

Je potřeba zavádět pojem bažení do klinické praxe? – editorial

Z. Marinov

Dětská obezitologická ambulance Dětské polikliniky 2. LF UK a FN Motol Praha, přednosta prim. MUDr. Petr Tláškal, CSc.

Světlák M et al. Příznaky bažení po jídle u dětí staršího školního věku a jejich vztah k body-mass indexu. Vnitř Lék 2012; 58(2): 110–117.

Jako praktikující dětský obezitolog se nedokážu stále smířit s tím, že soudobá epidemie obezity [1] se vytlačuje na pokraj obecného zájmu a že stejně jako obecná, tak i odborná veřejnost ztrácí senzitivitu vůči rostoucímu trendu nadváhy. Veřejné deklarace závažnosti této problematiky stále zůstávají na úrovni proklamací OSN, WHO [2], Evropské unie [3], případně bezzubých vládních proklamací uzavřených v rámci vnučeného programu Zdrav 21. Tento negativní trend v kruzích odborné veřejnosti je zdánlivě pochopitelný vzhledem k současné iniciační fázi následků této epidemie [4], jejíž kořeny v naší společnosti jsou oproti rozvinutým světovým ekonomikám posunuty o jednu dekádu do 90. let minulého století. Skutečné následky současné pandemie obezity očekáváme teprve ke konci poloviny tohoto století [5].

Běžná alimentární obezita je chronickým metabolickým onemocněním, které se projevuje především časným nástupem kardiometabolického rizika [6] s následnými celospolečenskými následky [7]. Její časné stanovení a léčba jsou významnou klinickou výzvou v předcházení rozvoje komplikací, protože následky způsobené především dětskou obezitou jsou v počátku reverzibilní [8]. Při dobré znalosti příčin obezity je ve velké míře možno předcházet i jejímu vzniku [9].

Nejen do budoucna se nevyplatí podceňovat zdánlivě banální zásady racionálního životního stylu [10], aby se u dítěte a v budoucnu dospělého jedince nevyskytl problém obezity a jejích následků.

V současné době je podle statistických údajů v průměrné ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost registrováno okolo 80 dětí s obezitou [11]. Z toho je minimálně 50 dětí indikováno k dlouhodobé léčbě obezity a 15 dětí je určeno k cílené úpravě jídelníčku ze zdravotní indikace [12]. Tato skupina tak tvoří v dětské populaci druhou největší homogenní skupinu s chronickým onemocněním [13] hned po nejednotné alergologické skupině a přitom realita zdravotních nástrojů zaměřujících se i jen na pouhý monitoring je stále v plenkách.

V tomto pohledu práce autorů Světlák et al. překračuje rámec standardní studie, protože přináší široké odborné veřejnosti nástroj cílené diagnostiky do ambulantní praxe. Soudobá praktická obezitologie již vyřešila problematiku redukce hmotnosti pomocí dietologie [14] a chirurgie [15], přestože cílená farmakoterapie zůstává stále nedosaženou metou [16]. Stále se však obezitologie potácí ve slepých uličkách genetického pozadí [17]. Slibnou cestou se v genetickém výzkumu jeví genetická modifikace jídelního cho-

vání [18], které se snaží zmonitorovat rozsáhlé asociační studie [19]. Jak je v práci zmíněno, problémem obezitologie není zredukovat hmotnost, ale tento hmotností úbytek dlouhodobě udržet [20]. Objasnění vztahů vedoucích k udržení hmotnostní redukce nejsou významné jen pro obézní, ale jsou velkým příslibem i pro prevenci rozvoje obezity. V plné míře totiž platí, že o co obtížnější je léčba dětské obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku. Do boje proti obezitě je v současné době nutné zapojit celou společnost ve smyslu spolupráce všech zúčastněných stran na celostátní, regionální i místní úrovni, protože jen dobře informovaný jedinec má šanci na racionální změnu životního stylu [21]. Představený relevantní překlad dotazníku General Trait Food Cravings Questionnaire umožňuje zdravotnímu pracovníkovi předložit cílené skupině banální rovnici: energetický příjem = energetický výdej a není žádným paradoxem, že tato rovnice platí i pro poruchy příjmu potravy.

Odpověď na otázku, zda patří nový pojem – bažení – a jeho monitoring do zdravotnické praxe, ponechám na Vás. Nalézt odpověď nejen na tuto otázku lze v publikaci Praktická dětská obezitologie [22], v které kolektiv renomovaných autorů nabízí nástroje účelné prevence a léčby dětské obezity.

Literatura

1. Rössner S. Obesity: the disease of the twenty-first century. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26 (Suppl 4): S2–S4.
2. World Health Organization. Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. WHO 2009.
3. Bílá kniha Evropské komise – Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou. KOM (2007) 279.
4. Kimm SY, Obarzanek E. Childhood obesity: a new pandemic of the new millennium. *Pediatrics* 2002; 110: 1003–1007.
5. Fontaine KR, Redden DT, Wang C et al. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003; 289: 187–193.
6. Marinov Z, Pastucha D. Komplexní metabolické změny u obézních dětí. *Pediatr praxi* 2011; 12: 156–159.
7. Avenell A, Broom J, Brown TJ et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technol Assess* 2004; 8: iii–iv, 1–182.
8. Goodman E, Daniels SR, Meigs JB et al. Instability in the diagnosis of metabolic syndrome in adolescents. *Circulation* 2007; 115: 2316–2322.
9. Barlow SE. Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007; 120 (Suppl 4): S164–S192.
10. Baker JL, Farpour-Lambert NJ, Nowicka P et al. Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Evaluation of the overweight/obese child-practical tips for the primary health care provider: recommendations from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obes Facts* 2010; 3: 131–137.
11. Vignerová J, Riedlová J, Bláha P et al. 6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001. Česká republika. Souhrnné výsledky. PřF UK, SZÚ. Praha 2006: 238.
12. Marinov Z, Čepová J. Metabolické parametry pacientů dětské obezitologické ambulance. *Čs Pediatrie* 2010; 2: 72–78.
13. Benson LJ, Baer HJ, Kaelber DC. Screening for Obesity-Related Complications Among Obese Children and Adolescents: 1999–2008. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19: 1077–1082.
14. Katan MB. Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *N Engl J Med* 2009; 360: 923–925.
15. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD et al. Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357: 741–752.
16. Hainer V. Farmakoterapie a zdravotní rizika obesity. *Klin Farmakol Farm* 2006; 20: 103–107.
17. Franks PW, Ling C. Epigenetics and obesity: the devil is in the details. *BMC Med* 2010; 8: 88–90.
18. Epstein LH, Temple JL, Roemmich JN et al. Habituation as a determinant of human food intake. *Psychol Rev* 2009; 116: 384–407.
19. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA et al. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics* 2004; 114: e429–e436.
20. Hainer V, Zamrazilová H, Spálová J et al. Role of hereditary factors in weight loss and its maintenance. *Physiol Res* 2008; 57 (Suppl 1): S1–S15.
21. Bennett B, Sothorn MS. Diet, exercise, behavior: the promise and limits of lifestyle change. *Semin Pediatr Surg* 2009; 18: 152–158.
22. Marinov Z, Pastucha D et al. Praktická dětská obezitologie. Praha: Grada 2012.

MUDr. Zlatko Marinov

www.fnmotol.cz

e-mail: Zlatko.Marinov@fnmotol.cz

Doručeno do redakce: 13. 8. 2011

www.vnitrnilekarstvi.cz