

v ČR roce 2021 dosáhla 16 %, což je ve srovnání s rokem 2016 až o 30 % více (2). Stejně jako obézní dospělí i děti jsou ohroženy rozvojem metabolických komplikací na podkladě inzulínové rezistence a diagnóza diabetu mellitu 2. typu i u dětí narůstá (3). Tyto skutečnosti by se mohly stát motivací pro rodiče ve snaze redukce své hmotnosti a změny obezitogenního prostředí, kterému jsou děti vystavovány.

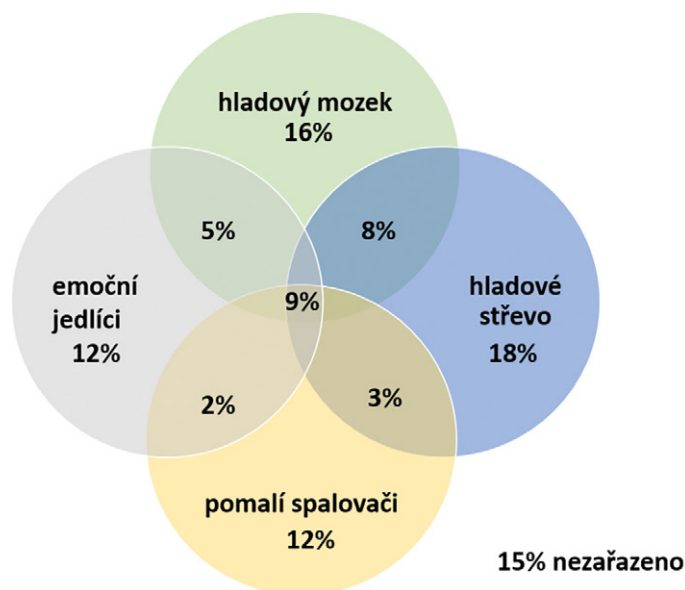
Lékař primární péče bývá často prvním, kdo pacienty informuje, že trpí nadváhou či obezitou. Základním pilířem léčby jsou opakované edukace o rizicích souvisejících s obezitou, vysvětlení možností léčby včetně moderní farmakoterapie, stanovení reálných cílů a podpora pro nalezení motivace. Naprosto stěžejní je pacientův aktivní přístup. Alespoň krátká obezitologická anamnéza je velmi důležitá k získání rámcového přehledu o jídelních zvyklostech a typovém projevu způsobu přibývání na váze (viz níže).

Každý vzestup o 5 při BMI nad 25 kg/m² zvyšuje celkovou mortalitu o 29 %, kardiovaskulární mortalitu o 41 %, s diabetem asociovanou mortalitu o 210 % (4). Na druhou stranu již redukce hmotnosti o 5–10 % vede ke snížení morbidity nejen na kardiovaskulární onemocnění, DM2T ale snižuje i riziko dalších přidružených komplikací. Bylo demonstrováno, že u obézních diabetiků 2. typu s kratší dobou trvání diabetu (do 6 let) vedla redukce hmotnosti o ≥ 15 kg k remisi diabetu s ukončením antidiabetické terapie v 86 % (5).

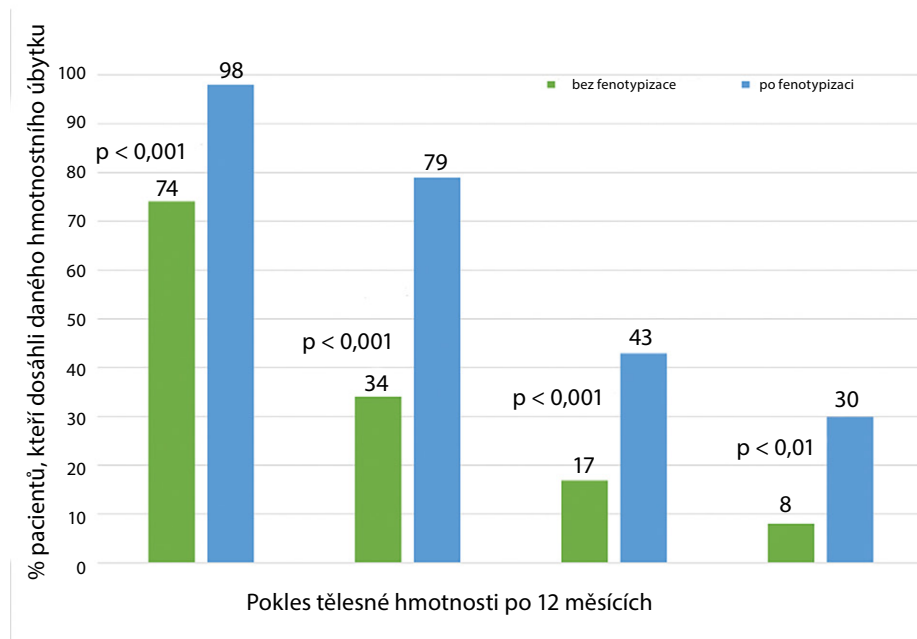
„Fenotypy“ obezity

Kolektiv amerických autorů z Mayo Clinic v roce 2021 publikoval zajímavé výsledky observační studie, která rozděluje pacienty s obezitou do 4 skupin (fenotypů) podle typu poruchy energetické homeostázy u konkrétního jedince (6) (Obr. 1). První skupinu reprezentují tzv. „emoční jedlíci“, pro které je charakteristické zajištění stresu a psychických potíží jídlem a vzestupy hmotnosti korelují vystavenému stresu. Dalším fenotypem jsou tzv. „pomalí spalovači“, jejichž objem svalové hmoty je nízký, mají nižší hodnoty bazálního metabolismu (často chroničtí dietáři). U těchto jedinců není žádoucí snižování chuti k jídlu, nýbrž

Obr. 1. Rozdělení podle převažujícího způsobu přibývání na váze – fenotypu obezity. Upraveno podle Acosta A et al. (6)



Graf 1. Efekt farmakoterapie na základě fenotypizace



Upraveno podle: Acosta A et al. [6]

podpora ve fyzické aktivitě, vyšším příjmu bílkovin s cílem navyšování aktivní svalové hmoty. V další skupině jsou pacienti, kteří vyžadují větší množství jídla a dosahují sytosti až po konzumaci většího objemu potravy, nazývaní „hladový mozek“. Poslední skupinou jsou zástupci tzv. „hladového střeva“, u kterých se již brzy po jídle opět dostaví pocity hladu. Jednotlivé fenotypy se mezi sebou mohou překrývat. Z uvedeného je tedy zřejmé, že přístup k terapii obezity by měl být individuální a způsoben odlišnému fenotypickému projevu.

V uvedené práci bylo doloženo, že po 1 roce léčby obezity respektované dle fenotypu bylo dosaženo u významně většího počtu pacientů % poklesu hmotnosti (6) (Graf. 1).

Nefarmakologická léčba obezity

Základem léčby obezity jsou vždy režimová opatření zahrnující úpravu životosprávy a zintenzivnění fyzické aktivity dle možností pacientovy fyzické a kardiorepirační zdatnosti. Nutriční intervence zahrnuje ra-