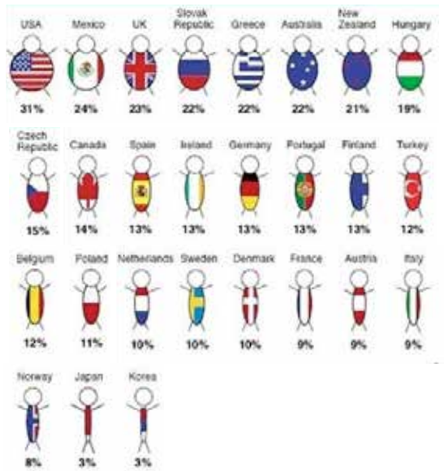
BODY MASS INDEX (BMI)
Chlapci 0-18 let



BODY MASS INDEX (BMI)
Dívky 0-18 let



PROCENTO LIDÍ S OBEZITOU VE SVĚTĚ



Monogenně podmíněná obezita: výzkum posledních 25 let identifikoval nositele mutací genů způsobujících tzv. monogenně podmíněnou obezitu, tj. bez významného přispění dalších genů či faktorů zevního prostředí. Jedná se o geny kódující hormony, resp. neuropeptidy a jejich receptory, které se uplatňují v centrálním nervovém systému buď v neuronální diferenciaci nucleus paraventricularis, či v leptinové – melanokortinové signální cestě. Mutace těchto genů jsou vzácné, jejich identifikace nám umožňuje objasnit dosud neznámé patofyziologické procesy ovlivňující energetickou bilanci. Nejčastěji je vyvolána mutacemi genů pro melanokortinový receptor 4. typu (MC4R). Obezita podmíněná mutacemi ostatních genů je spíše vzácnější – jedná se o geny pro leptin (LEP), leptinový receptor (LEPR), proopiomelanokortin (POMC), prohormon konvertázu 1 (PC1). Nositelé mutací se kromě časně vzniklé obezity s hypefagií dále vyznačují adrenální insuficiencí, poruchou imunity a fertility. Specifická léčba není ve většině případů známa.

Nálezy vedoucí k podezření na geneticky podmíněnou obezitu: rodinná anamnesa: štíhlí rodiče (AR dědičnost de novo mutace), těžká obezita alespoň u jednoho z rodičů a jeho rodiny (AD dědičnost), vznik obezity před 5. rokem života, vývojové opoždění, porucha visu, hluchota, primární hypogonadotropní hypogonadismus či hypogenitalismus, dysmorfické znaky: těžká hyperfagie (PWS, mutace Lep, POMC), rusovlasost (pokud není charakteristickým znakem v rodině), vysoký podíl tukové tkáně – charakteristické pro mutace LEP, LEPR. Diagnózu lze potvrdit genetickou analýzou např. metodou přímé sekvenace v Endokrinologickém ústavu v Praze.

Společným prvkem endokrinních onemocnění spojených s obezitou je snížení růstového tempa a malý vzrůst. Etiopatogeneze rozvoje obezity u těchto onemocnění je komplexní. **Endokrinní příčiny obezity** mohou být: hypotyreosa (primární nebo sekundární), příznaky: struma, snížení růstového tempa, bradykardie, suchá kůže, chladná akra, otoky, myxedém, únava, slabost, obstipace, disproporcionálně zvětšený gluteální obvod u dívky – může se jednat o zvýšenou hladinu androgenů, syndrom polycystických ovarií (PCOS), kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a jiné. Pokud je dospívání pacienta urychleno podstatně výrazněji, než by odpovídalo urychlení růstu a výšce rodičů, může se jednat o hyperandrogenní stav nebo předčasnou pubertu u obou pohlaví, deficit růstového hormonu.

LÉČBA DĚTSKÉ OBEZITY

V dětské obezitologii se medikamentózní léčba či chirurgické zákroky využívají pouze ojediněle. Redukční dieta též není doporučována, jelikož není organismu ve vývoji prospěšná vlivem příliš jednostranné úpravy stravy. To je důvod, proč se terapie obezity u dětí liší od léčby obezity u dospělých (Marinov, Pastucha, 2012; SZÚ, 2013).

Cílem terapie dětské obezity není rychlé a krátkodobé snížení hmotnosti pacienta, ale dlouhodobé udržení průměrné tělesné hmotnosti, a tím snížení výskytu chorob spojených s obezitou (hypertenze, hypercholesterolemie, nemoci kloubů, metabolický syndrom). Úbytek váhy by se měl pohybovat cca 0,5-1 kg/měsíc. Pokud je úbytek váhy větší, je velké riziko jo-jo efektu. Základní postupy v naší obezitologické ambulanci jsou:

- **Významná spolupráce s rodinnými příslušníky**
- **Motivace pacienta, hubnutí hrou – i formou tabletů či chytrých telefonů – krokoměr či fotografování „zdravých“ a „nezdravých“ jídel**
- **Nastavení správného denního režimu**
- **Redukce pasivní aktivity dítěte ve volném čase – pohyb, který baví**
- **Podpora kvality a radosti ze života**
- **Upevňování sebevědomí**

Velice důležité je navázání kontaktu s dítětem a motivace dítěte a rodiče ke stabilizaci váhy či váhového úbytku. Pokud k tomuto navázání nedojde, máme zkušenosti, že rodiče po 2 návštěvách opouštějí ambulanci a hledají další cesty ve formě placených kondičních trenérů či placených diet. Je třeba si uvědomit, že diety nejsou celoživotní a postupem času se pacient, zejména adolescent, stává otrokem diet. A může dojít k převratu až do mentální anorexie, nebo k extrému, tedy monstrózní obezitě. Klademe důraz na motivaci pacienta a upevňování jeho sebevědomí.

Pro úspěšnou léčbu obezity je vždy nutná týmová spolupráce. Naše ambulance úzce spolupracuje s nutričním terapeutem, endokrinologem, hepatologem, diabetologem, kardiologem, rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, psychologem a sociální pracovnicí. V neposlední řadě i s redukčními lázněmi (Křetín, Bludov, Jeseníky, Poděbrady a další).

VÝŽIVA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ

doc. MUDr. Miroslav Tomíška, CSc.

Nádorové onemocnění je velmi často spojeno s rizikem hubnutí a podvýživy. Více než polovina nemocných s nádory zažívacího traktu má známky podvýživy již při zjištění diagnózy, ale podvýživa je častá také u mnoha jiných nádorů.

Příčinou vzniku a prohlubování podvýživy při nádorovém onemocnění není jen nedostatečný příjem stravy, ale také spotřeba energie, bílkovin a dalších živin organismem při boji s nádorem. Příjem stravy je opakovaně narušován různými projevy (symptomy) nádoru, jako jsou nechutenství, nemožnost sníst plnou porci stravy, žaludeční nevolnost, polykací potíže, horečky, jakékoliv bolesti a jiné potíže. Je však narušován také požadavky na lačnění před vyšetřeními a vedlejšími účinky onkologické léčby, nebo i ztrátou zubů při zubním ošetření. Pacient často zhubne po operaci, nebo při horečnaté infekci. U některých nemocných se na hubnutí podílí i špatný psychický stav, způsobený zjištěním nádoru.

Hlavními příznaky podvýživy jsou nechtěná ztráta hmotnosti, úbytek svalové hmoty a fyzická slabost se sníženou výkonností pacienta. Riziko podvýživy se týká také nemocných s nadváhou, nebo dokonce i s obezitou, protože i u těchto pacientů může docházet ke ztrátě svalů a fyzické slabosti. V těchto případech může zůstat podvýživa skrytou a nerozpoznanou.

Každé rychlejší hubnutí je provázeno nejen úbytkem svalové hmoty, ale také úbytkem tělesných bílkovin a celkovým oslabením organismu i oslabením imunity. Přitom dobrý stav imunity je potřebný nejen pro boj organismu s infekcí, ale také pro boj s nádorem.

Závažnou skutečností je, že podvýživa je provázena menší schopností pacienta zvládnout celou onkologickou léčbu, větším rizikem vedlejších účinků této léčby, vyšším výskytem komplikací a horším celkovým efektem protinádorové terapie.

Proto je v současné době doporučeno již od doby zjištění nádoru podporovat příjem stravy a dobrý stav výživy, což znamená snažit se udržet tělesnou hmotnost a zabránit dalšímu hubnutí, pokud už k němu došlo. Tento cíl platí i pro pacienty s nadváhou nebo obezitou, což znamená, že v době onkologické léčby není doporučena ani cílená redukce hmotnosti. Zvláštní význam má podpora výživy u seniorů nad 65 roků, kteří jsou ohroženi podvýživou více, než nemocní středního věku

Prvním krokem k úspěšné podpoře výživy je uvědomit si nebezpečí podvýživy včas a začít se starat o příjem kvalitní stravy, která může být vhodně doplněna užíváním doplňků výživy. Příjem stravy však je omezován symptomy nádoru, a proto je mezi prvními opatřeními účinné zmírnění potíží, které nádor provázejí. Většinou to znamená potřebu kvalitní podpůrné léčby a řádné užívání léků, doporučených onkologem. Často jde o léky proti bolesti, nevolnosti a zvracení, léky k potlačení horečky, nebo o léčbu zácpy či průjmu. Zvláště nemocní s rizikem podvýživy by se neměli snažit tuto podpůrnou léčbu omezovat. Pokud se podaří zmírnit potíže léky, často se zlepší i příjem stravy.

Tam, kde nelze odstranit potíže omezující pacienta v příjmu stravy, je třeba upravit složení a příjem stravy tak, aby pacient byl schopen přijmout kvalitní živiny a udržet tělesnou hmotnost.

Při poruše chrupu, bolestech v ústní dutině nebo obtížném polykání je výhodné změnit stravu na kašovitou nebo tekutou mixovanou a v tom případě také denně mixovat zeleninu a ovoce do podoby smoothie. U většiny nemocných s nechutenstvím nebo časnou sytostí je vhodné zmenšit objem porce a zvýšit počet porcí na 4-6 denně, což znamená snažit se jíst každé 2-3 hodiny. Zvláštní důležitost přitom má snídaně, která by měla být včasná a bohatší, než jsou nemocní většinou zvyklí. Pacient by měl v takovém případě do stravy zařadit více potravin s hutnějším obsahem energie a bílkovin, včetně potravin s vyšším obsahem tuku.

Mnoho pacientů dodržuje různá dietní omezení, která se však v případě hubnutí stávají nevýhodnými. Pokud pacient hubne, začíná mít zásadní důležitost obohacení stravy a obvykle je doporučena výživná strava, místo různých omezujících diet. Léčba podvýživy může mít v takových případech přednost například před dietou s omezením tuků. Je tomu tak i u pacientů s nádorem slinivky břišní s hubnutím, kdy je třeba se snažit do stravy zařadit potraviny s větším obsahem tuku, spolu s užíváním trávicích enzymů.

Nemocní mívají problém s jednotvárností stravy, přijímají stále stejné potraviny, na které jsou zvyklí. Výživová hodnota stravy je však vyšší, pokud je strava pestrá, a proto by se pacient měl snažit zkoušet nové potraviny a stravu obohatit.

K podpoře svalové hmoty je nezbytné zvýšit příjem bílkovin ve stravě. Především jde o živočišné bílkoviny, což znamená pravidelně a často jíst různé druhy masa (včetně bílého), ryby (včetně konzervovaných), sýry a také vejce (až na výjimky bez ohledu na cholesterol). Při větší ztrátě hmotnosti a svalů je vhodné jíst 1-2 vejce denně (10-14 vajec za týden).

Pestrá strava musí obsahovat také zeleninu a ovoce, a to každý den obojí. V případě různých dietních omezení je většinou možné nejen ovoce, ale i zeleninu mixovat a přijímat v tekuté podobě čerstvou. Zeleninu je však možné přijímat i vařenou, čímž se může v případě některých živin dokonce i zlepšit jejich vstřebávání.

Některé zásady výživné stravy u pacientů s nedostatečným příjmem stravy při nádorovém onemocnění ukazuje tabulka.

Hlavní zásady výživné stravy u onkologického pacienta se sklonem k hubnutí

Zrušit dietní omezení, pokud nejsou zcela nezbytná
Pravidelně jíst bílkovinné potraviny (maso, šunka, ryby, vejce, tvrdý sýr, tvarohové sýry)
Zařadit do stravy více tuku (tučnější sýry, tučný tvaroh, rostlinné oleje)
Zvýšit pestrost stravy, zkoušet nové potraviny (mozzarella, cereální kaše a mnoho dalších)
Při poruše kousání nebo polykání jíst kašovitou stravu, denně mixovat zeleninu i ovoce
Jíst častěji (4-6x denně) menší porce
Neodkládat snídani, obohatit ji o bílkovinné potraviny, zpestřit snídaně
Jíst v příjemném prostředí, atraktivně upravené jídlo, měnit společnost a místo příjmu stravy

Při přetrvávajícím nedostatečném příjmu stravy (pokud se jej nepodařilo zlepšit úpravou stravy do výživné podoby) je pro většinu nemocných výhodné doplnit stravu přípravky tekuté nebo krémové výživy typu Nutridrinku. Tyto přípravky většinou obsahují všechny potřebné živiny ve vhodném poměru a často mají zvýšenou dávku vitamínů. Nemocný si je může koupit v lékárně bez předpisu, ale v některých případech mohou být předepsány specialistou na recept.

V současné době je k dispozici široká paleta těchto přípravků s různými názvy, různým složením a také s různými příchutěmi. Pro pacienty s nádorovým onemocněním jsou zvláště vhodné přípravky s označením Protein (které mají vyšší obsah bílkovin) nebo přípravky s obsahem rybího oleje. Vzhledem k velkému množství přípravků tohoto typu je však vhodné, aby se nemocný poradil s lékařem.

Cílem pravidelného užívání těchto doplňků stravy je udržení tělesné hmotnosti nebo dosažení nárůstu hmotnosti po předchozím zhubnutí. Viditelným účinkem může být subjektivní pocit nárůstu energie, větší schopnost fyzické aktivity nebo snížení výskytu infekčních a jiných komplikací při onkologické léčbě. K dosažení takových cílů je však třeba tyto doplňky užívat pravidelně po dobu nejméně několika týdnů a současně se snažit o zlepšení příjmu výživné stravy, která zůstává základem výživy u většiny pacientů.

Výživná strava by měla být vždy provázena pravidelnou fyzickou aktivitou podle možností pacienta. V optimálním případě jde nejen o chůzi, ale také o posilování svalů horní části těla. Pravidelné cvičení by mělo být prováděno již od doby zjištění nádoru, jakmile se pacientův stav alespoň částečně zlepší a je toho schopen. To znamená, že cvičení je doporučeno i v průběhu onkologické léčby, pokud není lékařem výslovně zakázáno. Cvičení může mít podobu pouze mírné nebo střední fyzické aktivity, cvičit je možno i vsedě na židli nebo na tvrdém lůžku. Cvičení při nádorovém onemocnění je dnes považováno za velmi účinnou formu podpůrné léčby, která podporuje udržení svalové hmoty a výkonnosti, zlepšuje kvalitu života a přispívá k lepšímu výsledku onkologické léčby.

HLAVNÍ ZÁSADY VÝŽIVNÉ STRAVY U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA SE SKLONEM K HUBNUTÍ

Zrušit dietní omezení, pokud nejsou zcela nezbytná
Pravidelně jíst bílkovinné potraviny (maso, šunka, ryby, vejce, tvrdý sýr, tvarohové sýry)
Zařadit do stravy více tuku (tučnější sýry, tučný tvaroh, rostlinné oleje)
Zvýšit pestrost stravy, zkoušet nové potraviny (mozzarella, cereální kaše a mnoho dalších)
Při poruše kousání nebo polykání jíst kašovitou stravu, denně mixovat zeleninu i ovoce
Jíst častěji (4-6x denně) menší porce
Neodkládat snídani, obohatit ji o bílkovinné potraviny, zpestřit snídaně
Jíst v příjemném prostředí, atraktivně upravené jídlo, měnit společnost a místo příjmu stravy

AKTUÁLNÍ DEMOGRAFICKÁ SITUACE A PROGNÓZA ČR

prof. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Až do padesátých let 20. století umírali lidé předčasně. Za posledních sto roků se střední délka života (SDŽ) téměř zdvojnásobila, což představuje jeden z největších úspěchů lidstva a vědy vůbec. Délka lidského života se nyní začíná přibližovat jeho biologické hranici. Pravděpodobnost dožití se vysokého věku přestává být výjimečným jevem, ale stává se naopak normální a masovou záležitostí. Jedním z hlavních rysů světové populace 20. století je absolutní i relativní růst počtu seniorů, a to v rozvinutých i rozvojových zemích. Hovoří se o „stárnutí staré populace“.

Průměrný věk obyvatel České republiky stoupnul za pouhých 10 let z 38,8 na 40,6 roků. Do roku 2065 lze předpokládat nárůst o dalších 8 let (obr. 1). Aktuálně je v ČR nyní ve věku 65 a více roků 18,8 %.
Aktuální střední délka života pro rok 2016 byla přitom u mužů 76,22 roků a u žen 82,05 roků. Za posledních 28 let (tedy od roku 1990) přitom došlo k jejímu vzestupu u mužů o 8,5 roků a u žen o 7,3 roků.
Index stáří (poměr seniorů ≥ 65 let k dětem do 15 roků) jako jeden ze základních demografických ukazatelů v ČR plynule roste. Nyní činí 121 seniorů na 100 dětí. Ještě v roce 2000 byl 83,1 a v roce 2060 by měl činit neuvěřitelných 243,6, t.j., že na každé dítě do 15 let by připadali více než 2 senioři.
Z těchto demografických dat jednoznačně vyplývá i fakt, že většina lékařů stráví větší část své profesní kariéry péčí o jedince vyššího věku. Charakteristickým znakem současné medicíny prakticky ve všech jejích oborech (mimo pediatrie) je její masivní „geriatrizace“.

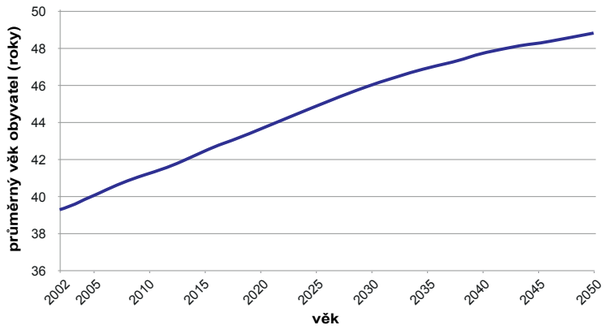
GERIATRICKÁ MULTIMORBIDITA (GM) – PŘÍČINY, NÁSLEDKY A SOUVISLOSTI

Většina kliniků považuje multimorbiditu za nepříjemný jev spojený s poklesem funkčních kapacit, kognitivní poruchou a navíc s rizikem interakcí mezi nemocemi samotnými a jejich případnou medikamentózní léčbou. V séniu (zejména pozdním) je multimorbidita spíše pravidlem než výjimkou. U osob ≥ 85 roků je multimorbidních více než 75 %.

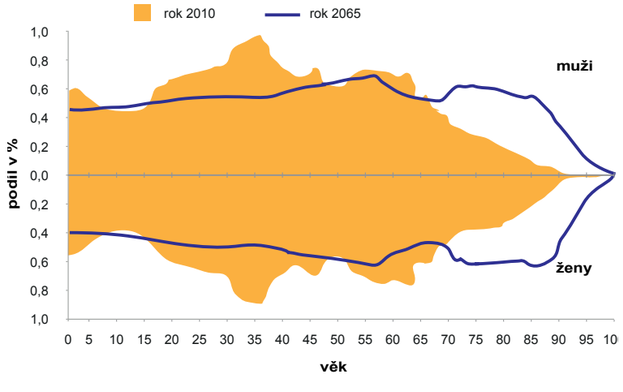
Úskalí a negativa GM představují:

- Zrychlený pokles funkčních kapacit
- Vyšší výskyt symptomů a subjektivních potíží
- Pokles kvality života
- Vyšší mortalita

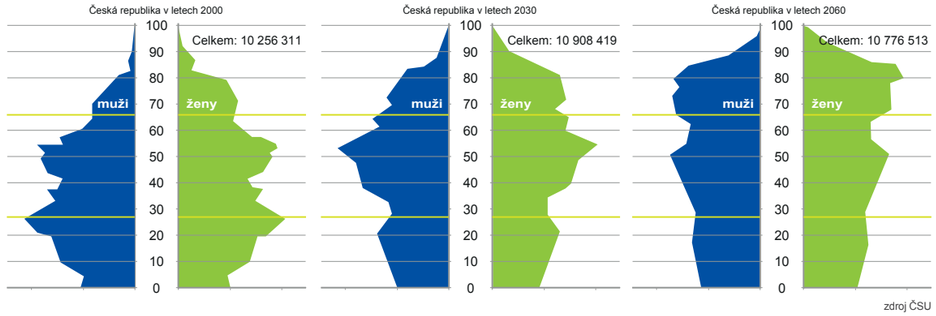
PRŮMĚRNÝ VĚK OBYVATEL ČR V LETECH 2002 AŽ 2050 BEZ OHLEDU NA POHLAVÍ



POROVNÁNÍ VĚKOVÉ SKLADBY OBYVATEL ČR PODLE POHLAVÍ MEZI ROKY 2010 A 2065



VĚKOVÁ SKLADBA OBYVATELSTVA PODLE POHLAVÍ ČR V LETECH 2000, 2030 A 2060



Grafy nabízí porovnání současnosti s demografickou prognózou v letech 2030 a 2060. Je zjevné, že v té době by měly být nejpočetnější skupinou obyvatel v ČR ženy ve věkové dekádě mezi 80 až 90 lety.

- Vyšší riziko hospitalizace
- Vyšší riziko umístění do ústavní péče (domov pro seniory atp.)
- Stoupající náklady na zdravotní péči

Mnohem důležitější než teoretické rozvahy nad GM je přístup ke geriatrickým multimorbidním pacientům. Ten by měl zahrnovat mezioborovou spolupráci ve sféře lékařské, ošetřovatelské, terapeutické i psychosociální, aby byl naplněn individuálně vytvořený plán léčebné a ošetřovatelské péče. Geriatrická medicína klade zásadní důraz na celostní přístup k nemocnému seniorovi a nikoli jen na jednu zdánlivě hlavní diagnózu, případně její patogenezi. V každodenní praxi terapie seniorů tak hrozí s ohledem na GM vedle „overtreatment“, jež vede k předvídatelným komplikacím, na druhé straně i „undertreatment“.
Složitá zdravotní a sociální situace je u GM běžná. Lze říci, že je spíše pravidlem. Často přitom může vést ke komplikovaným léčebným režimům, jež je pro seniory obtížné pochopit a pro lékaře zase náročné je vysvětlit. Od ošetřujícího lékaře vyžaduje schopnost koordinace terapie různých orgánových systémů a také schopnost spolupracovat s dalšími lékaři (specialisté různých oborů, včetně podoborů interny) a dovednost komunikace s nemocnými a jejich rodinami, aby byly terapeutické snahy správně nejen chápány, ale i uskutečňovány.
Uvedené problémy somatické, psychické a sociální se ve vzájemné interakci vyznačují „obtížnou léčitelností“, chronickým průběhem s progresí a relativně nepříznivou prognózou. Nemocnému a jeho okolí přinášejí mnoho jen velmi obtížně zvladatelných situací a problémů. U velmi starých jedinců (tzv. „old-old“ – 80 roků a více) nemoci probíhají způsobem, který se obvykle podstatně liší od průběhu chorob ve středním věku, a vyžadují i odlišný přístup umožňující zlepšení zdravotního stavu nebo alespoň udržení stávající soběstačnosti a akcentující návrat do domácího prostředí.

Atypická prezentace nemoci ve stáří zahrnuje:

- Chybí obvyklé příznaky typické pro určitou diagnózu (dg.)
- Naopak jsou přítomny změny chování a funkčních schopností
- Nestanovení správné dg. při atypické symptomatologii může vést k chybným závěrům, chybné dg. a nesprávné terapii.

POLYFARMAKOTERAPIE – KLÍČOVÝ PROBLÉM SOUČASNÉ MEDICÍNY

S vyšším věkem souvisí multimorbidita, jak bylo zmíněno výše, a s ní je těsně spjata farmakoterapie chorob vyššího věku. Rostoucí počet seniorů a stále ještě relativně malá pozornost věnovaná této skutečnosti v širší lékařské veřejnosti činí tuto problematiku klinicky velmi významnou z praktického hlediska. Gómez upozorňuje na asociaci rizika vyšší mortality u polyfarmakoterapie. Tato skutečnost jen podtrhuje potřebu hlubších znalostí alespoň základů gerontofarmakologie a jejích specifik v širší lékařské veřejnosti.
Polyfarmakoterapie je fenomén často provázející medikamentózní terapii starších jedinců (zejména ≥ 75 r.) s multimorbiditou a často s dalšími geriatrickými syndromy. Polyfarmakoterapie je obvykle definována jako užívání ≥ 5 léků nebo dokonce extrémní polyfarmakoterapie, t.j. ≥ 10 různých léků současně (zejména ve skupině osob ≥ 85 r.). Terapeutické okno s rostoucím věkem se zužuje, klesá compliance, stoupá interindividuální variabilita účinku léků a zvyšuje se riziko lékových interakcí a nežádoucích účinků léčebných (NÚL) přípravků.
V současné době může lékař díky velmi široké paletě léčiv a pokroku na poli technologie lékových forem volit léčivý přípravek prakticky „na míru“ konkrétnímu pacientovi. Tato možnost však na druhou stranu přináší některá úskalí. Kvůli tomu mohou být i závažné choroby obtížně odhalitelné a probíhat subklinicky. Především klade velké nároky na odbornou zdatnost lékaře, na jeho orientaci v dostupných léčivech a na detailní znalost jejich možností a potenciálních rizik. Pro lékaře v ambulantní praxi jsou někdy také problematicky dostupné výsledky recentních studií. Toto terapeutické úsilí může zpočátku vést ke zcela odůvodněné a účelné farmakoterapii, od níž je již velmi blízko k polypragmazii s možnými zdravotními riziky pro pacienta, nehledě na snižující se compliance a narůstající náklady terapie.

SPECIFIKA FARMAKOTERAPIE VE STÁŘÍ – OBECNÉ ZMĚNY

Základním požadavkem na farmakoterapii ve stáří je jednoduchost, účelnost a účinnost. V geriatrické medicíně obecně převažuje symptomatická léčba nad kauzální. Její nežádoucí účinky mohou zásadním způsobem alterovat klinický obraz chorob. Rozdíly mezi reakcí na tutéž dávku léku ve stáří mohou být v pásmu 4 až 40násobku průměru. Tato variační šíře účinku je ve stáří téměř pravidlem a nereflektují ji ani doporučení výrobců. Obecně doporučované dávky tak u mnoha starých pacientů mohou být příliš vysoké. Obecně platí pravidlo: Začínat malými dávkami a zvyšovat pomalu až k dosažení odpovědi. Čekat se zvýšením nejméně po dobu tří biologických poločasů. Vyrovnaná hladina léku se dosáhne po uplynutí 4-5 biologických poločasů. Vyplývá to ze všeobecných zákonitostí farmakokinetiky. Důležité v geriatrické farmakoterapii je aktivně sledovat výskyt nežádoucích účinků léků a používat jednoduchá dávkovací schémata.
Z uvedeného plyne, že zatímco většině nemocných mladšího a středního věku přináší běžně užívané léčebné postupy užitek, ve stáří (zejména pozdním) nejsou zcela bez rizika. Výsledky velkých klinických studií mohou podhodnocovat riziko podávání řady léků v běžné klinické praxi.

Rozšířenou verzi článku naleznete na www.fnbrno.cz/aktuality.

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

ČEKÁ VÁS KOLONOSKOPIE?

CHCETE SE DOZVĚDĚT VÍCE O VYŠETŘENÍ?

CHCETE SE NA VYŠETŘENÍ DOBŘE PŘIPRAVIT?

CHCETE SE ZBAVIT ZBYTEČNÉHO STRACHU Z VYŠETŘENÍ?

CHCETE SE DOZVĚDĚT ODPOVĚDI NA VEŠKERÉ OTÁZKY, KTERÉ SE TÝKAJÍ KOLONOSKOPIE?

ENDOSKOPICKÉ CENTRUM

VÁS ZVE NA INFORMAČNÍ HODINY, KDE VÁM ZODPOVÍME VAŠE OTÁZKY A POMŮŽEME VÁM S PŘÍPRAVOU NA KOLONOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ

KDY?

středa 16^{00} - 18^{00}

sobota 14^{00} - 16^{00}

ÚČAST JE MOŽNÁ PO TEL. OBJEDNÁNÍ NA TEL. +420 532 233 747

TĚŠÍME SE NA VAŠI NÁVŠTĚVU

VÁŠ ODBORNÝ TÝM ENDOSKOPICKÉHO CENTRA

Oddělení léčebné výživy FN Brno doporučuje

DĚTSKÁ OBEZITA Z POHLEDU NUTRIČNÍHO TERAPEUTA

Bc. Mgr. Kateřina Ondrušová

V dnešní době s téměř neomezenými stravovacími možnostmi se dětská obezita stává velkým problémem. A to u dětí všech věkových kategorií včetně věku kojeneckého. Dětská obezita tvoří v ambulancích praktického lékaře pro děti a dorost po alergických onemocněních druhou největší skupinu dětí, které jsou ohroženy chronickým onemocněním. Nárůst prevalence obezity u dětí je dán zejména výraznou změnou ve způsobu a výběru konzumované stravy a poklesem spontánní pohybové aktivity.

JAKÝ JE VÝSKYT

Dle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2016 pro Českou republiku má 27,5 % dětí nadváhu a 9,7 % dětí obezitu. Oproti tomu v roce 1994 registrovali praktičtí lékaři ve svých ordinacích 3,7 % obézních dětí, v roce 2000 bylo s nadměrnou hmotností evidováno již 13 % dětí.

CO JE OBEZITA

Obezita je multifaktoriální metabolické onemocnění, které je vyvoláno jak faktory genetickými, tak faktory prostředí. Projevuje se nadměrným zmnožením a uložením tukové tkáně v těle. Základní princip vzniku je ale stále stejný. Energetický příjem převyšuje energetický výdej. Jednoduše řečeno, tělo dítěte nezvládne spálit vše, co snědlo a vypilo.

Ke stanovení obezity u dětí se používá poměr váhy, výšky a věku zasazený do percentilového grafu, který určí na základě vyhodnocení stupeň obezity.

Zásadní roli v rozvoji obezity sehrávají špatné stravovací návyky a nedostatek pohybové aktivity dítěte. My se setkáváme s obézním pacientem v nutriční poradně nebo na oddělení. Typickým negativním prvkem ve stravování dětí je nepravidelnost v jídle. Děti vynechávají snídaně, svačiny, nebo více jídel během dne. V jídelníčku převažují ve velkém množství potraviny s vyšším zastoupením jednoduchých cukrů, jako jsou sladkosti, sladké sycené nápoje, sladké pečivo a jiné sladké pochutiny. V oblibě mají děti také energeticky bohatá jídla s vysokým obsahem nasycených tuků jako hranolky, smažené pokrmy, pizzy, chipsy, zákusky nebo fast food občerstvení. Nyní již není nákup nevhodných potravin v režii pouze rodičů a prarodičů. Je stále více možností a lákadel, kde si dítě může nakoupit zmiňované potraviny z kapesného. Naopak málokdy se v jídelníčku setkáváme s každodenní konzumací ovoce a velmi zřídka s konzumací zeleniny. Ze zápisů stravy vyplývá také nízké zastoupení celozrnných obilovin, luštěnin, ryb a ořechů s olejnatými semeny v přirozené podobě. Dítě si raději zvolí variantu sladkou, praženou nebo slanou. Na dotaz o konzumaci ryb a luštěnin je odpověď většinou negativní, z velké části ovlivněna rodinnými zvyky. Strava obézních dětí je tedy velmi nevyvážená a neplnohodnotná s nízkým zastoupením vlákniny, vitamínů a minerálních látek.

NUTRIČNÍ PORADNA

V Dětské nemocnici funguje od roku 2012 Nutriční poradna, kam jsou posílány děti ze specializovaných ambulancí při Dětské nemocnici – gastroenterologické, diabetologické, endokrinologické, ambulance pediatrie a dědičných poruch (nejčastěji fenylketonurie), infekční (především cystická fibróza), neurologické (ketogenní dieta, deficit myoadenylátdeaminásy) a onkologické, nemalou část tvoří obézní děti odeslané praktickými lékaři pro děti a dorost. Většinu diagnóz však tvoří dětská nadváha a obezita způsobená špatnými stravovacími návyky a nezdravým životním stylem. Za rok 2017 prošlo nutriční poradnou 134 novozáchytů dětí s obezitou a proběhlo 149 kontrol. I když po prvotní edukaci by měla vždy následovat kontrolní sezení, není pravidlem, že děti s rodiči, respektive rodiče s dětmi, všechny potřebné kontroly dodrží.

RIZIKA

Obezita u dětí není jen estetická vada. Rozhodně ovlivňuje děti do budoucna. S obezitou se pojí riziko vzniku přidružených nemocí, jako je vysoký krevní tlak, poruchy metabolismu, výskyt cukrovky. Kardiovaskulární onemocnění, poškození pohybového aparátu, skolióza nebo vadné držení těla pak zvyšují riziko rychlejšího vzniku těchto onemocnění v dospělosti.

PSYCHIKA

Velmi často jsou obézní děti šikanovány a vyčleňovány z kolektivu, a to nejen spolužáky. Bývají považovány za líné, hloupé. Vše má vliv na jejich psychiku a podporuje to pocity méněcennosti, úzkosti a stranění se ostatním. Nebo naopak ze své „výjimečnosti“ chtějí těžit, a tak jim vlastně jejich tělesný stav zdánlivě vyhovuje. Narušená psychika vyžaduje pomoc odborníků.

ŘEŠENÍ A PREVENCE

Obézní dítě je důležité mít ve sledování co nejdříve. Tím je pak léčba úspěšnější. Prvotní léčba dětské obezity většinou nevyužívá léků ani chirurgických zákroků a vždy probíhá pod dohledem lékaře. Dítě není malý dospělý, dochází k vývoji a růstu, proto nedoporučujeme držet žádné striktní redukční režimy. Vždy se snažíme vysvětlit jak rodičům, tak dítěti, že léčba dětské obezity je změnou životního stylu celé rodiny. Rodič by měl jít příkladem a podporovat dítě ve změně. I náš edukační materiál Základní doporučení pro rodiče a děti pro léčbu dětské obezity tato zásadní a základní pravidla léčby obezity podtrhuje.

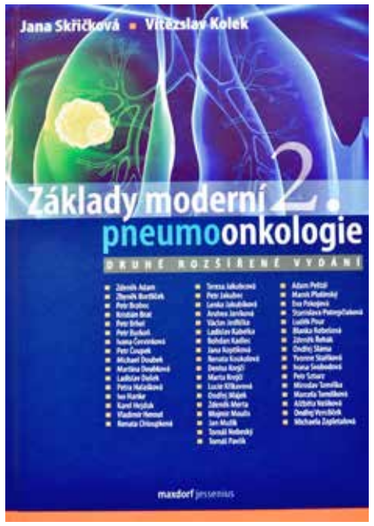
Jestliže vštěpujeme zásady zdravého životního stylu dítěti od útlého věku, stanou se pro dítě naprosto přirozené a normální a ani vliv okolí je nijak zásadně nevychýlí. Informovanost a zodpovědnost jsou tou hlavní prevencí.

K zajištění všech potřebných živin pro dítě je vhodné vybírat z různých druhů potravin a navzájem je vhodně kombinovat. Je potřeba dbát na pestrou a vyváženou stravu s dostatečným zastoupením obilovin, masa, ryb, mléka, mléčných výrobků, ovoce a zeleniny.

Celý článek naleznete na www.fnbrno.cz/aktuality.

- ČELEDOVÁ, Libuše, Jan HOLČÍK a kol. Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 203 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
- ČELEDOVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA a kol. Člověk ve zdraví a v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
- DANEŠ, Luděk. Bolest a sexuální dysfunkce mužů. Praha: Grada Publishing, 2018, 145 s. ISBN 978-80-271-0677-6.
- DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa Hájková: Následná intenzivní péče. Praha: Mladá fronta, 2018, 605 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
- DYRHONOVÁ, Olga a kol. Léčebná rehabilitace v pediatrii. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, 2017, 96 s. ISBN 978-80-7496-313-1.
- GŘIVA, Martin. Paliativní péče v kardiologii. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018, 271 s. ISBN 978-80-7553-481-1.
- HALENKA, Milan a Zdeněk FRYŠÁK. Atlas ultrasonografie štítné žlázy. 2. rozšíř. vyd. Praha Maxdorf, 2017, 360 s. ISBN 978-80-7345-535-4.
- HNÍZDIL, Jan. Příběhy obyčejného uzdravení. Praha: NLN, 2017, 271 s. ISBN 978-80-7422-601-4.
- HOLÁ, Alena. Medical English 2: medicine and healthcare. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 182 s. ISBN 978-80-246-3723-5.
- HONZÁK, Radkin. Psychosomatická prvouka. Praha: Vyšehrad, 2017, 335 s. ISBN 978-80-7429-912-4.
- CHLÍBEK, Roman a kol. Očkování dospělých. Praha: Mladá fronta, 2018, 455 s. ISBN 978-80-204-4624-4.
- JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol. Skupinová edukace diabetiků: jak na to… Semily: Nakladatelství Geum, 2017, 158 s. ISBN 978-80-87969-33-5.
- KARÁSEK, David. Diabetická dyslipidemie. Praha: Maxdorf, 2018, 179 s. ISBN 978-80-7345-556-9.
- KNOPPOVÁ, Tereza a kol. Léčebná rehabilitace v interním lékařství. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, 2017, 158 s. ISBN 978-80-7496-311-7.
- KOZÁK, Jiří. Opioidy. Praha: Mladá fronta, 2018, 462 s. ISBN 978-80-204-4550-6.
- KUBÍČEK, Miloslav a kol. Léčebná rehabilitace v ortopedii a revmatologii. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, 2017, 140 s. ISBN 978-80-7496-312-4.

- MATĚJČEK, Zdeněk. Rodiče a děti. Praha: Vyšehrad, 2017, 353 s. ISBN 978-80-7429-797-7.
- OLŠOVSKÝ, Jindřich. Diabetes mellitus 2. typu. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2018, 118 s. ISBN 978-80-7345-558-3.
- PETR, Miroslav. Sportovní genomika: genetické determinanty pohybové činnosti. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 158 s. ISBN 978-80-246-3745-7.
- POMPAOVÁ, Robin Nixon. Zdravé děti bez alergií. Brno: CPress, 2018, 222 s. ISBN 978-80-264-1794-1.
- RÖCKEN, Martin a kol. Kapesní atlas dermatologie. Praha: Grada Publishing, 2018, 394 s. ISBN 978-80-271-0106-1.
- ROZSÍVAL, Pavel a kol. Oční lékařství. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2017, 229 s. ISBN 978-80-7492-316-6.



- RUŠAVÝ, Zdeněk a kol. Jak počítat sacharidy? Praha: Maxdorf, 2018, 107 s. ISBN 978-80-7345-557-6.
- ŘEZÁČOVÁ, Jitka. Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci. Praha: Mladá fronta, 2018, 710 s. ISBN 978-80-204-4657-2.
- ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 154 s. ISBN 978-80-7345-553-8.
- SKŘIČKOVÁ, Jana, Vítězslav KOLEK a kol. Základy moderní pneumoonkologie. 2. vyd. Praha: Maxdorf , 2017, 561 s. ISBN 978-80-7345-551-4.
- STACPOOLEOVÁ, Min, Amanda THOMPSELLOVÁ a Jo HOCKLEYOVÁ. Manuál pro zavedení péče Namasté: udržování kvality života osob s pokročilou demencí. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2017, 103 s. ISBN 978-80-86541-51-8.
- STANĚK, Libor a kol. Molekulární onkologie v kazuistikách. Praha: Current Media, 2017, 191 s. ISBN 978-80-88129-27-1.
- VÁCLAVÍK, Jan. Obtížně léčitelná hypertenze. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017, 134 s. ISBN 978-80-204-4421-9.
- VOJÁČEK, Jan a Jiří KETNER. Klinická kardiologie. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2017, 1193 s. ISBN 978-80-7345-549-1.
- VYMAZAL, Tomáš a kol. Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým. Praha: Mladá fronta, 2017, 199 s. ISBN 978-80-204-4710-4.
- WILKINSON, Jan B. a kol. Oxford handbook of clinical medicine. 10. vyd. Oxford: Oxford University Press, 894 s. ISBN 978-0-968990-3.
- WOLFE, Scott W. Green´s operative hand surgery : vol. 1 a 2. 7th ed. Philadelphia, Elsevier, 2017, 2059 s. ISBN 978-1-4557-7427-2.
- ZEMAN, David. Praktický průvodce laboratorním vyšetřením likvoru. Olomouc, Fakultní nemocnice Ostrava, 2018, 135 s. ISBN 978-80-244-5262-3.
- ZIMBARDO, Philip a Nikita D. COULOMBOVÁ. Odpojený muž: jak technologie připravuje muže o mužství a co s tím. Praha: Grada Publishing, 2017, 280 s. ISBN 978-80-247-5797-1.
- ZLÁMAL, Jaroslav. Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR. Olomouc: Computer Media, 2016, 119 s. ISBN 978-80-7402-247-0.

Pod záštitou ředitele FN Brno
u příležitosti Světového dne srdce
a v rámci Brněnských dnů pro zdraví
pořádá
Interní kardiologická klinika
FN Brno Den otevřených dveří.

23. září 2018

10:00 - 13:00 hod.

KARDIO DEN

FN Brno

PROGRAM:

- *prohlídka prostor kliniky – Koronární jednotky, sálky pracoviště invazivní a intervenční kardiologie, Arytmologické sálky, ECHO pracoviště, lůžkové oddělení*
- *možnost preventivních vyšetření, EKG, měření krevního tlaku, cholesterolu, stanovení kardiovaskulárního rizika*
- *nácvik kardiopulmonální resuscitace*
- *poradenství - odvykání kouření, dietní specialisté, specializovaná edukace pro kardiaky, specializovaná fyzioterapie*

„Rozum se na delší dobu zastaví v životě mnohokrát. Srdce jen jednou."

NAVŠTIVTE KARDIO DEN NA IKK

www.fnbrno.cz
www.facebook.com/FNBrno
www.twitter.com/FNBrno

BRNO - ZDRAVÉ MĚSTO

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO