proLékaře.cz | 12.11.2026

ROZHOVOR S MGR. MARCELOU FLORIÁNKOVOU, NUTRIČNÍ SPECIALISTKOU VFN V PRAZE

Mgr. Barbora Richtrová



Mgr. Marcela Floriánková



Mgr. Barbora Richtrová

Mgr. Marcela Floriánková je klinická nutriční specialistka, pracuje pro Kliniku dětského a dorostového lékařství (KDDL, DAK) VFN Praha. K tomu provozuje soukromou ambulanci, ale s velmi omezenou kapacitou, jedná se spíše o volnočasovou aktivitu.

Co musí člověk vystudovat, aby se stal nutričním terapeutem nebo specialistou? A v čem je vlastně rozdíl mezi terapeutem a specialistou?
Mezi nutriční terapeuty patří absolventi středoškolského oboru Dietní sestra před rokem 2004, absolventi VOŠ oboru Diplomovaná dietní sestra nebo Diplomovaný nutriční terapeut a absolventi bakalářského studia Nutriční terapeut. Nutriční specialista je absolvent magisterského studia Nutriční specialista.

Kde se tento obor studuje?

Na lékařské fakultě jako nelékařský zdravotnický obor a na vyšších odborných školách.

Proč jste se rozhodla, že budete studovat zrovna na nutričního specialistu?

Rozhodla jsem se při studiu farmacie díky jednomu z vyučujících, panu doc. Hronkovi, který se výživě hodně věnoval. Zdůrazňoval nám výživu jako důležitou součást prevence řady onemocnění a tehdy jsem si uvědomila, že mne mnohem víc láká preventivní medicína a léčebná výživa.

Existuje nějaká odborná organizace nutričních specialistů?

Ano, existuje sekce nutričních terapeutů pod ČAS[1] a SKVIMP[2]. Samostatnou sekci nebo asociaci nemáme. Obor nutriční terapeut funguje v ČR až od roku 2004, takže je to velmi mladý obor.

Je někde pro veřejnost dostupná databáze nutričních terapeutů/specialistů?

To si myslím, že není. V současnosti se připravuje databáze terapeutů, která bude přístupná na ČASu.

V cizině má tento obor delší historii?

Ano, v cizině je obor nutriční terapeut (specialista) již dlouho zakotven a je také již na mnohem rozvinutější úrovni. Nutriční terapeuti jsou běžně součástí nutričních týmů při nemocnicích, to u nás teprve zavádíme. Zahraniční nutriční terapeuti mají také zcela jiný rozsah kompetencí, například sami sta-

[1] Česká asociace sester
[2] Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče

proLékaře.cz | 12.11.2026

novují nutriční diagnózy a podílejí se na ordinaci parenterální výživy.

Ve velkých nemocnicích ale nutriční týmy jsou?

Jsou, ale většinou jenom v rámci fakultních nemocnic a ne ve všech. Často bývá jeden nutriční terapeut na celou nemocnici. Velká část lékařů zatím nemá bohužel představu, co je náplní práce nutričního terapeuta nebo jak by s ním mohli spolupracovat.

Tady na DAKu je celý tým?

My máme nutriční tým za nemocnici, jeho součástí je vrchní nutriční terapeutka. Každá klinika má možnost využít služeb nutričního terapeuta, na většině klinik je nutriční terapeut stále přítomen, na část klinik pak dochází na vyžádání. Na Dětské klinice je celkem 7 nutričních terapeutek - z toho 2 klinické a 5 je ve všeobecné nutriční ambulanci a v ambulanci Ústavu dědičných poruch metabolismu. U hospitalizovaných dětí, které potřebují nutriční konzilium, se volá dle uvážení vedoucího lékaře k lůžku nutriční terapeut, gastroenterolog či nutricionista.

Kdo provádí základní antropometrické měření?

Při příjmu k hospitalizaci přijímající lékař, potom i sestry při příjmu na oddělení. Standardně měříme délku nebo výšku dítěte, hmotnost a obvod hlavičky. K hodnocení antropometrických dat používáme růstové grafy, které vznikly v rámci centrálního antropometrického výzkumu, pro nedonošené děti jsou grafy přizpůsobeny.

Antropomentrické vyšetření má potom vliv na nutriční plán?

Ano, je součástí hodnocení nutričního rizika. Děti se zvýšeným rizikem přechází do péče nutričního terapeuta automaticky. Děti s mírným rizikem nebo bez nutričního rizika přebíráme do péče, pokud se v průběhu hospitalizace projeví nějaký problém.

O jaké děti s dysfagií se staráte na DAK?

Starám se o všechny hospitalizované děti, tzn. o neprospívající děti, o děti s perkutánní endoskopickou gastrostomií nebo jejunostomií, o děti obézní, o děti s poruchami příjmu potravy. Hodně dětí máme s dědičnými metabolickými poruchami, dále jsou zde děti s diabetem, děti s Crohnovou chorobou; dysfagičtí pacienti jsou vlastně napříč tímto spektrem. Nejčastěji jsou dysfagičtí pacienti děti s neurologickým onemocněním - například s těžkou epilepsií, po perinatální asfyxii, s vrozenými vývojovými vadami nebo děti s psychomotorickou retardací. Velmi často jsou to děti s neprospíváním a děti s dědičnými metabolickými poruchami.

Jaké jsou z Vašeho pohledu vhodné postupy, když jde o dysfagické dítě?

Nejprve kontrolujeme při krmení dětí nebo kojení miminek správnou techniku. Pokud nefunguje běžné krmení lžičkou, po prstu nebo ze savičky, upozorníme lékaře; dále řeší situaci klinický logoped, případně fyzioterapeut, který umí provádět orofaciální stimulaci, vyšetřuje se polykání a podle druhu a tíže poruchy se volí další postup - orofaciální stimulace, změna konzistence stravy nebo tekutin, krmení sondou. Pokud je pacient s lehkými potížemi propouštěn do ambulantní péče, doporučíme rodičům kontaktovat klinického logopeda v místě bydliště.
Nutriční terapeut se u dysfagického dítěte stará o správné složení a vhodnou konzistenci stravy podle individuálních potřeb dítěte. Řešíme nutriční obsah stravy - dostatečný obsah energie, bílkovin, správné dávkování stravy. Hodnotíme stávající jídelníček a navrhujeme potřebné změny, které pak konzultujeme s lékařem a ošetřující osobou. Pokud není možné pacienta živit dostatečně přirozenou stravou, přidáváme modulární dietetika nebo enterální výživu. Primárně se snažíme udržet plnou výživu per os, pokud není možná, přecházíme při krátkodobých potížích na nasogastrické či nasojejunální sondy a při dlouhodobých pak na PEG[3] či PEJ[4].

V jakých případech se u dětí tedy zavádí nasogastrické sondy?

U výrazně neprospívajících dětí, které odmítají stravu, například s těžkým esofageálním refluxem nebo v extrémních případech u mentálních anorexií, ale to opravdu minimálně, takové případy jsou obvykle překládány na dětskou psychiatrii. Zde není uzavřená psychiatrická jednotka, takže tyto pacienty posíláme do FN Motol, FTN Krč nebo do Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Kdy a kdo rozhodne, že se z nasogastrické sondy již dá přejít na perorální příjem potravy?

O tom rozhoduje vedoucí lékař na základě konzultace s gastroenterologem a nutričním terapeutem. Rozhoduje stav polykání, existence potíží, pro které byla sonda zavedena, množství stravy, kterou již pacient je schopen per os ujíst.

Proč se tvrdí, že je vhodné i při PEGu stimulovat orální příjem, alespoň minimálně?

Aby se udržel polykací reflex a byla možnost do budoucna z PEGu ustoupit.

Jakou máte zkušenost s dětskou dysfagií z pohledu nutričního specialisty?

Nejvíce osobních zkušeností mám s dysfagickými dětmi s těžkou epilepsií, těžkou psychomotorickou retardací nebo u dětí po těžkých perinatálních asfyxiích. Pokud jsou krmeny perorálně, můžeme jim ve VFN nabídnout nově sestavenou dysfagickou dietu - mixovanou stravu s individuálně přizpůsobenou konzistencí, s důrazem na pestrost nejen v obsahu živin, ale také v chutích a vzhledu - nemixujeme vše dohromady, ale podáváme například zvlášť přílohu a zvlášť třeba mixované maso a omáčku. Získali jsme jako dar speciální profesionální mixér, který hladce mixuje veškerou potravu včetně zeleniny nebo semínek. Pro pacienty, kteří jsou odkázáni dlouhodobě na mixovanou stravu, je to velký krok vpřed. U dětí krmených sondami podáváme většinou enterální výživu, výjimkou jsou pacienti s dědičnou poruchou metabolismu - u těch je často nutné podávat i sondou mixovanou stravu, což se jinak nedoporučuje (z důvodu rizika ucpání sondy nebo nutriční nekompletnosti stravy).

Co je pro Vás alfou a omegou u dysfagie?

Pro mne je to bezpečnost podávání a nutriční kompletnost stravy. Protože u dysfagických pacientů je často problém s příjmem větších porcí, musíme dosáhnout nutriční vyváženosti a vysokého obsahu energie i bílkovin v malé porci. Důležité je i zachovat pokud možno radost z jídla - snažíme se proto upravit vzhled a chuť stravy.

Vnímáte rozdíl mezi dysfagií u dětí a u dospělých?

Hlavně je rozdíl v psychice – pokud je dítě zvyklé na svůj problém odmalička, psychicky díky němu tolik nestrádá. Starší děti nebo dospělí, kteří dříve dysfagií netrpěli, tento problém často velmi špatně nesou - stahují se do sebe, po čase odmítají stravu, hůře spolupracují. Na druhou stranu starším dětem a dospělým je možné lépe vysvětlit význam polykacích cvičení či nutnost jíst i při nechutenství. U menších nebo nesoběstačných dětí je nutné získat ke spolupráci rodiče, což je někdy také obtížné.

[3] Perkutánní endoskopická gastrostomie
[4] Perkutánní endoskopická jejunostomie

proLékaře.cz | 12.11.2026

Mluvila jste o dysfagické dietě, jak vznikala?

Velmi nás inspirovala dysfagická dieta v Domově s pečovatelskou službou v Lanškrounu - tam ji dovedli k naprosté dokonalosti. V naší nemocnici máme také řadu pacientů, kteří potřebují mixovanou stravu - dysfagické pacienty na neurologii či geriatrii a na dětské klinice, pacienty po stomatochirurgických zákrocích. Chceme pro ně zajistit pestrou, chutnou i vzhledově přitažlivou dietu místo obvyklého kašovitého mixu neurčité barvy a chuti. Naše dieta obsahuje koktejly, pudinky, zeleninové a ovocné smoothie, pestrou nabídku mixovaných příloh, které se podávají samostatně k mixu mas a barevným omáčkám, máme barevné krémové polévky. V našem jídelníčku jsou i speciální nutričně obohacené doplňky.

A jak to funguje na porodnici VFN?

Porodnice má vlastní nutriční terapeutku, která se věnuje například nastávajícím maminkám s gestačním diabetem, se specifickými nutričními potřebami nebo pacientkám, které se léčí na gynekologickém oddělení, například s onkologickým onemocněním. Také v porodnici se často stará o matky s dědičnými poruchami metabolismu. Dále fungují v porodnici laktační poradkyně. Výživa novorozenců na JIP je plně v rukou neonatologů.

Pokud kojenci nemají dostatek mléka, co je vhodným doplňkem? Co doporučujete?

Nejdřív zkoušíme podávání vlastního odsátého mateřského mléka - přes prst, injekční stříkačku, savičku, Soft cup nebo sondičky, které je možno lepit na prs při kojení. Maminkám doporučujeme při nedostatku mléka techniky na podporu tvorby mléka - zvýšit četnost přikládání, střídání prsů, odsávání.

A pokud matka nemá mléko?

Pokud se nepodaří nastimulovat tvorbu mateřského mléka nebo je jeho podávání kontraindikováno (například u dědičných poruch metabolismu), dokrmujeme vhodnou kojeneckou formulí.

Jaké je doporučení, když dítě trpí kolikou nebo nadměrným říháním?

Jednak zkontrolujeme techniku kojení, protože občas to bývá tím, že dítě polyká při pití nadměrné množství vzduchu. Potom je nutné dostatečné polohování pro odříhnutí. Někdy jsou obtíže s kolikou spojeny s alergií na bílkovinu kravského mléka, to může být i u kojených dětí díky přestupu protilátek do mateřského mléka – pak je potřeba vyšetřit dítě na alergii, převést kojící maminku na dietu s vyloučením bílkoviny kravského mléka, případně převést dítě na kojeneckou formuli s extenzivně hydrolyzovanou mléčnou bílkovinou nebo při její netoleranci dokonce na aminokyselinový preparát. U kojených dětí mohou být koliky způsobeny i alergií na jinou potravinu než kravské mléko - nejčastějšími alergeny po kravském mléce jsou v prvním roce věku sója a vaječný bílek. Léčbou je opět vyloučení těchto potravin z diety maminky.

Jak se pozná, že má dítě alergii na kravské mléko?

Projevy jsou různé, záleží na věku dítěte. U kojenců je to nejčastěji gastroesofageální reflux, průjmy s hlenem či krví, koliky, atopický ekzém.

Dělají se nějaké alergické testy u těch nejmenších?

Většinou u starších kojenců, cca 6-8 měsíčních a starších.

Jak se pozná, že má dítě gastroesofageální reflux?

Jednak klinicky - symptomy jsou zvracení, říhání, koliky, neklid, odmítání per os příjmu. Z vyšetření se používá PHmetrie a také gastroskopie, kterou se zjišťuje stav sliznice jícnu a žaludku. U malých dětí se vyšetření dělá v celkové anestezii.

Jak se Vy díváte na situaci, kdy matky protrahovaně kojí své dítě?

Pokud dítě dobře prospívá a nemá žádné obtíže, nechávám délku kojení na dvojici matka-dítě. Pokud by šlo o 4-5 leté dítě, doporučila bych už nekojit, ale to je spíš psychologická otázka než nutriční. Velmi dlouho kojené děti často zrcadlí příliš úzkostné matky, které se brání odpoutávání dítěte. Děti úzkostných maminek jsou také častěji neprospívající. Pokud maminka přikládá jídlu příliš velký význam, děti častěji odmítají jíst. Jde v podstatě o mocenský boj. Ne nadarmo je příjem potravy spojen s psychikou.

Jaká je vhodná výživa pro rizikové kojence?

Záleží, z jaké příčiny je kojenec rizikový - u dysfagického novorozence a kojence modifikujeme konzistenci stravy dle toho, co jsou schopni polykat, nebo krmíme sondou. U nedonošených novorozenců se stav řeší většinou na JIRP[5] a řeší ho lékaři, u starších dětí na standardním oddělení to řešíme ve spolupráci s maminkou my nutriční a ošetřující lékaři.

Co znamená predischarge formula?

To je formule přímo určená pro nedonošené děti, která obsahuje větší množství bílkoviny i energie, aby mohlo nedonošené děťátko nebo dítě s nízkou porodní hmotností rychleji růst a přibírat - aby u něj nastal tzv. catch-up. Od běžných novorozeneckých formulí se predischarge formule liší i obsahem vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. Nedonošeným dětem, které jsou kojeny, se místo predischarge formule přidává do mateřského mléka tzv. fortifikátor.

Co hlavně stojí za obtížemi s příjmem potravy?

U nedonošenců jednoznačně nevyzrálost nervové soustavy, zvýšená únavnost, spavost. U dětí rozených v termínu to mohou být neurologická onemocnění, vrozené vývojové vady, zvýšená spavost při výrazné nebo protrahované žloutence.

Existují pro nás jiné odborníky nebo laickou veřejnost nějaké brožurky, letáky ohledně Vaší práce a prevence poruch příjmu potravy?

Určitě, spousta, záleží na konkrétním tématu. Pro kojené děti jsou příručky od Laktační ligy nebo od firem jako Nutricia apod. Existuje mnoho odborných publikací o nutriční terapii. Elektronicky je možné si přečíst o nutriční terapii například na wikiskriptech, u konkrétních témat je dostupnost na internetu také dobrá, ale je nutné umět odlišit odborný text od spousty neodborných. U nás v nemocnici máme připravené i naše vlastní edukační materiály, které pacientům poskytujeme.
(Poznámka redakce: návrh dvou vybraných jídelníčků si lze prohlédnout zde)

Se kterými odbornostmi nejvíce spolupracujete?

S nutricionistou a gastroenterologem, konkrétně na DAKu také s lékaři - specialisty na dědičné metabolické poruchy.

Děkuji za rozhovor.

[5] Jednotka intenzivní a resuscitační péče