**Dětská obezita**

Rostoucí prevalence dětské obezity je celosvětově přímým důsledkem energeticky denzitní stravy a nízké pohybové aktivity. Dle výsledků studie HBSC z Univerzity Palackého v Olomouci z roku 2018 má v ČR zvýšenou tělesnou hmotnost více než pětina populace českých dětí ve věku 11–15 let. 15 % má nadváhu a 6 % dospívajících je dokonce obézních. Problémy s vyšší hmotností mají častěji chlapci jak v případě nadváhy, tak obezity.

České dívky jsou na tom lépe i ve srovnání s vrstevnicemi z evropských zemí a ze zámoří. Dostupná data z roku 2014 říkají, že dívek, které bojují s nadměrnou hmotností, je u nás méně než ve světě. Chlapci se pohybují nad průměrem, nedosahují však kritických hodnot chlapců z Malty, Řecka či Kanady, kde se s nadváhou nebo obezitou potýká každý třetí. Mezi státy nejméně sužované potížemi s nadměrnou hmotností se řadí Dánsko, Nizozemsko a Norsko.

Roste počet obézních chlapců. Výrazný nárůst počtu ve srovnání s daty z roku 2014 se týká věkové kategorie 15letých. Registrujeme také významný nárůst počtu dívek s nadváhou ve věku 13 a 15 let.

Dítě, které se narodí do hůře situované rodiny, čelí téměř trojnásobně vyššímu riziku, že bude trpět obezitou, než ty z rodin s vyšším socioekonomickým statutem a dvakrát většímu riziku ve srovnání s dětmi ze střední třídy.

Svou postavu považuje za tlustou výrazně více dívek (28 %) než chlapců (23 %). Negativní hodnocení vlastní hmotnosti se častěji objevuje u 13 a 15letých dívek, kdy se jedná o 31 %.

29 % dívek s nadváhou či obezitou si tento fakt nepřipouští. U chlapců s nadměrnou hmotností jde dokonce o 41 %. Naopak pětina dívek s normální hmotností se považuje za tlusté. U chlapců s normální hmotností se takto vidí „jen“ necelá desetina.

V roce 2018 snídalo v ČR každý den 49 % školáků ve věku 11–15 let, více chlapců než dívek. Se zvyšujícím se věkem tento zvyk oslabuje – zatímco u jedenáctiletých se týká 57 %, v patnácti snídá už jen 42 %. Bezmála polovina dětí ve sledovaném věku 11–15 let sní denně alespoň jeden kus ovoce a 37 % sní alespoň kus zeleniny. Ve srovnání s předchozím výzkumem (2014) se jedná o nárůst cca o 10 %. Každé páté dítě ve sledovaném věku si dá každý den něco sladkého na zub. Naopak zhruba třetina českých dětí sladkosti nejí nikdy nebo jen sporadicky. Co je však zásadní, u třináctiletých a patnáctiletých jsme zaznamenali skoro třetinový pokles každodenní konzumace sladkostí oproti datům z roku 2010.

Téměř každý pátý dospívající chodí do fast foodů dvakrát měsíčně a častěji (18 %). Typičtějšími návštěvníky rychlého občerstvení jsou chlapci (20 %) oproti dívkám (16 %) a frekvence návštěv mírně roste s věkem: z 16 % na 21 % mezi 11. a 15. rokem.

Objemu pohybové aktivity, jak jej doporučuje WHO (hodina pohybové aktivity každý den), dosáhne jen necelá pětina školáků ve věku 11–15 let. V případě chlapců je to relativně více (22 %) než u dívek (15 %). Organizovanému sportu se věnují 2/3 dospívajících. Omezená docházka do hodin tělocviku se týká každého pátého školáka. Plně je z hodin tělesné výchovy omluveno 5 % dětí. Poměrně velká skupina je osvobozena částečně (cca 13 %).

Posuzování hranic pro dětskou obezitu je komplexnější než u dospělých. Používají se hmotnostně-výškové nebo BMI percentilové grafy. Hodnoty nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost, hodnoty nad 97. percentilem znamenají obezitu. Tato kritéria neplatí pro děti v kojeneckém věku, kdy je tělesná hmotnost závislá na způsobu výživy. Hmotnost kojených dětí bývá do dvou měsíců věku vyšší, než dětí přikrmovaných nebo zcela živených náhradami mateřského mléka. V dalších měsících života se jejich hmotnost relativně snižuje. U dětí od narození do 5 let se doporučuje používat grafy poměru hmotnosti k výšce, u starších dětí grafy BMI. Nadváha, obezita a nevhodný životní styl je spojen se zvýšeným rizikem diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárními onemocněními, nízkou úrovní maxima kostní hmoty, osteoporózou, žlučovými kameny a se stravou spojenými druhy nádorových onemocnění později v životě. Starší obézní děti jsou ve vysokém riziku přetrvání obezity do dospělosti, avšak ne všechny obézní děti jsou obézní i v dospělosti, týká se to cca 80 %. U extrémně obézních dětí se mohou vyvinout závažné zdravotní problémy jako kardiomyopatie, pankreatitida, ortopedické problémy, obstrukce horních dýchacích cest apod. Kromě fyzických aspektů obézní děti trpí nižším sebevědomím, slabší sociální interakcí, dřívější puberta může způsobit emoční problémy v důsledku nesouladu fyzického a emocionálního zrání, které navíc vyvolává zvýšená očekávání okolí od dítěte. Mnoho obézních dětí trpí pocitem méněcennosti. Psychologické problémy se posouvají stále do nižšího věku.

Léčba obezity vyžaduje přímou angažovanost minimálně jednoho z rodičů. Rodič musí být součástí terapeutického týmu, musí mít aktivní zájem na léčbě dítěte, musí je umět povzbuzovat, i když se dítěti nedaří viditelně snižovat tělesnou hmotnost. Terapie dětské obezity zahrnuje podobně jako u dospělých tyto cíle:

a) Naučit obézní dítě dodržovat stravovací návyky, které mu vyhovují a které mu poskytují buď hmotnostní úbytky, či vzhledem k růstu udržení hmotnosti, a navíc jsou zachovány důležité živiny a látky pro růst a vývoj dítěte.

b) Vytvořit u dítěte potřebu pravidelné pohybové aktivity, která je baví, je snadno realizovatelná, a přitom podporuje energetický výdej.

c) Pomocí nácviku kognitivně-behaviorálních technik usnadnit vytváření správných stravovacích a pohybových návyků.

Výše uvedené by se mělo týkat nejenom dítěte, ale i rodičů a optimálně celé širší rodiny. Obézní rodič společně s dítětem redukuje hmotnost, neobézní mění svůj životní styl na zdravější. Obézní rodiče bohužel většinou nevidí obezitu dítěte (ani svoji) jako problém, nevidí nutnost obezitu dítěte léčit. Pokud je rodičům doporučeno odborníkem, aby dítě redukovalo nadváhu, nemají většinou zájem se aktivně účastnit programu společně s dítětem, nejsou ochotni investovat do terapie obezity dítěte finance. Pokud jsou rodiče či prarodiče obézní, jsou jejich nevhodné stravovací a pohybové návyky pro dítě nevhodným modelem. Motivace samotného dítěte zejména v mladším školním věku je nízká. Stejně jako u dospělých je jedinou cestou k trvalé redukci nadváhy změna nevhodných stravovacích a pohybových návyků. Dítě většinou po doporučení dětského lékaře zhubnout je při neúspěchu posláno za endokrinologem, který nemůže systematicky každý týden dítě vést a podporovat. Při neúspěchu jsou doporučeny lázně. Zde dítě většinou úspěšně redukuje hmotnost a po návratu do prostředí rodiny, kde obezita vznikla, bohužel často redukovanou hmotnost nabere zpět. Léčba obézního dítěte by měla být vedena lékařem školeným v obezitologii (dětským endokrinologem, diabetologem, pediatrem, kardiologem, gastroenterologem, tělovýchovným lékařem), v odborné ambulanci ve spolupráci s praktickým lékařem pro děti a dorost, s nutričním terapeutem, psychologem a fyzioterapeutem. V případě mírného stupně obezity bez zvýšeného rizika metabolických komplikací (negativní rodinná anamnéza, negativní výsledky laboratorního a klinického vyšetření) je možné ambulantní sledování praktickým lékařem pro děti a dorost. Do péče specializované ambulance by měly být předány obézní děti bez efektu léčby, se závažnějším stupněm obezity, se známkami rozvíjejících se metabolických komplikací, děti s obezitou z jiných příčin a s rodinnou anamnézou výskytu diabetu mellitu 2.  typu a kardiovaskulárních onemocnění.