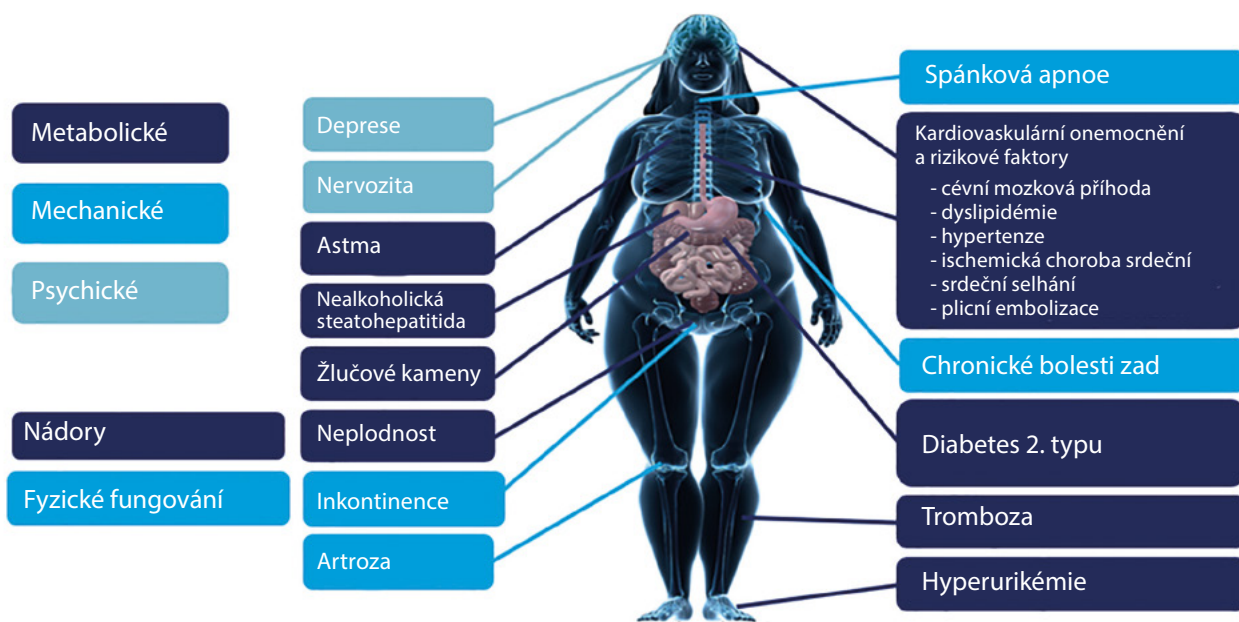


Obr. 1. Metabolické, mechanické a psychické komplikace obezity



CVD – kardiovaskulární onemocnění

NAFLD – nealkoholická steatohepatitida, kolorektální karcinom, zhoubné nádory prsu, endometria, jícnu, ledviny, ovária, slinivky břišní a prostaty

Upraveno podle: Sharma AM. *Obes Rev.* 2010;11:808-9 Guh et al. *BMC Public Health* 2009;9:88; Luppino et al. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220-9; Simon et al. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:824-30; Church et al. *Gastroenterology* 2006; 130:2023-30; Li et al. *Prev Med* 2010;51:18-23, Hosler. *Prev Chronic Dis* 2009;6:A48

Tab. 1. Klasifikace obezity a riziko výskytu komplikací

Klasifikace	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Riziko výskytu komplikací
Normální váha	18,5–24,9	Průměrné
Nadváha	25–29,9	Zvýšené
Obezita I	30,0–34,9	Střední
Obezita II	35,0–39,9	Vysoké
Obezita III	≥ 40,0	Velmi vysoké

kardiovaskulární morbiditu a mortalitu (3). Nitrobršišní ukládání tuku neboli tzv. viscerální obezita je spojeno s vyšším kardiovaskulárním rizikem než nadměrné hromadění podkožního tuku, což je dáno mimo jiné i vyšší produkcí prozánětlivých hormonálních faktorů tzv. adipokinů či adipocytokinů právě ve viscerálním tuku (4, 5, 6).

Obezita nebo nadváha je typickým rysem a zásadním etiopatogenetickým faktorem u prakticky všech diabetiků 2. typu a vyskytuje se zde s celou řadou dalších komorbidit (viz Obr. 1). Snížení hmotnosti může vzniku komorbidit obezity předejít nebo zpomalit jejich progresi, přičemž právě diabetes je změnami hmotnosti ovlivňován nejvíce. Významné snížení hmotnosti dosahované například po bariatrické chirurgii je často spojeno s remisí diabetu.

## Prevence obezity

Optimálním přístupem jak předejít vzniku obezity a jejích komplikací je prevence. Je

dobře známo, že nejlepší prevencí obezity je zdravý životní styl s dostatkem pravidelné fyzické aktivity a zdravým stravováním. Globální snahy o prevenci obezity, které by měly začít již v období dětství a adolescence, jsou však zatím obvykle neúspěšné. Příčinou je pokračující negativní změna životního stylu s postupným snižováním přirozené fyzické aktivity a snadné dostupnosti kaloricky bohaté stravy. Dosud nejsou k dispozici žádné větší a dlouhodobější studie zaměřené na použití farmakoterapie v prevenci obezity, přestože možné účinné léky jsou již k dispozici. Právě v prevenci obezity existují v současné době největší rezervy, které se zatím jen velmi obtížně daří překonat.

## Nefarmakologické přístupy v léčbě obezity

**Dietní a režimová opatření** jsou základním přístupem léčby obezity (7, 8). **Zvýšení fyzické aktivity** patří (pokud to stav pacienta umožňuje) k nezbytným opatřením.

Typ fyzické aktivity, její trvání a intenzitu je třeba nastavit individuálně podle možností a preferencí pacienta a s respektováním omezení vyplývajících z přítomnosti dalších nemocí. U pacientů s diabetem léčeným inzulinem či deriváty sulfonylurey je nutná pečlivá edukace pacienta stran prevence a léčby hypoglykémie, a také poučení při jakých hladinách glykémie je fyzická aktivita vhodná a při jakých již nevhodná.

Dlouhodobé dodržování redukční diety se snížením celkového energetického příjmu (obvykle o 500–700 Kcal denně) s omezením nasycených tuků, u diabetiků i rychle uvolnitelných sacharidů a u hypertoniků také s omezením soli, je nezbytným předpokladem pro snížení hmotnosti. Motivaci pacientů i dlouhodobou compliance s dietním režimem výrazně zlepšují pravidelné konzultace jídelníčku pacienta jak s lékařem, tak s nutriční terapeutkou.

Podrobnější popis konkrétních dietních přístupů přesahuje možnosti tohoto článku. Z hlediska dlouhodobého dodržení dietních omezení se jako vhodnější jeví spíše pestré diety bez výraznějších omezení některých makronutrientů. Například v poslední době hodně populární ketogenní dieta má jen minimum důkazů o dlouhodobější úspěšnosti při snížení hmotnosti. Efekty jsou sice poměrně