



v životním stylu (tab. 1). Redukce nadměrné hmotnosti má z pohledu EBM stejně doloženou účinnost jako změny stravy, zanechání kouření a pohyb.

Nedopustit nárůst relativní tělesné hmotnosti do kategorií obezity – a ještě lépe ani nadváhy – je samozřejmě nejlepší strategie, přestože vlastně nevíme, jak je častá ani jak bývá úspěšná – tito lidé do našich ambulancí nepřijdou. I když nemáme žádné relevantní výzkumy, z anamnézy našich pacientů lze soudit, že zatímco neblahý význam obezity již mnozí ambulantní lékaři pochopili, závažnost nadváhy s abdominální distribucí tukové tkáně doceneje jen málokdo. Přitom právě v této hmotnostní kategorii (BMI 25–30) máme největší naději na zásadní snížení rizika. U pacientů s obezitou, zvláště vyšších stupňů, sice redukcí můžeme dosáhnout značného zlepšení zdravotního stavu, přesto pravděpodobnost rozvoje důsledků nadměrného množství tělesného tuku zůstává významně zvýšena.

Redukce tělesné hmotnosti vede spolehlivě k poklesu krevního tlaku, a to velmi rámcově ke snížení systolického i diastolického tlaku o 1 mmHg na každý jeden kilogram úbytku tělesné hmotnosti (19). Na rozdíl od úpravy jiných patologických odchylek (hyperglykemie, hyperlipidemie) bývá pokles krevního tlaku zřetelný, ale snížené hodnoty většinou nepřetrvávají.

Není jiná oblast lidského zdraví, kde by se tak zásadně střetávaly principy EBM s nejrůznějšími laickými a pololaickými návody na zhubnutí, často motivovanými pouze ekonomicky. V odborné veřejnosti je však shoda, že nejlepších výsledků lze dosáhnout tam, kde se intervence týká jak stravování, tak pohybu, a také myšlení (např. kognitivně behaviorální léčba).

Zásady stravování vhodného ke snížení hmotnosti (redukční stravy) jsou již obecně známy a víceméně se kryjí s tzv. racionální, zdravou výži-

vou, s tím rozdílem, že musí být dosaženo negativní energetické bilance. Většině našich pacientů doporučujeme denní deficit 1 500 až 2 000 kJ, což lze dosáhnout pečlivým výběrem potravin a vhodnou úpravou pokrmů. Stanovení celodenní energetické dávky je nejlepším způsobem kontroly a díky programům či aplikacím to už dávno není ono nepopulární „počítání kalorií“. Snižování energetického příjmu z reálné úrovně konkrétního jedince umožní potřebnou individualizaci; paušální určování či odhadování energetické dávky potřebné k rozumné redukci (cca 2 kg měsíčně) není vhodné. I když se někteří pacienti dožadují rozpisu stravy nebo vzorových jídelníčků, za dlouhodobě mnohem efektivnější považujeme objasnění principů redukční stravy a zvládnutí zásad, které je pak možné uplatňovat za různých situací, jako je závodní stravování, návštěvy příbuzných a podobně. V každém případě je potřebné vycházet z pracovního režimu a stravovacích zvyklostí pacienta a ponechat co největší prostor pro individualizaci stravy, zvláště tam, kde nemáme jednoznačné, vědecky potvrzené výsledky (počet porcí, rozložení během dne, kombinace základních živin apod.).

Nezbytnou podmínkou pro přijetí doporučovaných úprav stravy a pohybové aktivity ze strany pacienta je motivace a připravenost ke změně. Jeden z největších rozporů moderní léčby obezity spočívá ve velmi rozpracovaných postupech psychologické podpory hubnutí (jak je reprezentuje např. společnost STOB, www.stob.cz) a jejich minimálním uplatňování v přístupu lékařů. Pokud obézní pacient nemá vlastní motivaci (ta samozřejmě nemusí být jen zdravotní) a není ke změně připraven, nelze očekávat úspěch, a to ani při zařazení medikamentózní či chirurgické léčby. Spolupracující psychology však mají jen nečetná obezitologická centra a možnosti psychologické podpory ze strany ambulantních specialistů, natož praktických lékařů, jsou objektivně omezené.