

U těžké hypotyreózy je nárůst tělesné hmotnosti způsoben zvýšením hladiny mukoproteinů a zadržováním vody. U obézních pacientů s hypotyreózou bylo prokázáno, že po bariatrickém výkonu dochází k významnému snížení dávky thyroxinu, protože zánětlivě změněná štítná žláza může po redukci hmotnosti fungovat dostatečně (18). Důležitou roli ve výskytu obezity může při neléčené hypotyreóze hrát také častý projev únavy. Ta může zásadně ovlivňovat energetický výdej, a tím přispívat k pozitivní energetické bilanci.

Naopak hyperthyreóza se může vyskytovat také u obézních jedinců, kdy pacienti trpí hyperfagií, která kompenzuje katabolický účinek thyroïdních hormonů (18).

Riziková období ovlivňující genezi obezity

Mezi faktory, které ovlivňují predispozici jedince k rozvoji obezity, patří i specifická životní období, jako například těhotenství, menopauza, dospívání (především u dívek), ztráta zaměstnání, rodinné či pracovní problémy, ukončení sportovní kariéry, odchod do důchodu, založení rodiny, dlouhodobé onemocnění, úraz nebo odvykání kouření (12). Tato období mohou zvyšovat riziko rozvoje obezity například omezením pohybové aktivity nebo zvýšenou chutí k jídlu, což narušuje rovnováhu energetické bilance.

Farmakoterapie

Jednou z příčin rozvoje obezity může být také užívání některých léků. K často podávaným lékům, u kterých byl pozorován vzestup hmotnosti, patří například kortikosteroidy, psychofarmaka, hormonální antikoncepce a další (19–21). Mechanismus vzestupu hmotnosti bývá nejčastěji způsoben změnou chuti k jídlu, zvýšeným pocitem hladu, případně ospalostí a únavou nebo retencí tekutin.

Doporučení léčebné strategie pro klinickou praxi

Léčba obezity by měla být komplexním procesem, který vychází z identifikace a zohlednění etiologických faktorů, které se podílejí na jejím vzniku. Základním krokem je úprava životního stylu, která vede k navození negativní energetické bilance. Úprava stravovacích návyků by měla být založena na postupných a dlouhodobě udržitelných změnách s dostatečným příjmem

Tab. 1. Doporučení pro klinickou praxi Evropské asociace pro studium obezity ve spolupráci s Evropskou federací asociace dietetiků dle CMAJ (24, 25)

■ Poskytovatelé zdravotní péče by měli reflektovat své vlastní postoje a přesvědčení týkající se obezity a zvážit, jak mohou ovlivnit poskytování péče.
■ Poskytovatelé zdravotní péče by si měli uvědomit, že vnitřní předsudky o váze, které si lidé s obezitou mohou nést, mohou ovlivnit jejich chování a zdravotní stav.
■ Poskytovatelé zdravotní péče by se při práci s pacienty s obezitou měli vyvarovat používání odsuzujících slov, obrázků a postupů.

potravín, jež pacientovi zajistí potřebné množství všech složek výživy, a to bez zbytečných, příliš restriktivních opatření.

Neméně důležitou součástí léčby je pohybová aktivita, která zvyšuje celkový energetický výdej, zlepšuje kardiometabolické parametry a má rovněž potenciál pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta. Kromě cílené sportovní aktivity je vhodné navýšit přirozenou pohybovou aktivitu omezením sedavého způsobu života. Klíčovou roli zde hraje multioborová spolupráce lékařů, nutričních terapeutů, psychologů, případně fyzioterapeutů. Tato spolupráce umožňuje podpořit snahu o zlepšení stravovacích návyků a navýšení vhodné pohybové aktivity. Může rovněž pomoci při úpravě spánkového režimu a s efektivním zvládnutím stresových situací.

Moderní farmakoterapie obezity, zahrnující inkretinová analoga glukagon-like peptidu 1, je indikována u pacientů při selhání konzervativní léčby a BMI nad 30, případně nad 27 u pacientů s kardiometabolickými komorbidity (22). Tato léčiva zvyšují sekreci inzulínu, snižují příjem potravy a prokazatelně snižují kardiiovaskulární morbiditu a mortalitu (23). Bariatrické výkony jsou doporučeny u obezity 2. stupně a vyšší, ale i u 1. stupně v případě přítomnosti komplikací jako diabetes. V současné době patří mezi neúčinnější metody léčby obezity a jejich metabolických komplikací (22). V indikovaných případech může farmakoterapie a bariatriká chirurgie zásadně přispět k dlouhodobé účinnosti režimových opatření uplatňovaných při léčbě obezity.

Závěr

Z výše uvedených informací je zřejmé, že ne každý jedinec má stejné podmínky pro vznik obezity, případně není možné pouze z jeho vlastní vůle ovlivnit celou řadu rizikových faktorů, které jsou spoluzodpovědné za vznik obezity. Proto by žádný člověk s obezitou neměl být stigmatizován, a to zejména zdravotníky, protože jejich necitlivý přístup může mít nevrtné

negativní následky. Naopak, každý člověk s obezitou by měl být především pozitivně motivován k úpravě svého životního stylu. Tato intervence by měla zahrnovat, kromě úpravy stravovacích návyků, také zařazení adekvátní pohybové aktivity. Důraz by měl být kladen rovněž na dostatek kvalitního spánku a redukci chronických stresových faktorů. Při péči o obézního pacienta je proto nezbytný interdisciplinární přístup.

Přestože je stigmatizace lidí s obezitou jednoznačně nežádoucím jevem, který může vést k celé řadě patologických stavů, je třeba myslet na fakt, že samotná obezita je významným prediktivním faktorem zapříčiňujícím celou řadu komorbidních onemocnění. Kromě nejčastějších chronických neinfekčních onemocnění (kardiiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 2. typu, nádorová onemocnění) je spojena se zvýšeným výskytem onemocnění, jejichž patogeneze souvisí s významnou mechanickou zátěží, kterou zmožená tuková tkáň pro lidský organismus představuje. Mezi taková onemocnění můžeme zařadit například bolesti pohybového aparátu, kožní problémy či syndrom spánkového apnoe zapříčiňené obstrukcí dýchacích cest. Proto by měli být všichni lidé s obezitou zainteresovanými zdravotnickými pracovníky především adekvátně edukováni a pozitivně motivováni při snaze o zlepšení životního stylu.

Na závěr je také potřeba zmínit, že prevence a léčba obezity by neměla ležet na bedrech pouze danému jedinci, ale do řešení tohoto problému by měla být zapojena blízká rodina jedince, celá společnost v čele s národními programy na podporu zdraví, potravinovým průmyslem, zdravotnictvím, městem a školou. Patří sem zejména budování cyklostezek a sportovišť při výstavbě měst, produkce potravin s nižším obsahem tuku, cukru a soli, omezení klamavé reklamy a správná informovanost na obalu produktu, odborně vedená výuka výchovy ke zdraví na základních školách, omezení automatů se sladkými nápoji a cukrovinkami ve školách.