proLékaře.cz | 12.11.2026

Ohlédnutí za Rančířovem 2018

13.–14. 4. 2018, Rančířov u Jihlavy

Kristýna Čillíková

manažerka komunikace ČSAT

✉ **Mgr. Kristýna Čillíková** | komunikace@athero.cz | www.athero.cz

Doručené do redakcie / Doručeno do redakce/Received 30. 6. 2018

Mýty a omyly ve stravě

Ve dnech 13.–14. dubna proběhlo výroční pracovní setkání spolupracovníků projektu MedPed v Rančířově u Jihlavy. Již 3. rokem mělo setkání dvoudenní formát, aby se stihly odpřednášet všechny odborné novinky a prodiskutovat aktuální otázky z klinické praxe, interaktivní kazuistiky a záležitosti související s chodem projektu MedPed a jeho síťových pracovišť. Prostor byl věnován také zástupcům pacientské organizace Diagnóza FH, z .s. a tradičně nechyběl blok prezentace dat z databáze a praktické ukázky práce s databází. Ta je už od roku 2017 plně funkční pro zadávání a převody pacientů z původní databáze. K listopadu 2017 evidovala databáze celkem 7 604 pacientů s FH/FDB, z toho 5 747 nepříbuzných. Předpokládaná prevalence FH v české populaci je 40 000 osob, což znamená, že databáze projektu MedPed v současné době zahrnuje cca 19 % nemocných FH v ČR, což naši republiku stále řadí na skvělé třetí místo v počtu detekovaných osob s FH. Co se týče osob s homozygotní formou FH (hoFH), celkem je v databázi evidováno 19 pacientů, z toho 5 již zemřelo (údaje ke květnu 2018, Tesařová Š et al). Průměrný věk osob s hoFH při diagnóze činil 31 let a věk nyní/ při úmrtí je 50 let. Při předpokládané prevalenci 1:250 000 je v databázi projektu MedPed evidováno 47,5 % osob s HoFH. Všichni evidovaní nemocní s HoFH jsou léčeni statiny, 93 % navíc užívá ezetimib a 50 % triple terapii s inhibitorem PCSK9, 26 % pravidelně absolvuje LDL-aferézu. Bohužel, jen necelá třetina nemocných dosahuje navzdory intenzivní léčbě cílových hodnot LDL-C (údaje ke květnu 2018, Tesařová Š et al). Je potěšující, že síť MedPed se oproti předchozím rokům rozrůstá – v současné době čítá 66 aktivních pracovišť (3 národní centra, z toho dvě pro dospělé pacienty a jedno pro děti, 16 regionálních center pro dospělé a 11 pro děti, 18 specializovaných pracovišť pro dospělé a 6 pro děti a 12 spolupracovníků).

V Rančířově se velké pozornosti těšila přednáška nutriční terapeutky Věry Boháčové, DiS. ze Sekce výživy a nutriční péče, z. s., která má více než patnáctileté zkušenosti s dietou osob v různém stupni KV rizika. Ačkoli má úprava jídelníčku jen částečný vliv na pokles hypercholesterolemie, jde o důležitou součást léčby, kterou by pacienti měli dlouhodobě dodržovat. Věra Boháčová zaměřila své sdělení na nejčastější mýty a omyly ve stravě, vyvolané především módními trendy či reklamou. Jak ale uvedla, některá doporučení jsou dlouhá léta tradovaná a stojí na zastaralých odborných poznatcích o výživě. Mezi takové „evergreeny" patří (ne)konzumace vajec a masa. „V praxi to dopadá potom třeba tak, že pacienti, kteří si odepřou vajíčka, si dají smaženou slaninu. Podobně nevhodná jsou doporučení omezit při vysoké cholesterolemii konzumaci masa. Jde o nesmysl podpořený americkou studií, problém je ale jinde – Američané jedí enormní množství masa, až 40 kilogramů na osobu a rok, čemuž se Češi rozhodně neblíží," komentovala Věra Boháčová. Mýtem je i tvrzení, že při hypercholesterolemii není vhodné pití kávy. Jak upozornila nutriční terapeutka, pozor je ale třeba dát na pití alkoholu: „Z mých zkušeností vyplývá, že čeští muži často vůbec nepovažují tolik oblíbené pivo za alkohol. WHO přitom ve svých nových doporučeních snižuje u obou pohlaví limit konzumace alkoholu, konkrétně u mužů je to nyní 20 gramů denně a u žen 10 gramů denně." Pacienti s dyslipidemiemi rovněž často inklinují k vegetariánství nebo veganství. Podle odborníků může umírněné vegetariánství přinášet řadu benefitů, např. vyšší konzumaci ovoce a zeleniny nebo snížený příjem nasycených mastných kyselin. Riziko je však třeba hledat v některých takzvaně zdravých výrobcích jako jsou veganské párky, sýry a čokoláda. Nezávislé testy ukázaly, že veganské sýry podobné čedaru a mozzarelle obsahovaly jako základ kokosový tuk a škrob, tedy složky, které jsou pro člověka v KV-riziku naprosto nevhodné. Jistá úskalí má i tzv. raw strava – může být problematická z pohledu využití některých živin (např. karoteny jsou tělem lépe využitelné po tepelné úpravě), je navíc relativně omezená, lidé ji často neumí správně připravit nebo na zpevnění pokrmu používají kokosový tuk. Kokosový tuk u nás zažívá velkou renesanci. Mezi hlavní argumenty jeho zastánců patří, že tělo tento druh tuku do určité míry potřebuje. „Ne, není to tak. Neexistuje sice nezdravá potravina, pouze její nezdravé množství v kontextu celodenního jídelníčku a aktuálního zdravotního stavu, nicméně v Česku je obecně vyšší spotřeba nasycených tuků, než je doporučováno. Tyto tuky by měly tvořit maximálně 10 energetických procent v denním jídelníčku, ale my jich konzumujeme nejméně dvakrát tolik," uvedla Věra Boháčová.

proLékaře.cz | 12.11.2026

Nezanedbatelnými zdroji nasycených mastných kyselin jsou živočišné tuky, ale především takzvané skryté tuky (náhrady živočišných tuků jako jsou polevy a náplně sušenek nebo jemného pečiva). Příznivci kokosového tuku dále uvádějí, že obsahuje prospěšný MCT tuk, který je výhodný zejména pro sportovce, neboť slouží jako rychlejší zdroj energie. „Jedná se o mastnou kyselinu se středním řetězcem, která se nemetabolizuje přes lymfu. Přínosem může být u vrcholových sportovců, pro běžného Čecha je to doporučení naprosto nerelevantní," nesouhlasí opět Věra Boháčová a dodává, že kokosový tuk má cca 60 % MCT tuků, nicméně 30 % z nasycených tuků, kterých má kokosový olej celkem 90 %, je aterogenních. Oproti tomu olivový olej má pouze 14 % nasycených tuků, řepkový dokonce jen 6 %. Navíc řepkový olej má ve svém složení téměř 10 % omega-3. „Jinak řečeno, kokosový tuk nemusí být špatný, ale v kontextu nemocnosti českého národa a jeho stravovacích návyků jde o tuk naprosto nevhodný. Palmový tuk je někde na pomezí, obsahuje 50 procent nasycených a 50 nenasycených kyselin, není tedy z pohledu výživového až tak hrozivý," doplnila Věra Boháčová. Dodala, že ačkoli by osoby v KV riziku měli co nejvíce omezit smažení pokrmů, měly by, když už smaží, sáhnout ideálně po řepkovém nebo olivovém oleji (i panenském), které jsou dobře tepelně stabilní a nepřepalují se. Extrapanenský olivový olej může ovlivňovat chuť pokrmu, je navíc finančně náročnější a nedoporučuje se ke smažení, pokud obsahuje zbytky slupek ze studeného lisu, které se přepalují. Stálice české kuchyně, slunečnicový olej, je nejvhodnější na přípravu pokrmů za studena. Obliba exotických receptů přinesla do českých spíží kromě kokosového tuku také kokosové mléko. Jde o emulzi kokosového tuku ve vodě, nutričně tedy nejde o vhodné složení, nicméně jak uvedla Věra Boháčová, kokosové mléko se používá do specifických jídel, např. indických, které se většinou nekonzumují často, tudíž nepředstavuje takový výživový problém. Potraviny problematické z pohledu tzv. skrytých nasycených tuků ovšem tvoří významnou kapitolu, neboť jejich spotřeba v Česku průběžně roste: jde o výrobky tvářící se jako čokoláda (čokoláda musí podle legislativy obsahovat 25 % kakaových součástí, pokud je mléčná, a 35 %, pokud je hořká) a trvanlivé pečivo s náplní nebo polevou. „Vždy jde o nutriční průšvih. Aby se pečivo lesklo a drželo pohromadě, přidává se tropický tuk, který je za normálních okolností tuhý," vysvětlila Věra Boháčová a doplnila, že problematické jsou i sušené sójové nápoje. Test VŠCHT v jednom z těchto výrobků odhalil až 15 % trans-mastných tuků. „V zásadě platí, že při úpravách jídelníčků u osob s kardiovaskulární rizikem nejdeme cestou zákazů, ale snažíme se hledat vhodnější alternativy za nevhodné potraviny. Pacienti totiž mnohem lépe přijímají náhrady, třeba si nechají doporučit zdravější sušenky nebo masné výrobky. Je to rozhodně lepší, než jim jejich konzumaci zakazovat úplně. Už proto, že stravovací návyky je zapotřebí změnit dlouhodobě," uzavřela Věra Boháčová. Řadu doporučení, jak nahrazovat potraviny nebo jak rozumět nutričním údajům na obalech potravin najdete v edukačních materiálech na **www.athero.cz** nebo **www.diagnozafh.cz**.

Kdy myslet na dysbetalipoproteinemii (DBLP)

Jedna z odborných přednášek rančířovského setkání patřila onemocnění, u něhož se odborníci nedokážou shodnout, jak je vlastně v populaci časté. Zdroje informací se v odhadech dramaticky liší. Holandská data uvádějí výskyt u žen 1:900, u mužů nad 35 let 1:700, ale najdeme i 1:500 u žen a u mužů 1 : 200/250 (průkaz ultracentrifugací a nálezy atypické frakce). „Rozhodně však neplatí prevalence 1 : 5 000, jak se udávalo dříve. Budeme-li uvažovat, že familiární hypercholesterolemii má každý dvoustý až 250. jedinec a dysbetalipoproteinemii každý tisící, znamená to, že na 2 až 3 pacienty s familiární hypercholesterolemií připadá jeden s dysbetalipoproteinemií," řekl prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc., z FN U Svaté Anny v Brně. Zdůraznil, že na DBLP se při diagnostice poměrně málo myslí, přitom osoby s tímto onemocněním jsou v podobně vysokém riziku jako osoby s FH. Pro potvrzení onemocnění je klíčová betakvantifikace, tedy vyšetření krve po ultracentrifugaci. Typicky má být v lipoproteinech o molekulární hmotnosti pod 1,006 poměr mezi cholesterolem a triglyceridy větší než 0,68 (podle jiných dat 0,6–0,8). Typicky je přítomna b-VLDL frakce. Z hlediska genetiky je velká část pacientů homozygoty pro apoE2 alelu, musí být ale přítomen i spouštěcí faktor. Většinou se hovoří o diabetu, obezitě, renálním selhání, hypotyreóze, alkoholismu, hormonální antikoncepci (možná také estrogenech ve vyšších dávkách), nevhodném životním stylu. „Jako klíčový faktor pro manifestaci se ale v poslední době ukazuje hyperinzulinemie. Zpětně se prokazuje inzulinorezistence ještě před výskytem prediabetu," upozornil prof. Soška.

Výskyt homozygotní formy apoE2 se udává 1–7 na 1 000 obyvatel. Existuje však cca 10 % osob s DBLP, potvrzenou ultracentrifugací, kteří nemají konstelaci apoE2 E2 – může se jednat o homozygotní mutaci v genu pro apoE, která vede k téže klinické manifestaci.

Podkladem DBLP je nadprodukce triglyceridů a jak uvedl prof. Soška, zdá se, že téměř vždy je přítomna porucha lipolýzy, na které významně participuje hyperinzulinemie či inzulinoezistence, a současně je přítomno zpomalení clearence remnantních atypických částic, na němž se může podílet snížená aktivita LDL receptorů, hypotyreóza či menopauza. Kdy tedy myslet na familiární DBLP? Když:

- v krvi je molární poměr mezi celkovým cholesterolem a celkovými triglyceridy (TG) 1,1:1 až 2 : 1 (nelze u nich změřit LDL-C, lze posuzovat jen celkový cholesterol a TG) a laboratorní potvrzení je opakované
- celkový cholesterol se pohybuje kolem 8–12 mmol/l
- poměr apoB k celkovému cholesterolu je pod 0,15
- při podezření na DBLP se doporučuje vyhodnotit poměr apoB a celkového cholesterolu, současně TG ku apoB by měly být pod 10, a to vše u pacientů, jejichž TG přesahují 75. percentil; toto je podle prof. Sošky jakýsi al-