

## 5. ZÁSADY NUTRIČNÍ DIAGNOSTIKY U PACIENTA S ICCH

### ÚVODEM

V podstatě je to děsně jednoduché. Je důležité zjistit - co jí, kolik toho jí, jak často, kdy, kde, jak rychle, případně s kým a za kolik, co a kolik čeho pije. Tím si uděláte obrázek o tom, jaké má stravovací zvyklosti (co se týče kvality, kvantity, časových a i finančních možností). K tomu přidáme antropometrické vyšetření a zhodnocení energetického výdeje. Pro hrubou orientaci vám to stačí. Můžete to ale také naházet do počítače a ten vám předloží přesnější číslíčka. S obojím se dá pak dobře pracovat.

### A NYNÍ TROCHU ODBORNĚJI

Všeobecná nutriční doporučení nezbytná pro výživovou politiku a plošnou či skupinovou intervenci nelze bez bližší specifikace aplikovat v individuálních případech. Zejména u osob s vyšším zdravotním rizikem při požadavku rychlé úpravy výživových zvyklostí, je intervence založená na znalosti dosavadních stravovacích zvyklostí a individuální potřeby zcela nezbytná. Oproti předchozím postupům, kdy byly pacientům ordinovány různé typy diet s podrobnými jídelníčky, a které jen málokdy přinesly očekávaný efekt, dáváme dnes přednost **individuální změně nutričních návyků** každého jedince.

### **JACÍ PACIENTI SE K NÁM MOHOU DOSTAT?**

V oblasti primární prevence jde zejména o včasnou diagnózu nadváhy a obezity, mírnou hypertenzi, poruchy lipidového metabolismu a snížení glukózové tolerance. Nutriční intervence je vhodná i u pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou na výskyt KVO a diabetů, a karcinomů zažívacího traktu. V oblasti sekundární prevence je individuální nutriční intervence nezbytná při KVO, diabetů II. typu a hypertenzi.

### **PODKLADY PRO HODNOCENÍ STRAVOVACÍCH ZVYKLOSTÍ**

Základem informací je týdenní **dietní záznam** (*pozn. vpraxi si vystačíme i s třídenním, ale jeden den z těch tří musí být víkendový. Je to pro pacienta méně zatěžující a my nemáme tolik práce s vyhodnocováním*), kam pacient zaznamenává veškerou stravu. K doplnění informací o stravovacích zvyklostech je uváděno místo, čas a činnost. Důležitá je přesná instrukce pacienta - viz. příloha. Kromě množství (pacienti si musí potraviny vážit nebo odhadovat velikosti porcí. Jako pomůcka slouží obrázky různě velkých talířů, hrnků, lžic, naběraček, šálků, krajíců, kusů ovoce, porcí masa, příloh apod.) a přesného typu potraviny je důležitá kuchyňská příprava - opět viz. dotazník v příloze.

V individuálním nutričním poradenství nevystačíme s doporučenými výživovými dávkami, které jsou stavěné na průměrného člověka. Určení **individuální výživové dávky** je proto v nutričním poradenství podstatné. Existují již programy, které umí stanovit energetickou potřebu, dávky základních živin, vitamínů a minerálů. Nemáme-li je však, musíme vzít za základ doporučené dávky dle pohlaví, věku a pracovní zátěže, a upravit je s ohledem na zdravotní stav, způsob života, event. genetické riziko pacienta.

Pro určení této individuální výživové dávky je třeba také provést **antropometrické vyšetření** (výška, váha, poměr obvodu pasu a boků (WHR), procento podkožního tuku (kožní řasy, bioimpedanční analýza), BMI), a zároveň i **zhodnocení energetického výdeje** (*existují*

*různé dotazníky s podrobnou analýzou energetického výdeje, je možné ji provést také jen orientačně - sedavé zaměstnání s mírnou fyzickou aktivitou ve volném čase, těžká fyzická práce ..., nebo lze použít různých škatulek typu CALTRECK apod. - viz. Radvanský).*

Zároveň bychom měli mít v ruce výsledky základního vyšetření, kdy nás (vzhledem k výživě) převážně zajímá krevní tlak, hladiny sérových lipidů a glykémie.

## **ANALÝZA DIETNÍHO ZÁZNAMU**

Buď hodnotíme:

- a) čistě orientačně, event. s použitím energetických tabulek
- b) prostřednictvím počítače.

Na našem trhu existuje již několik programů pro počítačovou analýzu spotřeby potravin (v zásadě se liší zadáváním vstupních informací a obsáhlostí databází, ale jinak téměř vždy dostanete stejné výstupní informace - tj. energetickou hodnotu, trojpoměr (T:C:B), vlákninu, cholesterol, vitamíny a minerály - viz. Dlouhá).

Nevýhodou nejen pro vzájemné porovnání dat je fakt, že programy neuvádějí stejné databáze výživových hodnot potravin (*tak se můžeme kolikrát setkat s tím, že se počítačem udávané hodnoty liší od hodnot, které přečteme na etiketách výrobků, nebo že některé druhy potravin nejsou v databázích (event. ani v tabulkách) uvedeny vůbec, přestože jejich konzumace je častá - nikdy však chybějící potraviny nevypouštíme z výpočtů! Některé programy mohou být převzaty i ze zahraničí a to se pak nemůžeme divit*). **Dietní záznam, resp. jeho vyhodnocení nelze chápat jako dogma, ale jen jako vodítko pro poradenství.** Možné zkreslování údajů pacientem či nepřesné údaje o hmotnosti spotřebovaných potravin přinesou mnohem větší zkreslení než nepřesnosti v tabulkových hodnotách. Proto **mnohem podstatnější než absolutní hodnoty jsou změny, které v průběhu intervence zaznamenáme.**

## **VLASTNÍ ANALÝZA STRAVOVACÍCH ZVYKLOSTÍ**

Při stanovení individuální dávky a procentuálním vyjádření skutečné spotřeby k doporučené dávce, není analýza příliš složitá. U hodnot, které významně překračují doporučenou dávku, zjistíme rozbořením dietního záznamu, které stravovací zvyklosti jsou důvodem překročení. V případě nižšího plnění některých živin (obvykle rostlinných bílkovin, vlákniny a vitamínů), vytipujeme potraviny, kterými je nutné stravu doplnit.

Z výše uvedeného tedy posoudíme:

- energetický příjem
- trojpoměr (tj. zastoupení tuků, cukrů a bílkovin. V bližším přiblížení nás zajímá rozlišení rostlinných a živočišných bílkovin, dále nasycené a nenasycené MK (*to ale ty programy moc neumí*))
- množství cholesterolu a vlákniny
- zastoupení jednotlivých vitamínů a minerálů (zajímá nás hlavně Ca a Fe)

Z dotazníků lze dále vyčíst rozložení stravy během dne a množství konzumované v jednotlivých dávkách, za jakých podmínek se daný jedinec stravuje (tzn. zda má čas na jídlo, či jí ve spěchu), zda se jedná o domácí stravu (pak nás zejména zajímá způsob kuchyňské přípravy, či si vaří sám nebo mu vaří někdo jiný (*osvědčila se v takovém případě i konzultace s tou osobou, která jídlo připravuje ~ většinou manželka nebo maminka*)), či se stravuje v nějaké jídelně nebo je odkázán na „bufet“. Mnohdy je třeba provést i **krátký anamnestický pohovor** o stravovacích zvyklostech, jímž si doplňujeme informace získané

z dotazníků. Než začneme radit, je důležité si také udělat obrázek o finančních možnostech (*mnohé naše rady by mohli být pro někoho nepřínosné - hlavně u starších lidí*).

### **Nikdy nesmíme zapomenout zkontrolovat pitný režim!**

Z hlediska podrobnějšího vyšetření výživových zvyklostí je třeba si uvědomit, že během roku dochází také k **cyklickému sezónnímu kolísání výživové spotřeby**. U dlouhodoběji sledovaného pacienta proto můžeme provést výživovou anamnézu zvlášť v každém ročním období. Lze také použít dotazník na **frekvenci konzumu** jednotlivých potravin - viz. příloha. Seznam může zahrnovat buď celý sortiment nebo jen výběr některých druhů potravin pro nás významných. Výhodou je zjištění dlouhodobého a pro danou osobu charakteristického typu výživy.

A k tomu všemu je třeba přihlídnout i k **psychickým aspektům!!!** (viz. Douchová). Hlavně u „problémových“ pacientů (zvláště u obezit) je důležité zjistit, jaký má pro ně jídlo význam, z dotazníků příp. zjistit, s čím mají jídlo spojené (např. s příchodem domů, se stresem, s koukáním na TV ...), dále co mají rádi a naopak, co vysloveně rádi nemají (abychom jim nenutili něco, co zrovna mít nemusí a nebo radikálně zakazovali zase to, co tak milují!

***Dobrá komplexní diagnostika je pro nás odrazovým můstkem pro vhodně zvolenou terapii***