proLékaře.cz | 7.11.2026

Variabilita pacientů v nutričních kazuistikách

Patient variability in nutritional case reports

Věra Boháčová, Tamara Starnovská

Fórum zdravé výživy, Sekce výživy a nutriční péče, z. s., Praha

✉ **Věra Boháčová, DiS.** | bohacova@sekce-vnp.cz | www.sekce-vnp.cz

Doručeno do redakce | Doručené do redakcie | Received 26. 8. 2020
Přijato po recenzi | Prijaté po recenzii | Accepted 2. 9. 2020

Abstrakt

Výživová a režimová doporučení v rámci primární i sekundární prevence dyslipidemií (a kardiovaskulárních onemocnění) mají svá specifika. Jejich dodržování je však významně ovlivněno řadou faktorů. Mezi ně můžeme zahrnout individuální možnosti pacienta (finanční, logistické), přítomnost či nepřítomnost komorbidit, samotný přístup pacientů. Všechna tato specifika je nutné v rámci doporučení zohlednit. Interpretace totožných výživových a režimových doporučení pak může mít u různých pacientů různou podobu. V praxi se setkáváme s pacienty, kteří svá onemocnění bagatelizují („nic nebolí, nic není třeba měnit“), kteří raději budou vše dodržovat přísněji, aniž by si uvědomovali riziko výživových karencí, kteří se na edukaci připraví a předem si o dietě vše načtou či nasbírají rady ve svém okolí. Takové rady se však ne vždy ztotožňují s odbornými stanovisky. A pak samozřejmě i těmi, kteří jsou ochotni udělat ve své životosprávě změny k lepšímu a ty si dokážou dlouhodobě udržet. Nutriční terapeut musí být schopen na všechna tato individuální specifika reagovat a dle nich doporučení interpretovat.

Klíčová slova: dieta – doporučení – dyslipidemie – pacient – režimová opatření

Abstract

Nutritional and regime recommendations within the primary and secondary prevention of dyslipidemias (and cardiovascular diseases) have their specifics. However, their observance is significantly affected by several factors. These can include the individual possibilities of the patient (financial, logistical), the presence or absence of comorbidities, the very approach of patients. All these specifics must be considered in the recommendations. The interpretation of the same nutritional and regime recommendations may then take different forms in different patients. In practice, we meet patients who downplay their illnesses (“nothing hurts, nothing needs to be changed”), who prefer to follow everything more strictly without realizing the risk of nutritional delays, prepare for education and know in advance about they read everything to the diet or gather advice in their surroundings. However, such advice is not always shared with expert opinions. And then, of course, even those who are willing to make changes for the better in their lives and they can keep them for a long time. The nutritionist must be able to respond to all these individual specifics and interpret the recommendations according to them.

Key words: dyslipidemias – patient – recommendations – regime measures – special diet

Úvod

Edukace režimových doporučení (nejen) při dyslipidemiích má řadu úskalí. Jedním z nich je přístup samotných pacientů. V praxi se setkáváme s pacienty s velmi dobrou kompliancí, ale i s takovými, kterým je třeba doporučení významně přizpůsobovat. V příspěvku uvádíme kazuistiky několika pacientů lipidové ambulance FN v Motole, kteří byli indikováni k nutriční a režimové intervenci. Jedná se o pacienty, pro které jsou platná téměř tatáž doporučení [1–4], nicméně jejich interpretaci bylo potřeba individuálně modifikovat. Jedná se o pacienty s odlišným přístupem k úpravě režimu.

„Jsem mladý, nic mě nebolí, proč mám držet dietu?“

Pacient (ročník 1998), student, se smíšenou dyslipidemií, výrazná rodinná zátěž na KVO. Hmotnost 98 kg, výška 173 cm, obvod pasu 108. Hodnoty: celkový cholesterol 6,0 mmol/l, LDL-C 3,66 mmol/l, HDL-C 0,92 mmol/l, TG 3,07 mmol/l, apoB 1,21 g/l, glykemie 5,1 mmol/l, zvýšená hladina kyseliny močové.

Z nutriční anamnézy: Pacient bydlí s rodiči, o stravu se stará matka, která připravuje „poctivou zdravou stravu“. V jídelníčku se tak objevují pravidelně smetanové jogurty,

proLékaře.cz | 7.11.2026

2krát týdně pečené moučníky (ale domácí), hojně medu, marmelády (ale domácí), uzeniny (kvalitní od řezníka) každý den, slazené nápoje omezují a nahrazují 100% džusy (které však obsahují stejně cukru jako limonády) a čajem s medem. Režim nemá pravidelný, pravidelně jí snídaňové cereálie (vybírají ty kvalitnější), ale množství nesleduje (dle popsaného množství je dávka minimálně dvojnásobná oproti běžné porci), pohyb nemá téměř žádný (pouze cesta do školy a zpět).

Zhodnocení: V tomto případě bylo nutné k edukaci přizvat i matku pacienta, která je odpovědná za převážnou část pacientova stravování a která, byť v dobré víře, nesestavovala stravu z nutričního hlediska příliš vhodně: stravování bohaté na cukry a tuky s převahou nasycených mastných kyselin, chybí režim jak ve stravování, tak i v pohybových aktivitách. Úpravy režimu je nutné řešit postupně s ohledem na reálné možnosti.

Postup řešení: Reálně jsme nastavili režim stravování, pohyb zvýšili pravidelnými procházkami se psem, alespoň jednou denně. V jídelníčku jsme omezili uzeniny na maximálně 2krát týdně s výběrem méně tučných variant, jogurty s obsahem tuku do 3 % (dosud obsahovaly 12 % tuku). V rámci pitného režimu jsme 100% džusy doporučili ředit vodou alespoň 1:1, čaj přestat sladit nebo snížit množství medu. Frekvence pečení moučníků bude snížena na maximum 1krát týdně s preferencí druhů méně sladkých a tučných (záměna listového těsta za vhodnější varianty).

Výsledek intervence: Snížení hladiny kyseliny močové, pokles celkového cholesterolu o 0,3 mmol/l, pokles LDL-C o 0,5 mmol/l, vzestup HDL-C o 0,04 mmol/l, vzestup TG o 0,87 mmol/l.

Následovaly další režimové konzultace s odstupem půl roku, s cílem navázat na započaté změny. Po prvotním snížení hladiny cholesterolu a kyseliny močové docházelo opět ke zhoršování hodnot. Pacient přestal doporučené úpravy režimu dodržovat (již není třeba, když se hodnoty snížily). Při úpravě jedné části režimu zanedbával úpravu jiných. V režimových zásadách je tedy stále značný prostor pro zlepšení bez výraznějších restrikcí, doporučení však naráží na nezájem pacienta i jeho matky.

Častým „problémem“ režimových opatření při dyslipidemiích a dalších rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění je absence subjektivních obtíží. Pacient tak podhodnocuje rizika a je obtížné motivovat ho k úpravám životosprávy.

„Vím dobře, co bych měl, vše mám načtené, už nevím, co dělat líp“

Pacient (ročník 1956), čerstvý důchodce, sportovně aktivní (zejména cyklistika, výlety až 100 km denně). Léčí se s výraznou dyslipidemií a primární hypertenzí. Rozhodl se přestat užívat veškeré léky (Lipanthyl, Kapidin, Prestarium 10 mg, Ezetrol 10 mg) a striktně dodržovat dietu. Zhubl za 5 měsíců 6 kg (nyní 69,8 kg, obvod pasu 86 cm). Hodnoty: TK 128/82 mm Hg, celkový cholesterol 7,7 mmol/l, LDL-C 5,78 mmol/l, HDL-C 1,22 mmol/l, apoB 1,55 g/l, LPA 732,8 ng/l).

Z nutriční anamnézy: Pacient se sám snažil nastudovat vhodnou dietu a podle toho se řídit. Upravil své stravování takto: maso jen výjimečně (protože je zdrojem SFA – nasycených mastných kyselin), sýry skoro nejí (tuk, zdroj SFA), sladké odboural, sladit přestal, alkohol vyloučil, pečivo jí jen občas – žitné. Ovoce a zeleninu jí alespoň obden. Subjektivně: cítí se trochu slabý.

Zhodnocení: Pacient sice významně omezil zdroje SFA, ale jeho jídelníček byl pro jeho potřebu nedostatečný jak co do energie, tak i obsahu sacharidů a bílkovin, včetně důležitých mikronutrientů.

Postup řešení: V souladu s odbornými doporučeními byl karenční jídelníček rozšířen. Pacientovi bylo třeba vysvětlit, jak vybírat v rámci jednotlivých skupin potravin (s důrazem na dostatek bílkovin a zároveň méně SFA) vhodné varianty. S ohledem na významnou fyzickou aktivitu bylo nutné rozšířit zdroje energie a zvýšit množství sacharidů. Doporučení tak bylo odlišně upraveno pro dny s pohybovou aktivitu a mimo ni. Bylo doporučeno zařazení funkčních potravin a nutraceutik.

Výsledek intervence: Po třech měsících došlo u pacienta ke snížení celkového cholesterolu na 5,78 mmol/l (ze 7,7 mmol/l) a LDL-C na 4,69 mmol/l (z 5,78 mmol/l). Pacient se zároveň cítí mnohem lépe.

V praxi se setkáváme s tím, že „samovzdělávání“ pacientů je velmi často spíše na škodu. Problémem je zejména špatná interpretace odborných doporučení, zaměření pouze na rizikové nutrienty ve výživě bez ohledu na vyváženost a kvalitu stravování jako celku.

„Když se chce, tak to jde“

Pacientka (ročník 60), zaměstnankyně agentury pořádající akce spojené s cateringovými službami, s anamnézou izolované hypercholesterolemie, léčena 10 mg atorvastatinu. Celkový cholesterol 5,8 mmol/l, LDL-C 3,29 mmol/l, HDL-C 1,86 mmol/l, TG 0,71 mmol/l, glykemie 5,2 mmol/l, apoB 1,08 g/l, tělesná hmotnost v normě.

Z nutriční anamnézy: Pacientka se dle svých slov stravuje pravidelně, často konzumuje ovoce a zeleninu. Na přípravu pokrmů používá výhradně máslo, slaninu a slunečnicový olej. Preferuje smetanové mléčné výrobky, pije kávu se smetanou. Snaží se omezovat příjem energie, k obědu jí nejčastěji polévky a vyhýbá se pečivu. Často pak mívá ve večerních hodinách hlad, proto večeře bývají sytější. Často se stravuje v rámci cateringového občerstvení (včetně sladkého). Pravidelně se ve volném čase věnuje pohybovým aktivitám.

Zhodnocení: Pacientka nepotřebuje redukovat hmotnost, přesto se vyhýbá sacharidovým přílohám i v průběhu dne, kdy má poměrně dost pohybové aktivity. Potřebnou energii doplňuje ve večerních hodinách, což není žádoucí. Vzhledem k vyšší hladině cholesterolu v krvi je v jídelníčku pacientky nevhodně mnoho tuků s převahou nasycených mastných kyselin. V rámci cateringového občerstvení jsou v jejím jídelníčku často potraviny v rámci diety nevýhodné (croissanty, dortíky), byť v miniverzích.

proLékaře.cz | 7.11.2026

Postup řešení: V rámci možností pacientky byla doporučena úprava režimu stravování – zařazení svačin v odpoledních hodinách, s doporučením nevynechávat pečivo a sacharidové přílohy k obědu. Optimalizovat bylo třeba výběr tuků – preferovat tuky s vyšším podílem nenasycených mastných kyselin. Proto byla doporučena záměna másla za roztíratelný rostlinný tuk a na přípravu pokrmů vynechat máslo a slaninu a upřednostňovat řepkový olej (s vyšším obsahem n-3 mastných kyselin a lepší tepelnou stabilitou). Konzultace se týkala i výběru vhodných potravin/pokrmů v rámci cateringového občerstvení. Vše pacientka hodnotila jako reálně dodržitelné úpravy.

Výsledek intervence: Po 6 měsících došlo u pacientky k poklesu celkového cholesterolu o 0,4 mmol/l (na 5,4 mmol/l), LDL-C o 0,55 mmol/l (na 2,74 mmol/l), TG o 0,03 mmol/l (na 0,68 mmol/l), glykemie o 0,5 mmol/l (na 4,7 mmol/l), apoB o 0,26 mmol/l) a vzestupu HDL-C o 0,24 mmol/l (na 2,1 mmol/l). Pacientka se dále řídí poskytnutými radami, díky odpoledním svačinám omezila konzumaci jídla večer a cítí se lépe. Všechna doporučení se jí daří dodržovat i nadále.

Závěr

Erudovaný nutriční terapeut se vždy snaží nastavit pro pacienta reálné úpravy režimu, ale nezbytným předpokladem úspěchu je spolupráce pacienta. Pacient si musí uvědomit, že režimové úpravy by měly být dlouhodobé/celoživotní a že dieta při dyslipidemiích není jen krátkodobou restrikcí stravování „do zlepšení výsledků“. U některých pacientů se úspěch dostaví po první intervenci, výsledek je potěší a lépe se jim daří pokračovat. Jindy je potřeba úpravy rozložit do více kroků, ale pokud má pacient chuť spolupracovat, cesta ke správnému režimu se vždy najde.

Nutriční terapeut a jeho interpretace odborných doporučení přizpůsobená individuálním potřebám, možnostem a zvyklostem pacienta tak sehrává velice důležitou roli v jeho kompliance k režimovým opatřením, která jsou nedílnou součástí léčby.

Sekce výživy a nutriční péče, z. s., proto spouští v průběhu letošního října webový edukační projekt **nutriinfo.eu**, který má pomoci pacientům zorientovat se v režimových opatřeních a v jejich aplikaci do běžného života. Dalším cílem tohoto projektu je nabídnout odborníkům z řad lékařských i nelékařských zdravotnických profesionálů řadu článků, diskusí a recenzí souvisejících s nutriční terapií. To vše zajistí a garantuje tým zkušených nutričních terapeutů.

Literatura

1. Češka R, Herber O, Vrablík M et al. [Společnost všeobecného lékařství]. Dyslipidémie. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2017. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře – Společnost všeobecného lékařství; Praha 2017. ISBN 978-80-86998-89-3. Dostupné z WWW: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Dyslipidemie.pdf>.

2. Vrablík M, Piťha J, Bláha V et al. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. AtheroRev 2019; 4(3): 19–30.

3. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. [Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies]. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. Atherosclerosis 2019; 290:140–205. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.08.014>.

4. Dostálová J, Dlouhý P, Tláskal P et. al. [Společnost pro výživu]. Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. Společnost pro výživu 2012. Dostupné z WWW: <http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/>.