

Primární prevence jako hlavní nástroj snižování nákladů na zdravotní péči při současném zlepšení kvality života je citována mnohými autory a jasně deklarována i cestou Světové zdravotnické organizace (2, 3, 4).

Praktický lékař je klíčovým hráčem v zahájení, koordinaci a provádění dlouhodobé prevence všech chronických onemocnění, včetně obezity. Lékař s touto specializací má možnost komplexního posouzení ovlivnitelných rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku obezity. Může tak významně ovlivňovat způsob života svých pacientů a intervenovat v oblasti primární prevence. Prováděním preventivních prohlídek je naplněn hlavní smysl preventivní péče, a to zachycení rizikových faktorů onemocnění u zprvu asymptomatického jedince.

Vlastní léčba obezity vyžaduje víceoborové zapojení spolu s aktivní účastí samotného pacienta (5). Základem léčby jsou režimová opatření prováděná pravidelně a dlouhodobě. Jedná se zejména o dietní opatření charakteru vyvážené hypokalorické stravy a pravidelnou dostatečnou fyzickou aktivitu. Stále také platí v léčbě obezity využití kombinace pěti terapeutických pilířů: úprava stravy, fyzická aktivita, psychoterapie, farmakoterapie, bariatrická léčba (6). Poslední dvě jmenovaná opatření přesahují rámec tohoto sdělení a psychoterapie není běžnou součástí léčby u lékařů prvního kontaktu.

Nefarmakologické léčebné přístupy (dietní léčba a pohybová aktivita) jsou nezbytná opatření v léčbě obezity a je zcela zásadní obě tyto nefarmakologické intervence kombinovat. Je však třeba konstatovat, že bez vysoké motivace pacienta pravidelně provádět a dodržovat následně popsaná režimová opatření je efektivita těchto opatření v mnoha případech výrazně nižší, než by se z pohledu preventivní medicíny předpokládalo.

## Dietní opatření v léčbě obezity

Protože neexistuje univerzální stravovací plán pro všechny obézní pacienty, je nutné ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Strava u obézního pacienta by měla být, i přes nezbytnou restrikcii energie, nadále stravou plnohodnotnou, dobře stravitelnou a se správným poměrem makronutrientů. Stravovací zvyklosti konkrétního pacienta je vhodné analyzovat pomocí nejméně 7denního záznamu

příjmu potravy. Vypovídající hodnota záznamu jídelníčku ale klesá s inteligencí a věkem pacienta, případně s jeho stupněm motivace. Jako výhodné a motivující se ukazuje využití mobilních aplikací pacientem (např. kalorické tabulky). Redukční dieta je obecně taková, která je energeticky nižší než dosavadní pacientův příjem energie a vede k redukci tělesné hmotnosti. Energetický příjem pacienta je obecně doporučováno snížit o cca 10–15 % z výchozích hodnot energetického příjmu. Cílem je tak pozvolná a dlouhodobá redukce tělesné hmotnosti (7, 8). Snížení kalorického příjmu ale záleží na vstupní hmotnosti pacienta a jeho stravovacích zvyklostech. U 150 kg pacienta s příjmem energie 12 000–15 000 kJ bude snížení o 15 % jistě nedostatečné.

Vhodné je také rozložit příjem potravy do více denních dávek. Pozornost je nutné věnovat i spotřebě alkoholu, který často bývá v zápisech jídelníčků pacienty opomíjen.

Restrikce se týká především potravin, které jsou bohaté na energii. Snížení obsahu tuku ve stravě je nejzásadnějším opatřením v redukční dietě. Toto opatření není často obézními pacienty dodržováno. Omezení tuku ve stravě dosáhneme uplatněním několika zásadních pravidel jako je vyloučení volných tuků při přípravě pokrmů, vyřazením opravdu tučných potravin z jídelníčku, např. vepřová krkovička, buček, slanina a výběrem nízkotučných variant mléčných výrobků.

Mezi základní dietní doporučení, které lze aplikovat i lékařem prvního kontaktu patří následující: není nezdravých potravin, nezdravé je pouze jejich množství. I u tzv. zdravých potravin je třeba zohlednit jejich množství (např. vysoká energetická hodnota ořechů). U hlavních jídel je vhodné jejich vyvážené složení se zastoupením všech makronutrientů ve známém trojpoměru, dbát na dostatečný příjem ovoce (200 g) a zejména zeleniny (400 g). Omezit příjem alkoholu, soli a nenasycených mastných kyselin. Jednoduchým a dobře zapamatovatelným pravidlem je také zvyk, že polovinu talíře bude tvořit zelenina, čtvrtinu maso a zbylou čtvrtinu příloha.

Je snahou minimalizovat příjem následujících pokrmů: smažená jídla a pokrmy připravované na větším množství tuku, trvanlivé salámy a nekvalitní uzeniny, sladkosti a pochutiny, tučné maso a tučné mléčné výrobky,

slazené nápoje (včetně kávy a dalších nápojů z automatů). Nezbytné je také minimalizovat nevhodné druhy úpravy pokrmů vyžadující velké množství tuku (9).

Naopak v dostatečné míře je třeba dbát na pestrost jídelníčku se zastoupením všech základních živin, přičemž součástí každého denního jídla by měla být porce zeleniny, měly by se preferovat celozrnné nebo vícezrnné varianty potravin (pečivo a chléb, těstoviny, rýže), v potravě nevynechávat tuky, ale vybírat přednostně tuky rostlinného původu a ryby, které jsou zdrojem nenasycených mastných kyselin. Jogurty preferovat do 2 % tuku a sýry kolem 30 % tuku v sušině. Dbát na dostatečný přísun kvalitních bílkovin (libové druhy masa, ryby, nízkotučné mléčné výrobky, tvarohové sýry). Dbát na dostatečný pitný režim složený přednostně z neslazených tekutin (7, 8).

**Sacharidy** by měly tvořit 50–55 % energetické skladby naší potravy a jsou hlavním zdrojem energie pro organismus. Z potravy je získáváme zejména ve formě výrobků z různých druhů obilovin, brambor, luštěnin, ovoce. Polysacharidy by měly tvořit většinu sacharidů v jídelníčku redukčním i racionálním. Lze tolerovat také přírodní cukry ve formě monosacharidů obsažených v ovoci.

**Bílkoviny** by měly tvořit 15 % z celkového příjmu energie. U dospělého člověka je optimální spotřeba bílkovin 0,8–1 g na 1 kg jeho ideální tělesné hmotnosti. Nejlepším zdrojem bílkovin jsou maso, sýry, vejce, mléko, mléčné výrobky a luštěniny. Jejich dostatečný, nikoliv nadbytečný příjem je důležitý pro zachování svalové hmoty při redukci hmotnosti, podmínkou je ale pravidelná fyzická aktivita!

**Tuky** by měly tvořit do 30 % energetického denního příjmu. Zaměřit bychom se měli zejména na tuky rostlinné. Poměr živočišných a rostlinných tuků ve stravě by měl být v poměru 1 : 3. V případě redukce tělesné hmotnosti je třeba omezit spotřebu živočišných tuků v podobě uzenin, tučných druhů masa a vnitřností, slaniny, másla a sádla. Tuk je zároveň nositelem chuti a u obézních pacientů jeho spotřeba mnohdy převyšuje 100 g tuku denně. Tuk je ve srovnání s ostatními makroživinami nositelem dvojnásobného množství energie.