

V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

2012

www.solen.cz
ISSN 1803-5930

Abstrakta

V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

15. června 2012, Regionální centrum Olomouc

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická FN Olomouc,
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha,
Česká společnost pro léčbu rány

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

POŘADATELÉ

- II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická FN Olomouc
- Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha
- Česká společnost pro léčbu rány

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

15. června 2012, Olomouc

PARTNEŘI

AURA Medical s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
Bohemia Crystal
Bohušovická mlékárna, a.s.
Lohmann & Rauscher, s.r.o.
Mölnlycke Health Care, s.r.o.
QuadraCare CZ s.r.o.
UNTRACO, v.o.s.
VAVA.eu s.r.o.
ZEPTER INTERNATIONAL s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



 **GRADA**


portál

maxdorf

Pořadatelé děkují uvedeným firmám
za spoluúčast na finančním zajištění konference

Informace

Pořadatel

*II. interní klinika – gastro-enterologická
a hepatologická FN Olomouc,
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha,
Česká společnost pro léčbu rány,
Solen, s. r. o.*

Odborný garant

Bc. Lenka Šeflová

Organizátor

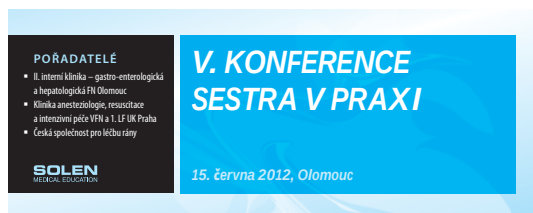
*SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Hana Danyi, mob.: 724 048 902
tel.: 582 396 038, e-mail: danyi@solen.cz*

Datum a místo konání

*Olomouc, 15. 6. 2012
REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC*

Ohodnocení

*Účast na akci je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 4 kredity pro
všeobecné sestry, nutriční terapeutky a sociální pracovníky.*



V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

Grafické zpracování a sazba: Milan Matoušek, matousek@solen.cz

ISSN 1803-5930

Program

9.05–10.25 NOVINKY V HOJENÍ RAN

- Novinky v hojení ran a léčbě bolesti – MUDr. J. Stryja
- Využití hyperbaroxie u léčby ran – Bc. J. Maršálková
- Periferní žilní kanylace – Bc. L. Šeflová

10.25–10.45 Přestávka s občerstvením

10.45–12.05 VÝŽIVA

- Výživa seniorů – MUDr. J. Krupková
- Režim na specializovaném lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy – Bc. K. Bartová
- Dezinfekce – stále aktuální – L. Čiklová
- Vývoj odběrových systémů a biochemických vyšetřovacích postupů – H. Jindrová

12.05–12.15 Přestávka

12.15–13.35 PRÁVO A KOMPETENCE SESTER

- Novinky pro zdravotnictví a sociální služby – JUDr. Ing. L. Prudil

13.35–14.05 Polední pauza

10.45–12.05 WORKSHOP / sál Andromeda

- Řešení bolesti pomocí lokální terapie – Mgr. M. Koutná

BONUS

- Jako bonus mají účastníci akce vstup na konferenci **Ošetrovatelská péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním**
Vybrané kapitoly se zaměřením na zvyšování kvality a bezpečnosti.
Program začíná ve 14.00 hodin a bude ohodnocen dalšími **4 kredity**.
Podporováno EU.

NOVINKY V HOJENÍ RAN

pátek / 15. 6. 2012 / 9.05–10.25

Novinky v hojení ran a léčbě bolesti

MUDr. Jan Stryja

Centrum cévní a miniinvasivní chirurgie,
Nemocnice Podlesí a.s.

Přítomnost nehojící se rány a bolesti s ní spojené jsou jedny z faktorů, které se podílejí na snížené kvalitě života pacientů s chronickou ránou. Převaz rány a její débridement navíc často vedou k psychické a somatické traumatizaci pacienta. Agresivní převaz a trauma rány jsou nejen zdrojem bolesti, ale vedou také k poranění spodiny rány a jejího okolí s rizikem krvácení a následné ranné infekce, stigmatizují pacienta. Profesor White (Wounds UK, 2008) zjistil, že při porovnání moderních krytí v kombinaci s tradičními materiály bylo v souvislosti s použitým krytím s měkkou silikonovou adhezivní technologií Safetac zaznamenáno signifikantní zmírnění závažnosti bolesti. Mezi praxí ověřené neadherentní atraumatické materiály vhodné k převazům bolestivých ran a ulcerací s rizikem poranění při převazu patří především polyuretanové pěny a mřížky s měkkým silikonem: např. Safetac® technologie (Mepilex®, Mepitel®), dále hydrogely a gel tvořící krytí (Hydrofiber®). Komplexní léčba bolestivé rány je zaměřena na kauzální léčbu místních poruch provázejících stagnaci hojení (ischemie, otok, macerace, tlakové poškození kůže, trauma), farmakologickou léčbu bolesti i léčbu psychických poruch spojených s vnímáním bolesti. U řady nemocných se setkáváme s tím, že již samotná hospitalizace je vnímána jako výrazné omezení kvality života a v indikovaných případech proto využíváme možnosti ambulantního ošetřování nebo například tzv. jednodenní chirurgie. Podtlaková terapie ran je považována za vysoce efektivní metodu lokálního ošetřování ran. Až donedávna byla prováděna především za hospitalizace. NPWT

umožňuje časnou mobilizaci pacientů po chirurgických výkonech, zlepšuje efektivitu lokálního ošetřování rány, urychluje hojení a snižuje tak i celkové náklady na léčbu. Ambulantní podtlaková terapie k těmto výhodám přináší ještě snížení zátěže lůžkového fondu nemocnice. Inovací podtlakové terapie dostupnou nově i v České republice je systém PICO, který k provozu nevyžaduje přítomnost sběrného kanystru. PICO je snadno ovladatelné, lehké, neomezuje pacienta v pohybu ani běžných denních činnostech. Kontaktní vrstva krytí, která přenáší podtlak na spodinu rány, je tvořena měkkým silikonem, který minimalizuje riziko poranění při výměně. PICO je indikováno na slabě až středně secernující plošné i hluboké rány s intervalem převazů 2x týdně. Lze jej použít u akutních i chronických ran. PICO používáme k ambulantní podtlakové, již 6 měsíců s velmi dobrým efektem. Další inovací na poli terapeutických krytí jsou materiály obsahující med. Med byl na rány používán již ve starověkém Egyptě (3500 př. n. l.). Med má tyto biologické účinky: má vysokou nutriční hodnotu (cukry, minerály, aminokyseliny, vitaminy, voda – cca jen 17%), med má osmotický účinek na spodinu rány (redukuje otok, podporuje vlhké prostředí a autolytický débridement), aktivuje proteolytické pochody rozkládající fibrin, acidifikuje pH rány, má antioxidační funkci, protizánětlivou, antimikrobiální a deodorační účinnost, byla potvrzena i imunostimulační aktivita. Med dále stimuluje růst obnovovaných tkání – stimulace angiogeneze, granulační tkáně i epitelizace. Medicinální medy mají různé složení i různou biologickou aktivitu, mezi nejčastěji používané patří Manuka med (Nový Zéland) a pohankový med. Medicinální med musí splnit přísné standardy kvality: přírodní původ, bez chemické kontaminace včetně absence pesticidů a těžkých kovů, bez bakteriální kontaminace (spory *Clostridium* sp.). Na účinnost medu nemá vliv rezistence bakterií vůči antibiotikům. Materiály obsahující med jsou dostupné v několika formách: gel/hydrogel s medem, neadherentní mřížky impregnované medem, alginát impregnovaný medem, ev. plošná medová krytí.

Od 1.4.2012 v České republice platí novelizace tzv. zdravotního zákona č. 48/1997 Sb., příloha 3, oddíl C. Dle jejího znění jsou ze zdravotního pojištění hrazeny prostředky pro vlhké hojení ran do maximálního rozměru 12x12 cm a maximální ceny 160 Kč bez revizního lékaře pro odbornosti: chirurgie, dermatovenerologie, diabetologie, geriatric, interna, angiologie. Pravomoc předepisovat tyto materiály může specialista přenést i na praktické lékaře. Při léčbě delší než 3 měsíce je nutné schválení revizním lékařem. Prováděcí metodika je stále ještě předmětem jednání s VZP. Materiály k ošetřování ran může pacientovi předepsat pouze lékař. Po novelizaci se zvýšila úhrada materiálů, zároveň ale můžeme sledovat i zvýšení činnosti revizních lékařů, kteří regulují preskripci mimo 3měsíční lhůtu a kontrolují formální správnost vystavených poukazů.

Využití hyperbaroxie u léčby ran

Bc. Jana Maršálová, Jarmila Tichavská

Centrum hyperbarické medicíny Ostrava

Hyperbarická oxygenoterapie (HBO) je léčebná metoda spočívající v inhalaci 100% kyslíku za podmínek vyššího tlaku, než je tlak atmosferický a má příznivý vliv na hojení ran, boj proti infekci, snížení otoku a stimulaci fibroblastů. Během HBO dochází k mnohonásobnému zvýšení parciálního tlaku kyslíku v krvi i ve tkáních. Podstatně je zvýšena nabídka a dostupnost kyslíku ve tkáních. Dochází ke zvýšení množství fyzikálně rozpuštěného kyslíku v krvi, prodloužení jeho difuzní vzdálenosti z kapiláry do tkání na 2–4násobek a až desetinásobně se zvyšuje množství difundovaného objemu kyslíku do tkání ve srovnání s dýcháním vzduchu v běžném prostředí. V průběhu HBO dochází k vazokonstrikci ve zdravé tkáni s nasměrováním krevního toku do hypoxické tkáně. Celkově se snižuje krevní průtok ve tkáních až o 20 procent se snížením tkáňového otoku. HBO má vliv na metabolismus mikrobů především díky produkci reaktivních kyslíkových substancí.

V současné době je aplikace HBO považována za úspěšnou u necelých dvou desítek onemocnění a klinických

stavů v souladu s principy medicíny založené na důkazech. V některých klinických situacích hraje kritickou roli a není zaměnitelná a nahraditelná žádnou jinou metodou či lékařským postupem.

Ve srovnání s běžnou terapií přináší ekonomický efekt ve smyslu snížení léčebných nákladů.

Chronická nehojící se rána je obvykle spojená s hypoxií, nedostatečnou perfuzí a nízkou spotřebou kyslíku. Je kolonizována mikroorganismy, dochází k infekci, prohloubení hypoxie. Rány hypoxické se buď nehojí vůbec, nebo pomalu.

Na příznivém průběhu hojení rány se podílí kombinace mnoha efektů HBO.

Hyperbaroxie má ze všech metod, jako vlhké hojení ran, aplikace podtlakové terapie, larvální terapie atd., nejkomplexnější efekt – antiischemickým, antibakteriálním a protizánětlivým efektem se podílí na urychleném hojení problematických ran a defektů.

Periferní žilní kanylace

Bc. Lenka Šeflová¹,

PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.²

¹II. interní klinika – gastro-enterologická

a hepatologická FN Olomouc

²Katedra ošetrovatelství LF MU Brno

Žilní punkce a kanylace s následnou infuzní terapií u dospělých pacientů patří k nejfrekventovanějším výkonům všeobecných sester.

Zásady zavádění periferních žilních kanyl vycházejí z teoretických znalostí a praktických dovedností. Každá všeobecná sestra musí mít nejen kompetence a zkušenosti, ale i odborné znalosti. Pro bezpečnou kanylaci a minimalizaci vzniku komplikací u pacienta musí mít vědomosti z oblasti anatomie periferního žilního systému, technických parametrů periferních žilních kanyl a managementu zavádění a péče o periferní žilní vstupy, včetně možných komplikací.

Zajištění bezpečné péče o pacienta je prvořadým úkolem pečujících.

VÝŽIVA

pátek / 15. 6. 2012 / 10.45–12.05

Výživa seniorů

MUDr. Jindra Krupková

Centrum následné péče, FN v Motole, Praha

Správná výživa s odpovídající skladbou všech živin je součástí komplexní léčebné péče o pacienty všech věkových kategorií. Výsledky populačních studií přinesly dostatek vědeckých důkazů o vysoké prevalenci poruch výživy, především podvýživy, ve stáří a jejich nepříznivém vlivu na kvalitu života, morbiditu a mortalitu. Mezi rizikové skupiny geriatrické populace patří senioři hospitalizovaní na akutních odděleních, odděleních dlouhodobé péče, v pobytových zařízeních a osaměle žijící nebo nesoběstační senioři v domácí péči. Riziko podvýživy stoupá s věkem a 50 % pacientů starších 80 let již trpí nějakou formou malnutrice. Proto je třeba v praxi věnovat poruchám výživy větší pozornost, aktivně je vyhledávat a hledat účinná nutriční doporučení.

Etiologie poruch výživy ve stáří je multifaktoriální. Jedná se o kombinaci procesů involučních (smyslové deficity, změny v hormonální sekreci, změny v GIT, úbytek aktivní svalové hmoty) a procesů patologických (projevy a důsledky somatických a psychických chorob). Nesmíme zapomenout na faktory sociální, které v současné době nabývají na velkém významu (nesprávné stravování ale i nedostatek jídla a zanedbávání sebe sama).

Podvýživa má pro starého člověka řadu nepříznivých důsledků, zejména dochází ke ztrátě svalové hmoty a síly, a tak se již potencuje involuční sarkopenie, projevující se poruchou chůze, dochází k pádům s rizikem zlomenin a ztráty soběstačnosti. Snižuje se obranyschopnost a zvyšuje se náchylnost k infekcím.

Pro hodnocení stavu výživy je vypracována řada screeningových testů. Pro geriatrickou populaci je doporučen standardizovaný test MNA – Mini Nutritional Assessment. Slouží k vyhledávání seniorů malnutričních nebo ohrože-

ných malnutricí v domácím prostředí, v zařízeních sociální péče i u hospitalizovaných pacientů.

Terapie poruch výživy ve stáří není jednoduchá a musí být komplexní. Je nutno časně intervenovat, již při zjištění rizika malnutrice a dokud je možná fyzická aktivita a rehabilitace. Léčíme všechny faktory ovlivňující chuť k jídlu. Vždy se snažíme zredukovat množství užívaných léků, léčíme účinně bolest a zácpu. Nejsou k dispozici vhodné léky pro geriatrické pacienty podporující chuť k jídlu, ale je doporučeno provést terapeutický pokus se SSRI antidepresivy, kdy překvapivě se zlepšením nálady dochází i ke zlepšení chuti k jídlu.

Základem správné výživy ve stáří je kvalitní strava skládající se z biologicky hodnotných potravin. Má být pestrá, chutná a respektovat stravovací zvyklosti jednotlivých seniorů. Energetická potřeba je 25–30 kcal/kg/den, potřeba bílkovin je vyšší 1–1,2g/kg/den. Doporučuje se doplňovat stravu některými vitaminy a mikronutrienty (vápník, vitamin D). Někdy je nutná mechanická úprava konzistence stravy na mletou nebo kašovitou. Pokud senior nepřijímá dostatečné množství stravy, je nejjednodušší nutriční intervencí podání perorálních nutričních doplňků. Sipping se stal základním přístupem k léčbě podvýživy v geriatrii. Snadno dostupný způsob nutriční intervence s prokázanou účinností v řadě klinických studií. Výhodou je i velký výběr typů přípravků s různou chutí.

Další nutriční intervencí je enterální sondová a parenterální výživa, která ale již narušuje komfort pacienta a je individuálně indikována. V terminální péči o bezprostředně umírající se již nutriční podpora nepodává.

Režim na specializovaném lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy

Bc. Kateřina Bartová, Hana Šimůnková

Lůžkové oddělení Centra pro poruchy příjmu potravy, Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

Tento standard vznikl na základě dlouhodobých klinických zkušeností. Stanovuje základní zásady pro pracovníky

ÚOP, kteří se mohou při své práci setkat s pacientem s poruchou příjmu potravy.

Práce s pacienty s poruchou příjmu potravy je velice různorodá. Zahrnuje cíle k úspěšnému léčení, specifika při příjmu pacienta na oddělení, jídelní a terapeutický režim. Dále se zaměřujeme na to, čemu je třeba věnovat zvýšenou pozornost, a motivační intervence sestry při péči o pacienta s poruchou příjmu potravy.

Jídelní a terapeutický režim je nedílnou součástí úspěšného léčení pacientů s PPP, proto se na ně v této přednášce zaměříme.

Dezinfekce – stále aktuální

Lada Čiklová

Oddělení nemocniční hygieny,
Fakultní nemocnice Olomouc

Základním nástrojem prevence a šíření infekcí vzniklých v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a profesionálních nákaz ve zdravotnických zařízeních je bezpochyby dezinfekce.

V dnešní době výrobci nabízí mnoho moderních řešení jak ve zdravotnictví dezinfikovat nejen plochy, pomůcky, ale i ruce zdravotníků.

V přednášce jsou zmíněny základní zásady výběru dezinfekčního přípravku dle způsobu použití a trendy v jednotlivých oblastech dezinfekce včetně tipů ke kontrole kvality prováděné dezinfekce a úklidu.

Vývoj odběrových systémů a biochemických vyšetřovacích postupů

**Hana Jindrová, Miluše Pospíšilová,
Alžběta Novosadová**

Oddělení klinické biochemie,
Fakultní nemocnice Olomouc

V devadesátých letech minulého století zaznamenala laboratorní medicína obrovský rozvoj. Otevřením hranic došlo k expanzi diagnostických firem na náš trh, zaváděly se nové vyšetřovací metody, o kterých jsme do té doby

mohli pouze číst v odborné literatuře. V laboratořích se začaly objevovat nové analyzátory nebo tzv. poloautomaty, dnes se pracuje s plně automatickými systémy.

Ve zdravotnických zařízeních byly postupně implementovány uzavřené (vakuové) odběrové systémy, jejichž používáním je maximálně zajištěno nejen bezpečí pacienta během odběru, ale i bezpečí zdravotnického personálu, velký důraz je kladen na preanalytickou fázi laboratorních vyšetření. Nové možnosti nám skýtá provádění vyšetření v různých biologických materiálech (krevní sérum, plazma, punktáty, plná krev, sliny, krevní skvrny, stolice, sekrety z drenů atd.)

V klinické biochemii se laboratorní vyšetření prováděla po metodách, kdy bylo zapotřebí velké množství biologického materiálu pro jednotlivé analýzy, výsledky pouze některých vyšetření bylo možné vydat v den odběru, na jiné lékař čekal i několik týdnů.

Základní biochemická vyšetření (minerálie, jaterní testy, lipidy, glykemie atd.) jsme dnes schopni vyšetřit současně z minimálního množství séra do jedné až dvou hodin. Tuto skupinu běžně doplňují kardiální markery (troponin T a I, myoglobin, CKMB mass, pro-BNP), léčiva (digoxin, teofylin, gentamicin, vancomycin, tacrolimus, sirolimus, methotrexát atd.), hormony (TSH, T3 a T4 celkový i volný, FSH, LH atd.), tumorové markery (CEA, CA 19–9, CA 15–3, CA 125 atd.).

Zejména u stanovení hladiny léčiv, tumorových markerů a hormonů se přechodem ze složitých, ručně prováděných metod (ELISA, EIA, RIA) na automatizaci výrazně zkrátily časy jednotlivých vyšetření, a to často z několika týdnů na dny nebo minuty. Nicméně na některá méně frekventní vyšetření musí i dnes lékař čekat delší dobu.

Vyšetření elektroforézy bílkovin a imunofixace dříve znamenalo složitou a zdlouhavou přípravu laboratorního materiálu k vlastní analýze, velmi náročné bylo i provedení a vlastní vyhodnocování nálezů. Dnes jsou dodávány komerční kity, dělení bílkovin i jejich barvení probíhá automaticky v procesoru, výsledkem je fólie, která se přímo denzitometricky vyhodnocuje (elektroforetická křivka).

Chemické vyšetření moči se provádělo odečtením z Hepta PHAN proužků a mikroskopickým prohlížením jednotlivých močových sedimentů pod mikroskopem. V současné době zejména velké laboratoře využívají automatické systémy, ručně – mikroskopicky se hodnotí pouze sporné nálezy z analyzátorů.

Pro funkční vyšetření ledvin pomocí kreatininové clearance je nutný 24 hodinový sběr moči, který je náročný jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál, jakékoliv chyby při sběru vnáší nepřesnosti do výsledku clearance. V současné době se od sběru moči upouští, klasická kreatininová clearance je nahrazována výpočtovými metodami (GF MDRD, relativní z výsledku cystatinu C, absolutní z přepočtu na aktuální povrch těla). Také pro stanovení volného kortizolu v moči je nutný zatěžující 24 hodinový sběr, některé laboratoře přecházejí na stanovení volného kortizolu ve slinách.

Trendem posledních let je také vyšetřování POCT (POINT OF CARE TESTING) glykemie a acidobazické rovnováhy přímo u lůžka pacienta, kdy biochemická laboratoř přebírá funkci tzv. supervizora na odděleních, ale tato vyšetření se provádějí samozřejmě i přímo v laboratoři.

Existuje další široká škála nových vyšetření, která se v minulosti vůbec neprováděla, jako vyšetření prvotrimestrálního a druhotrimestrálního screeningu, dědičných metabolických poruch, zátěžové testy, PCR vyšetření apod.

Za poslední roky se významně změnil charakter práce v laboratořích. Přechodem na složité automatické systémy se sice omezila tzv. ruční práce laboratorních pracovníků, ale o to více jsou kladeny vysoké nároky na jejich technickou i praktickou znalost laboratorní techniky, laboratorních informačních systémů, systémů kvality, musí se striktně řídit ISO normami, řešit neshody při příjmu biologického materiálu, nezbytné jsou jazykové znalosti při obsluze analyzátorů. Nicméně manuální práce v laboratořích vždy zůstane, některá vysoce specializovaná vyšetření není možné plně zautomatizovat a jejich vyhodnocování mohou provádět pouze zkušení specialisté.

PRÁVO A KOMPETENCE SESTER

pátek / 15. 6. 2012 / 12.15–13.35

Novinky pro zdravotnictví a sociální služby

JUDr. Ing. Lukáš Prudil

Právní kancelář, Brno

Abstrakt nedodán.

WORKSHOP

pátek / 15. 6. 2012 / 10.45–12.05

Sál Andromeda

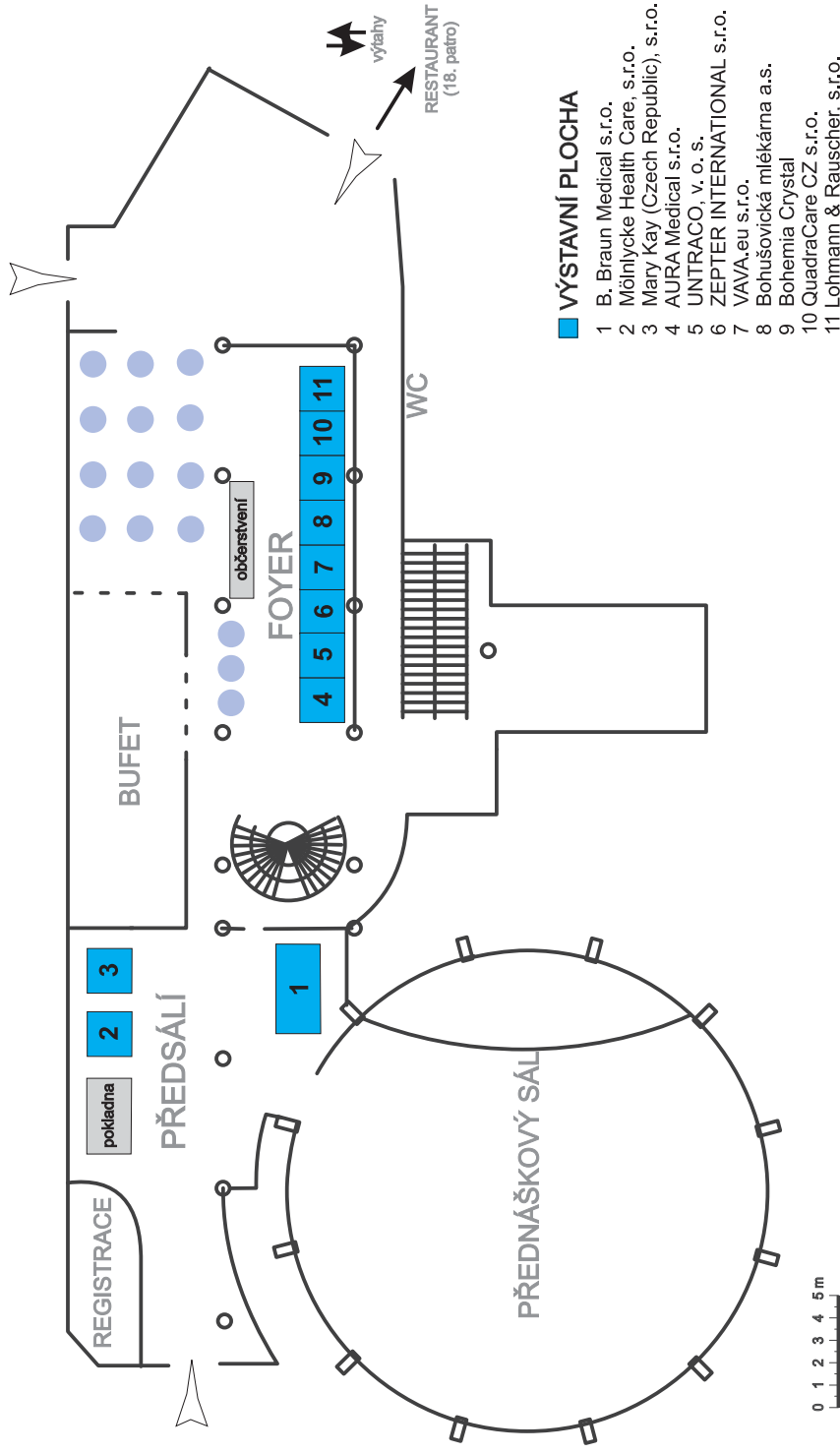
Řešení bolesti pomocí lokální terapie

Mgr. Markéta Koutná

KARIM, 1. LF UK a VFN Praha, Ambulance hojení ran, Interní oddělení Strahov

Workshop navazuje a rozvíjí předchozí pracovní setkání s tématem řešení bolesti, které se uskutečnilo na konferenci v roce 2011. Ze závěrů seminářů pořádaných v letošním roce v různých regionech České republiky vyplývá zájem všeobecných sester o řešení bolesti u nehojících se ran i potřeba nových informací. Úkolem workshopu je zapojení účastníků k řešení různých situací z praxe zaměřených na bolest u nehojících se ran, její hodnocení a řešení pomocí lokální terapie.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI
15. 6. 2012 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku



Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflory^{1,2}

Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojců

Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}

Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

NOVINKA
NA DOBRU
NOC

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí látek,
kteří jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin,
sacharidů, tuků, vitamínů a minerálních látek také
tři další významné složky:

- ◆ PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- ◆ NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- ◆ NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje plné kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte, poté se
doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příkrmů. Kojení je nejlepší způsob výživy dítěte.
Potravina pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben XM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:927-31. 2. Fanaro S, Marten B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Peña-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2. Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 891-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magana I, Diaz-Garcia L, Jimenez-Gutierrez C, Ramirez-Mayans J and Solomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1) S64-7.



800 201 102

www.nutradefense.cz