

Když máme hlad a chuť, tak jíme a našim pacientům to zakazujeme. Není divu, právě **závislost na jídle je překážkou hubnutí a dlouhodobého udržení ideální tělesné hmotnosti**. Nejde jen o preferenci chutných potravin, ale o jídlo jako takové, podávané za odměnu, po fyzické námaze či ve stresu.

V naší interní-obezitologické ambulanci monitorujeme pomocí „**chuťoměru**“ preference našich pacientů a jedení ve vztahu k určitým situacím, tzv. emoční jedení. Náš průzkum je teprve v začátku. Chceme takto monitorovat všechny naše pacienty. Průměr BMI našich klientů je 35-40.

Absence pravidelného stravovacího režimu je velkou překážkou úspěchu. Ačkoliv obézní tráví jedením dost času, vlastně na jídlo čas nemají a pak hladově sáhnou po tom, co jim přijde pod ruku. Nemají zavedený stravovací režim a neudržují pravidelné rozestupy mezi jednotlivými jídly, vybírají si lehce dostupné suroviny, místo toho, aby preferovali ty zdravé, připravené doma s chutí.

Stravovací návyky jsou ovlivněny chutěmi u 80% pacientů. 60% jí místo jídel pochutiny a nevhodné nápoje. 40% nich preferuje slanou chuť a 20% sladkou, 10% je bez preference. 40% pacientů si poctivě vede jídelní deník, ale pouze polovina z nich jí opravdu racionální stravu, která vyhovuje naším doporučením. **Plné kontroly příjmu potravy dosahuje pouze 10%.** Pohlaví pravděpodobně nehraje roli ani v chuťových preferencích slaných a sladkých jídel, ani v celkové disciplíně. Muži se dokáží oprostít od emocionálního jedení spíše než ženy a dokáží brát jídlo více racionálně, avšak mají problém s restrikcí porcí a celkového energetického příjmu – mají při dietě hlad.

Regulace příjmu potravy je komplexní a mnohvrstevný proces s četnými periferními a centrálními vstupy. Jeho hlavním cílem je udržení stálé tělesné hmotnosti a optimálního příjmu živin. Podle uplatnění fyziologických regulačních mechanismů můžeme regulaci příjmu potravy rozdělit na homeostatickou a hedonickou.

Homeostatická regulace je řízena fyziologickými mechanismy. Zahrnuje krátkodobou periferní regulaci pomocí gastrointestinálních peptidů (jíme, když máme hlad) a hormonů v tukové tkáni a centrální mechanismy (jíme když máme chuť). Centrum homeostatické regulace sídlí v hypotalamu. Na centrum hladu působí orexigenní (zvyšující chuť k jídlu) a anorexigenní hormony (snižující chuť k jídlu).

K anorexigenním působkům patří naprostá většina gastrointestinálních peptidů, hormon tukové tkáni – leptin a centrálně působící melanokortinový systém. Naopak orexigenní faktory zahrnují z gastrointestinálních peptidů pouze ghrelin a neuropeptid Y působící centrálně.

Hedonické řízení příjmu potravy je složitější a do určité míry nadřazené základním reflexním dějům a do určité míry nezávislé na udržení homeostázy. Uplatňují se zde motivační a emoční složky řízené centry odměny. K hlavním mediátorům patří opioidy, endokanabioidy a dopamin a zde hlavně působí emoční a motivační vlivy.

Teorie popisující hedonickou regulaci je tzv. teorie senzitivace vůči podnětu. Zahrnuje tři procesy: vytváření pozitivního vztahu k potravnímu podnětu (liking), motivaci získat ho (wanting) a naučit se tyto podněty identifikovat a odlišit od jiných, jejichž konzumace naopak vyvolává averzní reakci (learning). Preference určité stravy nastane, pouze v případě, že je její konzumace spojena s příjemným pocitem, který posiluje behaviorální odpověď, takže pravděpodobnost této odpovědi je při opakované expozici – naučená preference určitých potravin. Naopak naučená averze spočívá při opakované expozici ve vyhýbání se potravě, která byla spojena s negativním pocitem. Hlavními mediátory hedonické regulace jsou endokanabioidy, opioidy a monoaminy (převážně dopamin a serotonin). Dopamin prostřednictvím svých receptorů generuje v dorzálním striatu

motivaci k jídlu jako jednomu ze základních prostředků přežití, zatímco ve ventrálním striatu odpovídá spíše za motivaci k jídlu přinášející libé pocity. Serotonin přes své receptory (5-HT_{1A} a 5-HT_{2C}) snižuje příjem zvláště chutné potravy. Hraje také významnou úlohu v patogenezi poruch příjmu potravy. U mentální anorexie představuje restrikce potravy určitou automedikaci patologicky zvýšených hladin serotoninu.

Našim nemocným tedy můžeme významně pomoci, **pomůžeme-li jim ovlivnit příjem potravy zejména v hédonické složce**. Předpokladem je samozřejmě kontrola příjmu množství potravy a jejich jednotlivých složek, v praxi edukujeme pacienty k tomu, aby používali menší talíře k servírování svých jídel, ideálně dezertní, a aby každé větší jídlo bylo z poloviny tvořeno zeleninou. Tímto jednoduchým modelem zajišťujeme trvale nižší energetickou denzitu potravy. Samozřejmě edukace též spočívá v preferenci nízkotučných mléčných i nemléčných zdrojů bílkovin a jejich přípravy, bez tuku, ideálně na vodě. Sacharidy ve formě příloh a pečiva jsou redukovány co nejvíce je to možné. Svačinky tvoří většinou ovoce či nízkotučný mléčný produkt. Pochutiny ať slané či sladké včetně sladkých nápojů doporučujeme vynechávat úplně. Ideální je, když si pacienti zvyknou péct doma sladké pečivo bez cukru, sladí pouze ovocnou složkou. Dále není doporučován alkohol pro svoji energetickou hodnotu, a to zejména tvrdý.

V homeostatické složce ovlivňujeme nemocné tím, že působíme na zavedení pravidelné pohybové aktivity do denního režimu. Dokud nemocní nepřijmou pohyb, jako součást a každodenní nutnost, není redukce účinná v dlouhodobém časovém horizontu.

Farmakologicky nám pomáhá ovlivňovat obě složky příjmu potravy kombinovaný preparát bupropion/naltrexon (Mysimba). Nejen, že pomáhá dlouhodobě pacientům udržet snížený příjem tím, že je udržuje při hubnutí „v pohodě“ a ne ve stresu z odnětí potravin, ale současně dokáže potlačit i chuť na sladké i slané pochutiny čili takzvané emoční jedení. Také dokáže potlačit chuť na cigaretu či alkohol.

V praxi pacienti často uvádějí, že mají hlad a je jim to jedno. Že mají chuť na to či ono, ale neřeší to. Jejich jídelní chování nesměřuje k udržení homeostatické rovnováhy ani po větší fyzické námaze či při stresu. Váhový úbytek při této medikaci je pak individuální v závislosti na směřování chování jednotlivců. Většina z nich se oprošťuje závislosti na jídle a začíná normálně žít a hubnout.

Co říci závěrem?

Obezita vzniká v důsledku dlouhodobé poruchy regulace příjmu potravy a to v homeostatické i hédonické složce. Největšími překážkami v praxi jsou závislost na jídle a emoční jedění s nepřítomností pravidelného stravovacího režimu, racionální stravy a nedostatku či plnou absencí pohybové aktivity. Většina nemocných, ač dokáže do určité míry akceptovat změnu stravovacích návyků, pohybovou aktivitu do svého denního režimu zahrnuje s obtížemi. Pacienti si myslí, že jde o přechodný režim, a když pak zhubnou, budou se zase moci vrátit ke svým původním návykům.

Proto máme dlouhodobě tak málo uspokojivé výsledky, v praxi řešíme stagnaci a jojo-efekty.

Málokdo si uvědomuje, že jde o trvalá opatření, včetně farmakoterapie a změnou životního stylu. Zdravotní komplikace obezity jsou však nemalé, proto je nutné vše pacientům důkladně nejen vysvětlit, ale současně jim dát i komplexní řešení.

K obezitologovi jsou všichni pacienti posíláni pozdě. Proto by obezitu neměli podceňovat praktičtí lékaři a lékaři v primární i sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocněních. Většina z nich léčí a předepisuje farmaka pro komplikace obezity, místo aby řešila primární problém.

.....

Literatura: Brunerová L, Anděl M. Regulace příjmu potravy – I. část. DMEV 2013; 16(1): 15–23., Brunerová L, Anděl M. Regulace příjmu potravy – II. Část. Vnitř Lék 2014; 60(1): 38–50.

CHUŤOMĚR

Podívejte se na situace níže.
Posudte, jak moc se Vás týkají.

ZAŠKRTNĚTE SI VŠE, CO SE VÁS TÝKÁ:

- Celý den se držím, ale jak přijde večer, vrhnu se na jídlo.
- Jídlo je často mým způsobem, jak něco oslavit nebo se odměnit.
- Když jsem ve stresu nebo třeba rozčilený/á, sáhnu po dobrém jídle.
- Během dovolené nebo při jiných nevšedních situacích jím, a to vůbec nemám hlad.