

Česká obezitologická společnost ve spolupráci s Traumatologicko-ortopedickou
a Interní sekci České asociace sester pořádá



Celostátní konferenci s mezinárodní účastí

OBEZITOLOGIE a BARIATRIE 2013

17. – 19. 10. 2013

Hradec Králové

hotel Nové Adalbertinum



ABSTRAKTY

Obsah

HLAVNÍ PROGRAM	5
ŠONKOVA PŘEDNÁŠKA.....	5
Lipidy a obezita	
doc. MUDr. Marie Kunešová, CSc. /Praha/	5
BLOK I – Varia I	6
Obezita v těhotenství a laktaci	
MUDr. Marian Kacerovský, PhD. /Hradec Králové/	6
Karcinom prsu a obezita	
MUDr. Jindřich Šuk /Praha/	7
Nová antidiabetika s účinkem na tělesnou hmotnost	
prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc. /Praha/.....	8
Koncepce a strategie prevence a léčby obezity v ČR u dětí a dospělých	
doc. MUDr. Dana Müllerová, Ph.D. /Plzeň/	9
Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací	
PhDr. Jitka Herlesová /Praha/	10
BLOK II – Varia II	11
Internetová soutěž 7S	
PhDr. Iva Málková /Praha/	11
Prediktory váhového přírůstku po zanechání kouření	
MUDr. Alexandra Kmeťová /Praha/	12
Rozdíly kognitivního výkonu mezi obézními pacienty a běžnou populací	
Mgr. Pavel Král /Praha/	13
Možnosti komplexní dekongestivní terapie (KDT) v prevenci a léčbě obezity	
MUDr. René Vlasák /Praha/	14
NutriPro – nový nutriční program pro profesionály	
Ing. Tomáš Petr /Ivančice/.....	15
BLOK III – Bariatrie I.....	16
Evropská interdisciplinární doporučení k chirurgické léčbě obezity a metabolických onemocnění 2013 – co je nového?	
prof. MUDr. Martin Fried, CSc. /Praha/	16
Bariatrická - metabolická chirurgie na Slovensku včera, dnes?? zajtra???	
MUDr. Igor Keher /Trnava/	17
Bariatrická péče – jaké požadavky by měla splňovat?	
MUDr. Karin Doležalová /Praha/	18
Vliv laparoskopické plikace žaludku na tělesnou hmotnost, metabolickou kompenzaci a hormonální profil u obézních pacientů s diabetes mellitus 2. typu: výsledky po 12 měsících sledování	
prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc. /Praha/	19

Náhodný nález GIST u tří bariatrických operací za 6 let MUDr. Ladislav Svoboda /Praha/	20
Výsledky bariatrických/metabolických reoperací doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc. /Ostrava/	21
BLOK IV – Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků	22
Obezita v České republice – 2013 MUDr. Martin Matoulek, Ph.D. /Praha/	22
Jak vysvětlit paradox obezity? doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc. /Praha/	23
Problematická ustanovení zákona o zdravotních službách JUDr. Lucie Šířková /Praha/	24
Jak se dívat na psychosomatickou medicínu MUDr. Radkin Honzák, CSc. /Praha/	25
BLOK V – Dětská obezita.....	26
Těhotenství, laktace a hmotnost potomků MUDr. Petr Sucharda, CSc. /Praha/.....	26
Stav výživy a stravovacích zvyklostí dětí školního věku v Plzeňském kraji v roce 2013 MUDr. Pavel Sedláček /Plzeň/.....	27
Zdravotně orientovaná zdatnost a pohybový režim dětí školního věku v Plzeňském kraji v roce 2013 MUDr. Jana Langmajerová /Plzeň/.....	28
Preventivní projekt „S dětmi proti obezitě“ MUDr. Zlatko Marinov /Praha/	29
BLOK VI – Bariatrie II.....	30
Zkušenost s 500 tubulizacemi žaludku (sleeve gastrická resekce) – 10 let práce bariatrického centra MUDr. Martin Hrubý /Turnov/	30
Nejčastější komplikace po sleeve gastrectomy prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc. /Praha/	31
Plikace versus sleeve – krátkodobé výsledky dvou nejčastějších bariatrických operací MUDr. Michal Čierny, CSc. /Břeclav/.....	32
Neadjustabilní gastrická bandáž s odstupem času – kazuistiky MUDr. Petra Šrámková /Praha/	33
Remise diabetu po bariatrickém výkonu u pacientů s přetrvávajícím diabetem 2. typu po konzervativní léčbou navozeném hmotnostním úbytku prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA /Praha/.....	34
Vitamin D u pacientů po tubulizaci žaludku Mgr. Marek Bužga, Ph.D. /Ostrava/	35
BLOK VII – Výzkumná témata	36

Lidský adenovirus 36 je asociován s nadváhou a obezitou - studie 1179 českých adolescentů RNDr. Hana Zamrazilová, Ph.D. /Praha/.....	36
Vliv vybraných polymorfismů kandidátních genů obezity na celkový energetický příjem a příjem jednotlivých nutrientů u českých adolescentů MUDr. Irena Aldhoon Hainerová, Ph.D. /Praha/.....	37
Efekt laparoskopické sleeve gastrektomie na mRNA expresi prozánětlivě působících genů v podkožní tukové tkáni a periferních monocytech obézních pacientů MUDr. Pavel Trachta /Praha/	38
Sérové koncentrace a mRNA exprese omentinu v podkožní tukové tkáni u pacientů s obezitou a diabetes mellitus 2. typu: vliv nízkokalorické diety, fyzické aktivity a laparoskopické tubulizace žaludku MUDr. Monika Urbanová /Praha/	39
BLOK VIII – Kontroverze v obezitologii	40
Existují zdraví obézní? MUDr. Dita Pichlerová /Praha/.....	40
Obezita a deprese PhDr. Šárka Slabá, Ph.D. /Praha/.....	41
Alternativy v dietní léčbě diabetu 2. typu MUDr. Hana Kahleová, Ph.D. /Praha/	42
Role mléčných výrobků v redukční dietě MUDr. Petr Hlavatý, Ph.D. /Praha/.....	43
Vliv frekvence jídel na kvalitu života, Beckovo skóre deprese a jídelní chování u diabetiků 2. typu MUDr. Hana Kahleová, Ph.D. /Praha/	44

HLAVNÍ PROGRAM

ŠONKOVA PŘEDNÁŠKA

Lipidy a obezita

doc. MUDr. Marie Kunešová, CSc. /Praha/

Centrum pro diagnostiku a léčbu obesity, Endokrinologický ústav, Praha

Složení mastných kyselin v dietě ovlivňuje vznik metabolického syndromu cestou exprese genů účastnících se na lipolýze a lipogeneze v hepatocytech a v adipocytech. Složení tuků v dietě se odráží v zastoupení mastných kyselin lipidů v séru- esterů cholesterolu, triglyceridů a fosfolipidů.

Dlouhodobě je složení lipidů v dietě reflektováno v obsahu mastných kyselin v triglyceridech tukové tkáně. Kromě příjmu v dietě je složení lipidů v těle ovlivňováno endogenní lipogenezou, preferenční oxidací a metabolismem mastných kyselin. Navíc se uplatňují genetické vlivy. S epidemií obesity bývá spojován vysoký obsah tuků v dietě, zvláště nasycených. Některé hypotézy uvádějí souvislost nerovnováhy v příjmu n-6 a n-3 polynenasycených mastných kyselin ve prospěch nadbytku PUFA řady n-6 se vznikem epidemie obesity. V přehledu budou uvedeny některé studie z našeho pracoviště zabývající se vztahem složení mastných kyselin a obezity před zahájením léčby a po léčbě obezity.

V přehledu také budou zmíněny epidemiologické studie zabývající se prevalencí a charakteristikami obezity u dětí.

Podpořeno granty IGA NT/13735-4 IGA MZ ČR a MZ00023761.

BLOK I – Varia I

Obezita v těhotenství a laktaci

MUDr. Marian Kacerovský, PhD. /Hradec Králové/

Porodnická a gynekologická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Během posledních 25 let došlo k dramatickému nárůstu prevalence obezity. Tento nárůst se bohužel nevyhnul ani těhotným ženám. Např. v USA trpí nadváhou či obezitou až 50% těhotných.

Nadváha a obezita je spojena se zvýšeným rizikem mnoha různě závažných komplikací již v průběhu gravidity, během porodu, a také v časném a pozdním šestinedělí.

Obezita je spjata se zvýšením rizika spontánního potratu, vrozených vývojových vad plodu (zejména rozštěpy neurální trubice), těhotenské cukrovky, těhotenské hypertenze, preeklampsie, předčasného porodu, rozvoje makrosomie plodu a nutnosti ukončení těhotenství císařským řezem. Nesmíme také zapomenout na fakt, že možnosti prenatalního vyšetření plodu ultrazvukem jsou v případě obézních žen velmi limitované či úplně nemožné.

Dalším kritickým bodem je porod samotný. U obézních žen lze jen velmi omezeně monitorovat intenzitu děložních kontrakcí a srdeční akci plodu. Také vypuzovací fáze porodu bývá často prodloužená a komplikovaná. To vše je spjata se zvýšenou nutností ukončení porodu akutním císařským řezem či klešťovým porodem. Samotné provedení porodnických operací pak bývá technicky obtížné a je spojeno s anesteziologickými komplikacemi (obtížná intubace), zvýšeným rizikem větších krevních ztrát, větší délkou operace, nutností re-operace, vyšším rizikem rané infekce, zánětu dělohy a tromboembolických komplikací. Specifickou problematikou u operací obézních žen je potřeba delších nástrojů, většího počtu členů operačního týmu, dostatečné nosnosti operačního stolu a zajištění adekvátního množství krevních derivátů.

Potencionální komplikace se bohužel objevují i v šestinedělí, protože u obézních žen je zhoršený nástup laktace a komplikované je i její udržení.

Z porodnického hlediska je proto optimální obézní ženu informovat o potencionálních rizicích plánované gravidity již prekoncepčně. Současně se snahou povzbudit obézní ženu k redukci váhy dietou, cvičením a změnou životního stylu již před plánovaným těhotenstvím.

Karcinom prsu a obezita

MUDr. Jindřich Šuk /Praha/

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem postihujícím populaci našich žen. Jeho incidence dosáhla v Čechách již 120 nově diagnostikovaných karcinomů na 100 000 žen za rok.

Mnohé studie prokázaly, že nadváha a obezita jsou spojeny s mírným zvýšením rizika rakoviny prsu po menopauze. Toto zvýšené riziko bylo prokázáno hlavně u žen, které nikdy neužívaly hormonální substituční terapii (HRT) a u nádorů, které vykazují pozitivitu estrogenových (ER) a progesteronových receptorů (PR).

Některé studie ukazují, že u premenopauzálních žen je nadváha a obezita spojena s nižším rizikem rakoviny prsu.

Zvýšené riziko karcinomu prsu po menopauze je zvláště u žen, které výrazně přibraly na hmotnosti mezi 18. a 50. – 60. rokem života.

Za hlavní příčinu výše uvedené skutečnosti je považován fakt, že po menopauze je při ustávající produkci estrogenů vaječníky jejich hlavním producentem právě tuková tkáň. U obézních žen jsou při větším objemu tukové tkáně i vyšší hladiny estrogenů, což může vést k vyšší pohotovosti mléčné žlázy k rychlejšímu růstu právě výrazně estrogeně pozitivních nádorů prsu.

Ve sdělení prezentuje autor i několik kazuistik z mamární ambulance sledující pacientky se zvýšeným rizikem karcinomu prsu.

Nová antidiabetika s účinkem na tělesnou hmotnost prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc. /Praha/

Obezita je rizikovým faktorem diabetu 2. typu a snaha o hmotnostní redukci je základním principem v jeho léčbě. Pokusy o redukci hmotnosti konzervativními postupy jsou však u diabetiků ještě méně úspěšné než u osob bez diabetu a v běžné klinické praxi je průběh cukrovky obvykle provázen postupným přibýváním na váze. Příčinou hmotnostních přírůstků, které provází léčbu hyperglykémie, jsou zvýšení energetického příjmu při zajištění hypoglykemií, pokles ztrát glukózy do moči či specifický účinek jednotlivých farmak. Nejvyšší riziko mají logicky antidiabetika s potenciálem vyvolat hypoglykemii (inzulin, deriváty sulfonylurey, nesulfonylureová sekretagoga) a glitazony (pioglitazon). Při volbě antidiabetika v léčebném algoritmu jsou proto vliv na hmotnost a riziko farmaka vyvolat hypoglykemii důležitými vlastnostmi, které se vedle jeho účinnosti a bezpečnosti hodnotí.

Velmi dobrý profil mají farmaka s inkretinovým efektem. Napodobují účinek GLP-1, který se uplatňuje nejen v pankreatu, ale přímo ovlivňuje centrum hladu a sytosti v CNS, zpomaluje vyprazdňování žaludku a má řadu dalších potenciálně příznivých efektů. Bez rizika hypoglykemií a s neutrálním vlivem na hmotnost jsou p.o. podávané látky ze skupiny DPP-4 inhibitorů (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin a alogliptin). Pro saxagliptin a alogliptin jsou navíc nově k dispozici i data o jejich kardiovaskulární bezpečnosti (SAVOR, EXAMINE). Stejně tak jsou bez rizika hypoglykemií i v podávané farmaka ze skupiny agonistů GLP-1 receptorů (inkretinová mimetika), jejichž podávání je navíc spojeno s hmotnostním úbytkem. Dlouhodobé klinické zkušenosti jsou v ČR s exenatidem a liraglutidem. Ke klinickému použití jsou registrovány také lixisenatid a exenatid QW, u nichž se v současné době jedná o jejich úhradě.

Zcela novou lékovou skupinou, u níž očekáváme příznivý vliv na hmotnost, jsou glifloziny (dapagliflozin, canagliflozin, empagliflozin). Dapagliflozin je v současné době registrován v Evropě a canagliflozin v Americe. Tyto látky blokuji reabsorpci glukózy v ledvinách a navozují glykosurii. Jsou bez rizika hypoglykémie a kromě poklesu glykémie vedou k poklesu hmotnosti a krevního tlaku. Dle očekávání jsou častějším nežádoucím účinkem gliflozinů urogenitální infekce, které postihují zejména ženy.

Koncepce a strategie prevence a léčby obezity v ČR u dětí a dospělých

doc. MUDr. Dana Müllerová, Ph.D. /Plzeň/

autoři: Fried M., Hainer V., Kunešová M., Müllerová D.

Česká obezitologická společnost ČLS JEP

Primárním cílem národní strategie prevence a léčby obezity by mělo být zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity v populaci ČR a snížení komorbidit obezity, zejména kardiometabolických, nádorových a respiračních, vhodnou léčbou obezity. Dlouhodobě pak by mělo jít o postupné snižování obezity a nadváhy v populaci, a to jak u dospělých, tak u dětí. Těchto cílů je možno na základě současných znalostí dosáhnout: i. vytvářením antiobezitogenního prostředí, sociálního a fyzického (zdravá výživa, prostředí pro fyzickou aktivitu, dostupnost zdravého životního stylu pro sociálně znevýhodněné skupiny); ii. posilováním motivovanosti obyvatel ke zdravému aktivnímu životnímu stylu; iii. zajištěním léčby obezity a její standardizace podle závažnosti a komorbidit. V tomto integrovaném přístupu je třeba zapojení mnoha resortů státní správy. Zajištění léčby obezity a její standardizace podle závažnosti a komorbidit vyžaduje postgraduální vzdělávání v obezitologii, standardizaci léčebných postupů, diferencovaných podle závažnosti a komorbidit obezity a vybudování specializovaných center pro komplexní léčbu obezity. V rámci sekundární prevence je třeba zajištění specifické péče a prevence obezity rizikovým skupinám – tzn. zejména v oblasti prenatalní péče léčba gravidních s gestačním diabetem, apod. Stát by měl také zajistit podmínky pro základní i aplikovaný výzkum prevence a léčby obezity.

Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací

PhDr. Jitka Herlesová /Praha/

autoři: Herlesová J., Knappová D., Král P., Slabá Š., Staňková V., Wagenknecht M., Tmolíková J., Kravarová E.

Na základě potřeby sjednotit postup psychologického vyšetření kandidátů na bariatrickou operaci vytvořila pracovní skupina Psychologické sekce České obezitologické společnosti tato doporučení.

V psychologickém vyšetření by měla být zmíněna následující témata: pokusy o redukci hmotnosti v minulosti; jídelní zvyky a to s ohledem na hraniční a patologické jídelní chování (záchvatovité přejídání, syndrom nočního jedení, grazing, emoční jídlo); pohybová aktivita v současnosti; užívání látek; zdravotně rizikové chování (impulzivita, kompulzivita); kognitivní pochopení a znalosti o redukci a chirurgické léčbě obezity; aktuální stres; psychosociální fungování; psychické poruchy; motivace a očekávání; vývoj; sexualita; následná péče.

Cílem doporučení je pomoc psychologům provádějícím vyšetření před bariatrickou operací, lepší pochopení role psychologa v mezioborovém bariatrickém týmu a samozřejmě kvalifikovanější péče o pacienty s obezitou 2. a 3.stupně.

BLOK II – Varia II

Internetová soutěž 7S

PhDr. Iva Málková /Praha/

autoři: Málková I., Divoká J., Málková Z.

Úvod: Jednou z možností řešení problematiky obezity je posílení prevence a poskytování podpory při samostatném hubnutí a jeho udržení. Proto STOB v roce 2010 uvedl do praxe komunitní webový portál www.stobklub.cz, kde je v současnosti registrováno okolo 100 000 osob.

Metodika: Nástrojem podpory hubnutí je kromě komunitních složek (blogy, diskuse) program Sebekoučink, který slouží k hodnocení jídelníčku a pohybové aktivity. V r. 2013 jsme uspořádali internetovou soutěž 7S. Sedm „silných“ s obezitou a různými zdravotními problémy stejně jako ostatní, pro něž byli modelem, procházelo během tří měsíců e-learningovými lekciemi a s podporou garantů a inspirací motivátorů směřovalo k zvládnutí svého problému.

Výsledky: Hodnota BMI „silných“ se snížila z 36,6 na 33,8, obvod pasu ze 106 na 97 cm, procento tělesného tuku z 39,2 na 36,1 %, denní průměrný počet nachozených kroků za tři měsíce byl 10 631. Do soutěže se registrovalo celkem 11 528 osob. Vstupní nepovinný dotazník, který vyplnilo 1325 osob s BMI 29,8, ukázal, že 95 % lidí sleduje alespoň občas nějaké informace na obalu, 80 % osob denně snídá, 65 % konzumuje alespoň 1x týdně luštěniny a ryby, 50 % nepije vůbec sladké nápoje apod. Dotazník vyplnili zejména ti soutěžící, kteří využívali již před akcí program Sebekoučink, a díky tomu měli již na začátku soutěže výrazně lepší stravovací návyky, než je tomu u běžné populace.

Závěr: Prokázalo se, že odborně vedené internetové programy mohou nejen přivést lidi ke změně stravovacích a pohybových návyků, ale díky motivujícím akcím mohou nastolenou změnu i významně podpořit a být účinným pomocníkem při jejím udržení.

Prediktory váhového přírůstku po zanechání kouření

MUDr. Alexandra Kmeťová /Praha/

autoři: Kmeťová A., Králíková E., Štěpánková L., Zvolská K.

Úvod: Váhový přírůstek po zanechání kouření se vyskytuje i naprosté většiny pacientů. Ačkoliv se průměrný váhový přírůstek po roce nekouření pohybuje kolem 5 kg, může představovat bariéru v odvykání.

Metodika: Skupina 607 pacientů po roce od zanechání kouření (biochemicky validizována abstinence) byla v Centru pro závislé na tabáku léčena v letech 2005 – 2010. Vzorek zahrnoval 47,9 % žen (N=291) a 52,1 % mužů (N=316), s průměrným věkem 48 let (18-85). Výsledky: Přírůstek na váze byl pozorován u 88,6 % pacientů. Průměrný váhový přírůstek po roce od zanechání kouření byl 5,1 kg (95 % CI 4,7 – 5,5). Prediktory váhového přírůstku na začátku léčby zahrnovaly vyšší počet vykouřených cigaret denně (p

Závěr: Více závislí kuřáci s nízkou frekvencí pohybové aktivity mají vyšší riziko váhového přírůstku po zanechání kouření. Cílené intervence prevence váhového přírůstku pro tuto skupinu by měly být součástí léčby závislosti na tabáku.

Rozdíly kognitivního výkonu mezi obézními pacienty a běžnou populací

Mgr. Pavel Král /Praha/

Z psychologického pohledu se obézní populace liší od populace s "normální" hmotností. V literatuře existuje řada pokusů o postžení rozdílů na úrovni osobnostní struktury a dynamiky, na úrovni emotivity a afektivity na úrovni pozorované psychopatologie a podobně. Z kognitivního pohledu lze na obezitu pohlížet jako na neschopnost svou hmotnost regulovat. To znamená deficit v oblasti sebeřízení. Z psychologických kvalit jde tedy o deficit v oblasti exekutivních funkcí. V případě, že by tato hypotéza byla správná, do značné míry by vysvětlovala potíže, které mají obézní pacienti s vytvořením a dodržováním i zdánlivě banálního redukčního plánu. Autor příspěvku porovnal charakteristiky kognitivního výkonu velké skupiny obézních pacientů s výkonem neobézní populace a mezi oběma skupinami našel zásadní rozdíly.

Možnosti komplexní dekongestivní terapie (KDT) v prevenci a léčbě obezity MUDr. René Vlasák /Praha/

Komplexní dekongestivní terapii definujeme jako soubor léčebných opatření, která slouží k redukci otoku a následnému udržení sníženého objemu končetiny, resp. části těla postižené otokem. V rámci lymfologie se jedná o hlavní metodu léčby hyperosmolárních otoků jako jsou lymfedém, flebedém, lipedém.

Pro lipedém je charakteristické snížení odtoku lymfy při blokádě odvodných lymfatik zbytnělou podkožní tukovou tkání v gluteofemorální oblasti. Téměř výhradně se jedná o problematiku gynoidního typu ukládání tukové tkáně.

Ženy s hruškovitým typem postavy, i při nízkém BMI, velice citlivě vnímají změny objemu v problematické gluteofemorální oblasti. Téměř žádná neumí racionálně rozlišit, zda změny objemu jsou způsobené retencí extracelulární tekutiny či nárůstem tukové tkáně.

Ale vždy tyto změny cítí jako objemový diskomfort a mají logicky snahu je co nejrychleji odstranit. Nejčastěji snížením energetického příjmu a zvýšením energetického výdeje. Důsledkem je vyhublost do pasu se zachovalou distální disproporcí.

Při prevenci a léčbě těchto typů ukládání tukové tkáně se osvědčuje modifikovaná forma KDT, která je složena z :

1. úpravy dietního a pohybového režimu
2. aktivace lymfatického systému
3. kompresivní terapie zaměřené na gluteofemorální oblast
4. farmakoterapie
5. destrukci podkožní tukové tkáně jak invazivní tak i neinvazivní lipolýzou

Léčebná intervence probíhá ve dvou fázích. První je zaměřena na redukci objemu problematických partií a bývá spojena s celkovou redukcí tukové tkáně. Druhá fáze je udržovací a preventivní, kdy se snažíme predikovaným rizikům předejít formou personalizovaného dlouhodobého programu.

NutriPro – nový nutriční program pro profesionály
Ing. Tomáš Petr /Ivančice/

autoři: Petr T., Cíkl P.

Uživatelský a technický popis programu, koncepce softwaru, databáze, supportu, demonstrace komplexní správy nutričních a wellness dat na úrovni doby

Přehled současného stavu

Obecné požadavky na moderní nutriční software

Možnosti softwaru Nutri Pro, upgrady, spolupráce s odbornými společnostmi

BLOK III – Bariatrie I

Evropská interdisciplinární doporučení k chirurgické léčbě obezity a metabolických onemocnění 2013 – co je nového?

prof. MUDr. Martin Fried, CSc. /Praha/

OB klinika – Centrum pro léčbu obezity a metabolických onemocnění a 1. LF UK, Praha

Pět let po vydání historicky prvních Interdisciplinárních evropských závazných doporučení pro chirurgickou léčbu obezity, vycházejí v roce 2013, opět pod zastřešením obou největších evropských odborných společností (Evropské asociace pro léčbu obezity (EASO) a Evropské sekce Mezinárodní federace pro chirurgickou léčbu obezity a metabolických onemocnění (IFSO-EC)), doporučení nová, přepracovaná.

V nynějších doporučeních se odrazila celá řada nových poznatků a skutečností, které se v posledních pěti letech objevily ve výzkumu i léčbě obezity.

Zásadní změna je obsažena již v názvu závazných doporučení, ve kterém je zdůrazněn metabolický aspekt chirurgické léčby.

V oblasti indikací k bariatricko-metabolické chirurgii došlo k výraznému posunu, kdy jednou z důležitých indikací k operaci se stává přítomnost diabetu 2. typu u pacientů s BMI > 35 kg/m² a v individuálních případech i u BMI mezi 30-35 kg/m². V doporučeních se konstatuje, že metabolické zákroky jednoznačně prokázaly, že jsou účinnou léčbou vedoucí k remisi diabetu 2. typu mimo jiné tím, že přispívají ke zlepšení funkce beta buněk pankreatu.

Doporučení také zdůrazňují nezastupitelnou a významnou roli interdisciplinárního konsensu při indikačním procesu k operaci, v němž důležitou roli hrají zejména internista-obezitolog, bariatrický chirurg, anesteziolog, psycholog, nutriční terapeut/dietolog a případně další specialisté, jako diabetolog a další.

Velký důraz se klade také na dobrou předoperační informovanost pacientů s tím, že by měli jasně rozumět skutečnosti, že chirurgický zákrok jim nemůže ve všech případech zaručit zlepšení či vyléčení jejich zdravotního stavu a že velká část úspěšné léčby závisí na jejich připravenosti k dlouhodobé, celoživotní pooperační spolupráci.

V doporučeních se konstatuje, že stále ještě neexistují jednoznačná indikační kritéria, která by umožnila stanovit který z bariatricko-metabolických zákroků je nejvhodnější pro toho kterého individuálního nemocného.

Jak EASO, tak i IFSO-EC se shodují v tom, že bariatricko-metabolická chirurgie je nejúčinnějším léčebným postupem u pacientů s vysokým stupněm obezity a že tato léčba zásadním způsobem snižuje, v porovnání s nechirurgicky léčenými nemocnými, jak mortalitu, tak působí i jako prevence vzniku k obezitě přidružených onemocnění. Navíc bylo opakovaně prokázáno, že bariatricko-metabolická léčba snižuje celkové náklady na zdravotní péči u těchto nemocných.

Bariatrická - metabolická chirurgia na Slovensku včera, dnes?? zajtra???

MUDr. Igor Keher /Trnava/

autoři: Keher I., Holéczy P., Škuta R.

Chirurgická klinika FN Trnava

Začiatok histórie chirurgickej liečby obezity je spojený na Slovensku s menom MUDr. Jaroslava Rozholda, ktorý so svojím tímom v sedemdesiatych rokoch robil pacientom jejuno-ileálne bypassy. Prvý urobil v roku 1972 a celkom zoperoval 75 pacientov. Výsledky publikoval v Bratislavských lekárskejších listoch. Pacienti síce veľmi dobre schudli, ale pre výrazné zhoršenie kvality života a vážne metabolické dôsledky bola táto metóda zavrhnúť.

Chirurgickou liečbou obezity sa začal potom v roku 1997 zaoberať MUDr. Holéczy v Železničnej nemocnici v Bratislave, kde urobili prvú adjustabilnú bandáž žalúdka, neskôr aj sleeve gastrectomiu. Postupne sa pridávali pracoviská v Prešove, Košiciach, Žiline, v Bojniciach a v Trnave.

V roku 2002 bola pri diabetologickej spoločnosti založená obezitologická spoločnosť.

V roku 2006 bol zahraničným operatórom pri workshope urobený prvý gastrický bypass. Až v roku 2010 sme v Trnave urobili s MUDr. Holéczy prvú dva gastrické bypassy a v roku 2011 prvú gastroplikiáciu. Treba podotknúť, že až do roku 2009 boli všetci pacienti samoplatcovia. Realizovaných bolo približne 320 bandáží, prevažne adjustabilných a 24 sleeve gastrektomií.

V roku 2009 sa zdalo, že bariatrická chirurgia sa rozbehne správnym smerom aj na Slovensku. Jedna zo zdravotných poisťovní vytvorila administratívne päť centier, kde vznikli aj multidisciplinárne tímy. Uhrádzané boli len gastrické bandáže. Celkom bolo do roku 2010, kedy poisťovňa označila obezitu za estetický problém, uhradených 59 bandáží v sume 190 201 Eur. Toto rozhodnutie bolo prakticky likvidáciou bariatrickej chirurgie na Slovensku. Z pracovísk, ktoré sa venovali chirurgickej liečbe obezity zostali dnes ako tak fungujúce pracoviská v Banskej Bystrici, Bratislave a Trnave.

Čo je príčinou tohto neutešeného stavu? Absolútny nezáujem poisťovní aj ministerstva zdravotníctva o túto problematiku, napriek tomu, že sme im opakovane predložili materiál dokazujúci nielen výrazné zlepšenie zdravotného stavu pacientov, ale výrazné zníženie nákladov na zdravotnú starostlivosť. Návratnosť prostriedkov investovaných do operačného výkonu je medzi 1,8 až 2,5 roka podľa typu operácie. Chýba aj výraznejšia podpora chirurgickej spoločnosti. Viazne tiež spolupráca s diabetológmi a obezitológmi, napriek našej aktívnej pravidelnej účasti na obezitologických dňoch, kde sme opakovane prezentovali naše výsledky je počet pacientov, ktorých odoslali na naše pracoviská minimálny.

Aký je zajtrašok slovenskej bariatrickej a metabolickej chirurgie na Slovensku? Pokiaľ sa nezmení postoj poisťovní a MZ, zostane táto liečba obezity len na pár nadšencoch, indikačným kritériom budú finančné možnosti pacienta a pre väčšinu chorých bude nedostupná.

V závere prezentujeme výsledky a komplikácie nášho súboru pacientov operovaných v rokoch 2009-2013.

Bariatrická péče – jaké požadavky by měla splňovat?

MUDr. Karin Doležalová /Praha/

Úvod: bariatrická chirurgie je dlouhodobě nejúčinnější léčbou obezity vyšších stupňů a některých metabolických onemocnění, souvisejících s obezitou.

Tato operační léčba je bezpečná a efektivní. Oba tyto parametry jsou však ovlivněny celou řadou faktorů, jako jsou zkušenosti chirurga, standardizace a kvalita okamžité pooperační péče i dlouhodobého sledování nemocných.

Metodika: na pozadí mezinárodních i českých závazných doporučení a standardních postupů jsou prezentována personální, kvalifikační i technická kritéria, kterými by se měla řídit centra poskytující bariatrickou péči.

K takovým kritériím patří například provedení alespoň 50 bariatricko-metabolických primo-operací ročně každým z minimálně dvou chirurgů, kteří v bariatrickém centru musí pracovat, a dále zkušenosti s nejméně 20 reoperacemi či revizemi po bariatricko-metabolických operacích ročně na každém bariatrickém pracovišti.

Dalšími, neméně důležitými požadavky jsou i kritéria na pooperační sledování nemocných, kdy by neměl poklesnout počet sledovaných pod 75% v průběhu pěti let. Stejně tak musí bariatrické centrum splňovat některé technické parametry, odlišné od běžných zdravotnických zařízení. K tomu patří například osobní váhy s dostatečným rozsahem minimálně do 250kg, operační stůl se stejnou minimální nosností, židle, vyšetřovací i hospitalizační lůžka se zvýšenou nosností, stavební úpravy umožňující dostatečnou péči o obézní pacienty – například širší dveře, toalety apod.

Závěr: Bariatrická a metabolická chirurgie dosahuje vynikajících léčebných výsledků, a z hlediska frekvence komplikací patří mezi nejbezpečnější v oblasti břišní chirurgie, a to nejen v absolutních parametrech, kdy podle evropského registru počet dlouhodobých chirurgických komplikací nepřesahuje 1,2%, ale především v relativním výskytu komplikací vzhledem k rizikosti léčených pacientů. Dosažení tohoto standardu všemi bariatrickými pracovišti však vyžaduje výraznou standardizaci poskytované péče.

Vliv laparoskopické plikace žaludku na tělesnou hmotnost, metabolickou kompenzaci a hormonální profil u obézních pacientů s diabetes mellitus 2. typu: výsledky po 12 měsících sledování

prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc. /Praha/

autoři: Kaválková P., Mráz M., Doležalová K., Urbanová M., Trachta P., Kosák M., Drápalová J., Lacinová Z., Fried M., Svačina Š., Haluzík M.

III. interní klinika – Klinika endokrinologie a metabolismu

Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha 2

OB klinika, Praha

Laparoskopická plikace žaludku (LGCP – laparoscopic greater curvature plication) představuje nový typ restriční bariatrické operace, při které se velká křivatura zanořuje do prostoru žaludku, což vede ke zúžení žaludečního lumen. Cílem naší práce bylo posoudit vliv laparoskopické plikace žaludku na antropometrické parametry, metabolickou kompenzaci a hormonální profil u pacientů s obezitou a diabetes mellitus 2. typu v průběhu 12 měsíců po operačním výkonu.

Do studie bylo zařazeno 11 obézních, diabetických pacientů podstupujících LGCP. Antropometrická, biochemická a hormonální vyšetření byla provedena předoperačně, za 1, 6 a 12 měsíců po LGCP. Dvouhodinový test s předdefinovaným jídlem (Fresubin Original 200 ml, Fresenius Kabi) byl použit k hodnocení postprandiálního inkretinového profilu.

LGCP vedla již po 1 měsíci od operace k významnému poklesu tělesné hmotnosti, který pokračoval po celou dobu sledování (BMI $42,25 \pm 2,25$ vs. $37,30 \pm 2,3$ vs. $36,62 \pm 2,2$ vs. $36,00 \pm 2,15$ kg/m², p

LGCP vede v prvních 12 měsících k setrvalému poklesu tělesné hmotnosti a zlepšení glykemické a metabolické kompenzace u obézních pacientů s DM 2. typu. Na tomto zlepšení se může alespoň z části podílet pooperační obnovení inkretinového efektu.

Náhodný nález GIST u tří bariatrických operací za 6 let **MUDr. Ladislav Svoboda /Praha/**

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) je méně známý typ nádoru, který se může vyskytnout v trávicím traktu. Celá jedna polovina je lokalizována v žaludku. Nádor vychází z pojivové tkáně podél jícnu, žaludku a střevních kliček. Chování GIST je nejisté. V letech 2007 – 2012 jsme na našem pracovišti diagnostikovali tento nádor při bariatrické operaci celkem 3x. Lokalizován byl jednou na kardií a dvakrát na těle žaludku. Jinak v dutině břišní nebyl nikdy přítomen patologický nález. Vždy byl nádor radikálně odstraněn a histologicky vyšetřen. Velikost nikdy nepřesahovala 10 milimetrů. Ve dvou případech byla dokončena plánovaná operace (gastrická bandáž, resp. sleeve gastrektomie), v posledním případě (lokalizace na kardií), kde bylo nutné doplnit bandáž fundoplikací pro větší hiátovou hernii a oblast s odstraněným nádorem by se dostala do manžety, byl výkon odložen. Nemocní jsou ambulantně sledováni-gastroskopie byly provedeny po šesti měsících od operace a dále po roce, CT břicha 1x ročně. Ani u jednoho nemocného nejsou známky recidivy nebo metastázy. Toto sdělení by mělo připomenout, že nelze při laparoskopii podcenit důkladné prohlédnutí celé dutiny břišní a místa plánované operace a je třeba odebrat biopsii nebo odstranit každou nalezenou patologii. V nejasných případech je nutné od plánovaného výkonu i odstoupit, třebaže obézní nemocní jsou na provedení operace výrazně fixováni. V případě relativně raritního nálezu GIST musí vzhledem k nejistému chování nádoru být pacienti trvale dispenzarizováni.

Výsledky bariatrických/metabolických reoperací

doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc. /Ostrava/

autoři: Holéczy P., Buřga M., Bolek M., Krištof J., Havrlentová L., Ševčíková J.

Úvod: Ideální bariatrická operace zatím neexistuje. Ukazuje se, že nejlepší výsledky se dosahují v období 2-3 let po operaci. Po té dochází k nárůstu výskytu komplikací i nárůstu hmotnosti. Proto někteří pacienti podstupují v průběhu let více operací. My jsme se soustředili právě na tuto skupinu našich operovaných.

Cíl a metodika: Cílem práce bylo srovnání redukce hmotnosti po primární operaci a po jednotlivých reoperacích. Soubor tvořilo 46 osob (33 žen a 13 mužů). Byla měřena tělesná hmotnost, výška, vypočítán BMI, nadměrná hmotnost a % ztráty nadměrné hmotnosti (EWL). Monitorován byl i vývoj komorbidit. Indikací k reoperaci bylo selhání metody, nebo zhoršení metabolického statusu.

Výsledky: Sledování v souboru bylo 85%, odstup od poslední operace 3 měsíce až 6 let. Průměrná EWL po první operaci byla 11,2%, po poslední 45,2%, i když zde byla nejkratší doba sledování. U

26 % pacientů byla definitivním řešením restriční operace, u ostatních smíšený nebo malnutriční výkon. Úprava komorbidit nebyla tak příznivá jako redukce hmotnosti.

Závěr: Reoperace v uvedených indikacích tvoří asi 6 % naší bariatrické operativy. Výsledky ukazují, že po selhání jednodušší metody je možné dosáhnout solidní redukci složitějším výkonem. Také je možné potencovat metabolický efekt operace konverzí restričního výkonu na smíšený, nebo malnutriční.

BLOK IV – Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků

Obezita v České republice – 2013

MUDr. Martin Matoulek, Ph.D. /Praha/

autoři: Matoulek M., Lajka J., Svačina Š.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

STEM/Mark, a.s.

Úvod: Poslední výzkum na výskyt obezity v ČR z roku 2010 poukazoval pravděpodobné zastavení nárůstu počtu osob s nadváhou a obezitou. Počátkem roku 2013 proběhl již 5. výzkum v rámci projektu Žij Zdravě za podpory Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Metodika: Epidemiologicko-sociologický výzkum vlivu stravovacích a pohybových návyků na nadváhu a obezitu člověka a s tím spojenou kvalitu života. Reprezentativní vzorek 2058 osob, Kvantitativní výzkum s osobním dotazováním.

Výsledky: V České republice je podle posledních výsledků celkem 34 % dospělé populace s nadváhou a 21 % s obezitou. Za posledních 5 let došlo jen k mírným změnám. Přestože nedochází dle BMI k nárůstu, došlo k mírnému navýšení obvodu pasu – více jak 55 % mužů má rizikový nebo vysoce rizikový obvod pasu, u žen je to však dokonce 57 %. Ne zcela překvapivě mezi 18. a 19. rokem je u cca 20 % žen v kategorii podváhy. Pouze v obcích mezi jedním a dvěma tisíci obyvatel je signifikantně vyšší výskyt lidí s nadváhou a obezitou. Při hodnocení vzdělání vysokoškolské vzdělání jako negativní predátor obezity platí jen pro ženy, resp. nejvíce žen v kategorii normální hmotnost najdeme mezi vysokoškolačkami. Muži vysokoškoláci jsou na tom hůře než ti se středoškolským vzděláním. Výskyt hypertenze je u obézních skoro 5 krát častěji než u štíhlé populace, diabetes pak dokonce 6 krát. 86 % mužů s nadváhou ji nepovažuje za problém. Hypertenze je nejčastěji diagnostikována mezi 40. a 50. rokem, diabetes po padesátce. Jako nejlepší negativní prediktor vysoké hmotnosti se ukazuje pravidelná pohybová aktivita v mládí a pravidelná strava, což jsou faktory, které jsou na sobě závislé.

Diskuse: Ačkoliv se zdá, že výskyt obezity se zastavuje, je vysoce pravděpodobné, že za to nemůžou léčebné či preventivní programy na obezitu. Zatím nejpodstatnější se tedy ukazuje neustále ubývání fyzické aktivity, což by mohlo být jednou zevních příčin nejen vzestupu hmotnosti, ale i diabetu a dalších onemocnění jako jsou například deprese.

Výzkum byl podpořen v rámci projektu ŽIJ ZDRAVĚ Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.

Jak vysvětlit paradox obezity?

doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc. /Praha/

I když je obezita všeobecně považována za významný rizikový faktor pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění a cukrovky, vyšší index tělesné hmotnosti (BMI) bývá často spojován s nižší mortalitou a lepší prognózou řady chronických onemocnění a léčebných výkonů. Tento protektivní vliv obezity bývá označován jako „paradox obezity“. Nabízí se řada možných vysvětlení tohoto jevu. Především je třeba vzít v úvahu, že BMI je antropometrický ukazatel, který nezohledňuje poměr tukové a beztukové hmoty, rozložení tělesného tuku, nutriční stav, kardiorespirační zdatnost a řadu dalších faktorů, které ovlivňují zdravotní rizika a úmrtnost pacientů. Za povšimnutí stojí, že paradox obezity se prokazuje většinou u starší populace. Nižší BMI ve stáří bývá spojeno s podvýživou a nižší tělesnou zdatností, což přináší zvýšená zdravotní rizika, zatímco vyšší BMI ve stáří může odrážet nutriční stav, který působí protektivně z hlediska zdravotních rizik a mortality. Navíc ve starších věkových kategoriích přežívají jedinci s obezitou, která je provázena menšími kardiometabolickými riziky a u nichž dochází k poklesu rizikového viscerálního tuku. Někdy se zvažuje i poněkud sporná úloha účinnější farmakoterapie u obézních jedinců oproti ostatní populaci. Na protektivním účinku obezity z hlediska zdravotních rizik se může podílet vedle množství svalové hmoty, vyšší svalové síly a kardiorespirační zdatnosti i zvýšená mobilizace endoteliálních progenitorových buněk a řada humorálních faktorů (zvýšený solubilní receptor TNF-alfa, nižší koncentrace tromboxanu a vyšší citlivost ke ghrelinu).

Hainer V. Diabetes Care 2013;36(suppl.2): S276-S281

Studie byla podpořena projektem MZ ČR 00023761 (Endokrinologický ústav, Praha)

Problematická ustanovení zákona o zdravotních službách
JUDr. Lucie Šíroková /Praha/

Cílem příspěvku je seznámit posluchače s novou první úpravou poskytování zdravotní služeb. Přednášející se zaměří zejména na ustanovení, která mohou v samotné praxi činit významné problémy.

Jak se dívat na psychosomatickou medicínu **MUDr. Radkin Honzák, CSc. /Praha/**

Psychosomatická (behaviorální) medicína je mezioborovým odvětvím medicíny, které se věnuje rozvoji, integraci a aplikaci poznatků z biologických, behaviorálních, psychologických a sociálních věd, významných pro člověka ve zdraví a nemoci. Nabízí širší pohled než medicína založená na důkazech (EBM), protože se zajímá nejen o koncept nemoci, ale také o problematiku pacienta.

Výhody pro zpřesnění diagnózy i zkvalitnění léčby je možné demonstrovat i na případech nemocných trpících jasně definovanou somatickou chorobou (např. ICHS), tím spíše pak jsou tyto výhody patrné u pacientů, kde se na rozvoji a udržování obtíží výrazně podílí psychologické a sociální faktory.

BLOK V – Dětská obezita

Těhotenství, laktace a hmotnost potomků

MUDr. Petr Sucharda, CSc. /Praha/

3. interní klinika 1. LF UK & VFN Praha

Těhotenství představuje významný rizikový faktor pro vznik a/nebo přetrvávání obezity – riziko obezity je u žen, které rodily, asi 2,5krát vyšší, než u žen bezdětných a stoupá s počtem porodů. Nejvýznamněji předpovídá vznik nadváhy nebo obezity po porodu velký přírůstek hmotnosti během těhotenství. Doporučené hodnoty nárůstu hmotnosti během těhotenství (podle kategorie hmotnosti mezi 18 a 5 kg) nepřekročí jen třetina těhotných žen.

Velký přírůstek hmotnosti negativně ovlivňuje zdraví matky po řadu let – byla prokázána korelace s zvýšeným krevním tlakem až 16 let po porodu.

Vysoké přírůstky hmotnosti během těhotenství představují rizikový faktor pro nadváhu/obezitu potomků. V rozsáhlé studii 91 045 potomků 42 133 matek, které porodily dvě a více dětí, odpovídal rozdíl 1 kg nárůstu hmotnosti během těhotenství zvýšení BMI o 0,022 a relativního rizika nadváhy/obezity na 1,007.

Významným rizikem obezity potomků je hladovění matek (nízké přírůstky při nízkém BMI) a kouření v těhotenství, před ním i po něm. Riziko obezity je u potomků kuřaček až dvojnásobné, mají také větší pravděpodobnost abdominální obezity. Zvýšené riziko mají i potomci kouřících otců.

Kojení má malý, ale konzistentní protektivní účinek proti obezitě v dětství, přitom míra protekce záleží na délce kojení. Kojené děti mají v dospělosti nižší BMI a vyšší koncentrace HDL-cholesterolu.

Stav výživy a stravovacích zvyklostí dětí školního věku v Plzeňském kraji v roce 2013 MUDr. Pavel Sedláček /Plzeň/

autoři: Sedláček P., Hirschner T., Langmajerová J., Dvořáková J., Müllerová D.
Lékařská fakulta v Plzni, Ústav hygieny a preventivní medicíny
Plzeňská sportovní o.p.s.

Cílem studie bylo zmapovat současný stav výživy a stravovacích zvyklostí dětí školního věku Plzeňského kraje.

Metodika a soubor: V reprezentativním souboru škol Plzeňského kraje, při respondenci 46%, bylo antropometricky vyšetřeno celkem 914 dětí, z toho ve 2. třídách 479 dětí, (chlapců 244, dívek 235), v 6. třídách 435 dětí (chlapců 198, dívek 237). Stav obezity či nadváhy byl hodnocen dle metodiky SZÚ s využitím referenčních dat z celonárodního monitoringu z roku 1991. Nutriční zvyklosti byly získány dotazníkovým šetřením včetně FFQ.

Výsledky: U 7 – 9letých dětí byla obezita přítomná u 6,9 % chlapců, 12 % dívek, nadváha pak u 18 % chlapců a 20,9 % dívek. V souboru 11 – 12letých dětí mělo obezitu 11,1 % chlapců, 8,9 % dívek, nadváhu pak u 11,1 % chlapců a 8,4 % u dívek. U dětí 6. tříd je nižší zastoupení podvýživy - 2,8 % oproti 4,8 % dětí 2. tříd. Celkově vůbec nebo převážně nesnídá ve 2. třídách 9,5 % dětí, v 6. třídách již 25,3 % vyšetřených dětí. Ve škole převážně nebo pravidelně obědvá 89,7 % dětí 2. tříd a 85,5 % dětí 6. tříd. U mladších dětí byla v porovnání se staršími udávána relativně častější frekvence příjmu vařené zeleniny a syrového ovoce, u starších dětí naopak narostla četnost frekvence slazených nápojů.

Výstupy z realizovaného projektu by měly pomoci integrovat konkrétní postupy a metody zaměřené na prevenci nadváhy a obezity a posilování pozitivního zdraví školních dětí.

Podpořeno Plzeňským krajem.

Zdravotně orientovaná zdatnost a pohybový režim dětí školního věku v Plzeňském kraji v roce 2013

MUDr. Jana Langmajerová /Plzeň/

autoři: Langmajerová J., Hirschner T., Sedláček P., Dvořáková J., Müllerová D.

Lékařská fakulta v Plzni, Ústav hygieny a preventivní medicíny

Plzeňská sportovní o.p.s.

Cílem studie je vyhodnocení zdravotně orientované zdatnosti a pohybového režimu dětí školního věku Plzeňského kraje.

Metodika a soubor: V reprezentativním souboru škol Plzeňského kraje, při 46% respondenci, bylo jednotnou metodikou vyšetřeno 914 dětí 2. a 6. tříd. Vyšetření zahrnovalo sběr dat o pohybových zvyklostech, dále orientační hodnocení držení těla podle Matthiase, somatometrické vyšetření a monitorování základní motorické výkonnosti dle metodiky UNIFITTESTU (6-60) pro mládež v ČR.

Výsledky: U 24 % vyšetřených dětí bylo zjištěno vadné držení těla, přičemž dispenzarizováno pro vadné nebo skoliotické držení těla je jen 17,4 % dětí. Obezitu a nadváhu mělo 28,9 % souboru. Udávaný průměrný čas trávený pohybovou aktivitou střední intenzity byl v rozmezí 6,5 – 7,8 hodiny týdně, vysoké intenzity v rozmezí 3 – 4,9 hodiny týdně. V celkovém hodnocení základní motorické výkonnosti však vykazoval soubor dětí podprůměrné výsledky. Nejlépe vychází dynamická explozivně-silová schopnost, nejhůře dynamická vytrvalostně-silová schopnost.

Závěr: Studie potvrdila podprůměrnou fyzickou zdatnost, vysoké zastoupení nadváhy a obezity a vysokou prevalenci vadného držení těla u školních dětí, které svědčí o neadekvátní pohybové aktivitě dětí školního věku. Je proto nutné cíleně směřovat výchovu k optimalizaci pohybové aktivity a prevenci obezity a onemocnění podpůrně pohybového aparátu dětí.

Podpořeno Plzeňským krajem.

Preventivní projekt „S dětmi proti obezitě“

MUDr. Zlatko Marinov /Praha/

autoři: Marinov Z., Marinová C.

Preventivní projekt S dětmi proti obezitě vychází ze základního postulátu, že obezita je závažné chronické onemocnění, kterému lze při časně účelné prevenci předejít. Cílem projektu je podpořit spojené úsilí k ovlivnění stěžejního preventivního prostředí dětské obezity, které vytváří rodina dítěte.

Projekt S dětmi proti obezitě je vytvořený především pro cílovou skupinu odborných zdravotnických pracovníků, kterým má dát možnost racionálně se orientovat v problematice dětské obezitologie a možnost stanovit efektivní terapeutická řešení tváří tvář konkrétnímu klientovi.

Projekt sestává z funkčních celků S dětmi proti obezitě NET (sdetmiprotiobezite.cz), PUBLISHING (Praktická dětská obezitologie Grada 2012, S dětmi proti obezitě IFP Publishing 2011) EDU (Semináře a Konference kazuistik a metodiky ambulantní práce Praktická dětská obezitologie Poděbrady 2012, 2013, e-learning ČLK E ?06/09,18/09, 20/09, 35/10, 03/11) S kojenci proti obezitě (Postupy prevence nadváhy a obezity v kojeneckém věku, kojenci.sdetmiprotiobezite.cz)

Projekt je vytvořen jako otevřená platforma k vědecky podloženým a erudovaným názorům prevence a léčby dětské obezity. Propojením preventivního projektu S dětmi proti obezitě a Caterpillar (Monitor, Research, Prevent, caterpillar.sdetmiprotiobezite.cz) s projektem léčby dětské nadváhy a obezity Butterfly (butterflycare.sdetmiprotiobezite.cz) vzniká ucelená a komplexní koncepce prevence a léčby dětské nadváhy a obezity využitelná v každodenní klinické praxi.

BLOK VI – Bariatrie II

Zkušenost s 500 tubulizacemi žaludku (sleeve gastrická resekcí) – 10 let práce bariatrického centra

MUDr. Martin Hrubý /Turnov/

autoři: Hrubý M., Hain J., Švehlová D., Pospíšil D.

Panochova nemocnice Turnov

Souhrn: v letošním roce naše pracoviště oslavilo 10 let trvání systematické práce obezitologicko-bariatrického centra. Za dané období bylo provedeno více než 820 bariatrických operací, z toho 535 tubulizací žaludku, což je v současné době největší soubor v ČR. V tomto souboru bylo dosaženo průměrné EWL 61%. V pooperačním období došlo u 5ti pacientů ke krvácení, které bylo řešeno reoperací (0,93%) , u 4 pacientů se vyvinul pozdní leak (0,75%). 30denní mortalita je 0. Zlepšení komorbidit – diabetes, hypertenze- je v souladu se světovými statistikami. V současné době považujeme tubulizaci za velmi efektivní a bezpečnou operaci.

Nejčastější komplikace po sleeve gastrectomy

prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc. /Praha/

autoři: Kasalický M., Doležel R., Vernerová E., Král P.

Chirurgická klinika 2.LF UK a ÚVN, Praha

Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava, Slovensko

Interní klinika 1.LF UK a ÚVN, Praha

ULPO ÚVN Praha

Úvod:

Výskyt pooperačních komplikací po LSG je udáván v rozmezí 0,7 – 8,9 %. Mezi nejčastější komplikace po LSG lze považovat krvácení z resekční linie, insuficience resekční linie, stenóza nebo torze „sleevu“, gastroezofageální reflux. Méně často jsou uváděny tyto komplikace: chronická gastrická píštěl, dilatace vytvořeného žaludečního tubulu, chronický subfrenický absces, deplece některých nutrietů.

Materiál a metoda:

Od roku 2006 bylo provedeno 238 LSG, 179 žen, 59 mužů; průměrný věk 43,4 roků (19-65), průměrná hmotnost 128,7 kg (96-184); průměrný BMI 44,9 (34,1-71,9). Median follow-up byl 37±17 měsíců. Dyslipidaemie byla diagnostikována u všech nemocných. 74 pacientů se před operací léčilo pro diabetes mellitus II. typu (DM2). Z nich bylo 51 léčeno jen perorálními antidiabetiky (PAD) a 23 bylo léčeno kombinovanou terapií PAD a insulinem. Výsledky:

Průměrný pokles hmotnosti po 24 měsících byl 34,8 kg (12-109), průměrný %EBMIL byl 69,7 % (24,2-120,9), průměrný %EWL byl 66,8 % (22,5-113,8) a průměrný pokles BMI byl 14,6 (4,3-25,1). V průběhu 36 měsíců po operaci DM2 zcela vymizel u 71,4 % a u 28,6 % došlo k výraznému zlepšení. U dvou nemocných se objevil „leak“ z resekční linie. V jednom případě byl „leak“ ošetřen laparoskopicky přešitím defektu resekční linie. V druhém případě byla provedena CT navigovaná drenáž perigastrického abscesu. U dvou nemocných v průběhu 3 roků po LSG byla zjištěna hiátová hernie. Nejčastější pozdní dlouhodobou komplikací byla ve 14,7 % pyróza, velmi dobře reagující na terapii PPI.

Závěr:

LSG představuje relativně malý zásah do gastrointestinálního traktu s nízkým výskytem závažných komplikací a s relativně nízkou náročností na ambulantní péči morbidně obézních nemocných. V případě výskytu závažnějších komplikací je nezbytné jejich urgentní řešení.

Plikace versus sleeve – krátkodobé výsledky dvou nejčastějších bariatrických operací

MUDr. Michal Čierny, CSc. /Břeclav/

autoři: Čierny M., Čierny M. jr., Vašíček J., Kříž M., Lašek P.

Úvod: Srovnání dvou nejčastějších zákroků zmenšujících žaludek laparoskopicky - dobře etablované sleeve resekce žaludku (LSG) s nově se rozšiřující plikací žaludku (LGCP)- mají přispět k objektivizaci současného postavení nových metod.

Metoda: Retrospektivně jsou srovnány prospektivně sbíraná data, ukládaná v elektronické databáze www.volo.cz. Komparativní studie dvou skupin pacientů: A/ po prvních 200 LGCP a B/ po prvních 350 LSG, které jsou srovnatelné věkem, pohlavím i výskytem komorbidit. Na principu systému B.A.R.O.S. se komplexně hodnotí výskyt komplikací, reoperací, antropometrické parametry, kvalita života (QoL) a pooperační změny manifestace přidružených onemocnění.

Výsledky: Délka hospitalizace a operace, výskyt časných komplikací a časných reoperací jsou v obou skupinách srovnatelné. Podstatný rozdíl je zaznamenán v nákladech na šicí materiál, ve prospěch plikace. Pooperační QoL, úprava a vymizení komorbidit i celkové skóre dle B.A.R.O.S. jsou v krátkodobém sledování 6, 12 a 18 měsíců po obou operacích srovnatelné, přesto že pokles váhy je v celém průběhu sledování signifikantně významnější po LSG. Průměrná excess weight loss (EWL) je 6 měs. po LGCP 38% (n=82) a po LSG 49% (n=249). Rok po LGCP je prům. EWL 48% (n=38), po LSG 61% (n=148). Významně se odlišuje frekvence a typ pozdních reoperací a možnost ovlivnění GERD v obou skupinách.

Závěr: Bezprostřední pooperační riziko komplikací a časných reoperací je srovnatelné, ale pokles váhy po LGCP je signifikantně nižší. LGCP je atraktivní nejenom svou potenciální reverzibilitou a nižší invazivitou, ale zejména nižšími materiálovými náklady, a jeví se proto jako perspektivní restriktivní operace. LGCP ale není vhodná pro každého bariatrického pacienta a není ani jednoduchou operací.

Neadjustabilní gastrická bandáž s odstupem času – kazuistiky MUDr. Petra Šrámková /Praha/

Úvod: Retrospektivní pohled na 2 zajímavé pacienty po neadjustabilní gastrické bandáži /NGB

Metodika: Jedním z restriktivních bariatrických výkonů je gastrická bandáž. Poprvé se implantovaly bandáže neadjustabilní v 1978 otevřenou cestou. V dalším vývoji pokračovali otevřenou cestou adjustabilní – první v 1986. V české republice jako jedna z 1. na světě provedena implantace laparoskopickou cestou– NGB v 1993 Friedem a Peškovou.

Tento první, u nás laparoskopicky operovaný pacient, je předmětem 1. kazuistiky. Po NGB zhubl 20 kg, hmotnost si udržel 2 roky. Po 19 letech znovu začal docházet na obezitologii s hmotností +27 kg (BMI 63,6) nad původní maximum před operací. Dle GFS i polykacího aktu došlo k výrazné dilataci pouche, nicméně bez žádných subjektivních obtíží. Pacient konzervativně redukuje tč. 30 kg (BMI 53,7) postupně se připravuje na další bariatrickou operaci.

2. kazuistikou je žena po NGB v 1999, zredukovala pouze 10 kg, nedocházela na kontroly. Hmotnost udržela 4 roky, nás vyhledala po 14 letech s hmotností +17 kg (BMI 54). Dle GFS- přiměřený nález, bez dilatace pouche a bez známek prořezávání původní bandáže, bez klinických obtíží, s přáním reoperace protože necítí žádné omezení. Indikována k odstranění původní bandáže a implantaci nové adjustabilní. Uvádím krátké video o reoperaci. Nyní, 5 měsíců po LAGB, má hmotnost o 11 kg nižší (BMI 48).

Závěr: Stejně jako jiné medicínské obory se postupně vyvíjí bariatrická chirurgie. Stále ještě neznáme „ideální operaci“, vývoj nových metod, včetně adjustabilních bandážích pokračuje. Aktivně úspěšně pomáháme nyní řadě pacientů s původními NGB.

Remise diabetu po bariatrickém výkonu u pacientů s přetrvávajícím diabetem 2. typu po konzervativní léčbou navozeném hmotnostním úbytku

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA /Praha/

autoři: Svačina Š., Matoulek M.

U některých diabetiků 2. typu nedojde k remisi diabetu ani po výrazném hmotnostním úbytku navozeném konzervativní léčbou. U těchto pacientů jsme vyhodnotili remisi diabetu po bariatrickém výkonu. Do analýzy bylo zahrnuto 37 diabetiků, kteří podstoupili bariatrický výkon (gastrická bandáž, gastrická plikace, tubulizace žaludku a BPD). Jako remisi diabetu jsme hodnotili HbA1c pod 47 mmol/mol. Jako prediabetes byl klasifikován HbA1c 39 mmol/mol až 46 mmol/mol. Předoperační vývoj hmotnosti za období léčby na naší klinice činil v průměru 143,9 kg à 127,4kg. Tito pacienti zůstali diabetiky a průměrný HbA1c činil 68,4 mmol/mol předoperačně. Pooperační hmotnostní pokles dosáhl za 6 měsíců v průměru 107,1 kg a za 12 měsíců 103,3 kg, HB A1c za 6 měsíců 41,6 mmol/mol a za in 12 měsíců 42,2 mmol/mol. Za 6 měsíců 36 % pacientů mělo prediabetické a 10 % diabetické hodnoty HbA1c, za 12 měsíců 51 % prediabetické a 17 % diabetické. Malá čísla neumožnila porovnání efektu jednotlivých chirurgických výkonů.

Závěr: U části pacientů je konzervativní léčba i s úspěšnou redukcí hmotnosti neefektivní v navození remise diabetu. Až u 90 % těchto pacientů dojde k navození remise diabetu bariatrickým výkonem, ale až polovina pacientů zůstává prediabetiky. S bariatrickým výkonem by nemělo tedy být váháno ani u pacientů, kterým nepomohla k remisi diabetu konzervativní léčba.

Podpořeno grantem IGA NT14182

Vitamin D u pacientů po tubulizaci žaludku

Mgr. Marek Bužga, Ph.D. /Ostrava/

autoři: Bužga M., Švagera Z., Kulíšková L., Bolek M., Holéczy P.

Úvod: v posledních letech přibývá dokladů o vysoké frekvenci nedostatku vitamínu D v běžné populaci i u různých skupin onemocnění včetně obézních pacientů. Na základě českých i zahraničních výsledků jsou vyvozovány závěry podporující vhodnost vyšetřování sérových hladin vitamínu D jako podkladu pro případnou suplementaci.

Cíl a metodika: Cílem této práce bylo posouzení vlivu tubulizace žaludku na sérové hodnoty vitamínu D 3, 6 a 12 měsíců po operaci. Soubor tvořilo 40 osob s BMI <40 kg/m². Byla měřena tělesná hmotnost, výška, vypočítán BMI, množství tělesného tuku (Duální rentgenová absorpciometrie - DXA, Hologic Discovery A), sérové hodnoty vitamínu D (25-(OH)D) (Cobas E411, Roche) spolu s vybraným panelem kostních markerů.

Výsledky: 12 měsíců po operaci došlo u vyšetřovaných ke snížení hmotnosti v průměru o 33,4 kg. BMI se snížilo o 11,2 kg/m², množství tělesného tuku pokleslo o 24,6 kg. Počáteční průměrná hodnota vitamínu D byla 43,6 nmol/l u mužů a 32,3 nmol/l. Nejnižší naměřená hodnota byla 6,7 nmol/l. Po operaci došlo k vzestupu sérových hodnot po 12 měsících na 51,5 nmol/l u mužů a 65,4 nmol/l u žen.

Závěr: Vlivem tubulizace žaludku došlo v průběhu půl roku po operaci k výrazné redukci tělesné hmotnosti včetně tukové tkáně. Průměrná hodnota vitamínu D byla na počátku studie hluboko pod doporučený fyziologický limit. Během 12 měsíců došlo k vzestupu sérové koncentrace, přesto tyto hodnoty jsou stále v oblasti vitamínové insuficience. V souladu s posledními poznatky o významu vitamínu D je třeba zvážit suplementaci až do dávky 7000 UI/den u bariatrických pacientů.

BLOK VII – Výzkumná témata

Lidský adenovirus 36 je asociován s nadváhou a obezitou - studie 1179 českých adolescentů

RNDr. Hana Zamrazilová, Ph.D. /Praha/

autoři: Zamrazilová H., Aldhoon Hainerová I., Atkinson R.L., Dušátková L., Sedláčková B., Hlavatý P., Lee Z.P., Kunešová M., Hampl R., Hainer V.

Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Praha

Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha

Obetech Obesity Research Center, Richmond, VA, USA

Katedra genetiky a mikrobiologie, PŘF UK v Praze

Katedra biochemie, PŘF UK v Praze

Úvod: Lidský adenovirus 36 (Adv36) je dáván do souvislosti s obezitou. Závěry dosavadních studií sledujících vztah Adv36 a metabolických parametrů nejsou konzistentní.

Cíl: Ve skupině českých adolescentů zjistit prevalenci protilátek Adv36 a vyhodnotit vztah Adv36 k antropometrickým a kardiometabolickým parametrům.

Metodika: U 1179 adolescentů (85 s podváhou, 506 normostenických, 160 s nadváhou, 428 s obezitou) byly hodnoceny parametry: antropometrické (tělesná hmotnost a výška, BMI, tělesné obvody, tuková hmota); biochemické a hormonální (lipidový profil, glykémie, inzulín, jaterní enzymy, adiponektin); krevní tlak; Adv36 protilátky (ELISA).

Výsledky prokázaly:

1. 26,5% pozitivitu protilátek Adv36 (podváha - 22,3%; normostenici - 21,5%, nadváha – 40,0%, obezita - 28,0%),
2. odds ratio pro nadváhu 2,61 (95 % CI:1,77–3,86, $p<0,001$), pro obezitu 1,46 (95% CI: 1,07–1,99, $p=0,016$),
3. vyšší prevalenci Adv36 infekce u dívek oproti chlapcům (32,5 % vs. 19,7 %, $p<0,001$),
4. pozitivní vztah mezi přítomností Adv36 protilátek a tělesnou hmotností ($p=0,042$), BMI ($p=0,015$), obvodem boků ($p=0,004$), z-skóre tělesné výšky ($p=0,029$), celkovým tělesným tukem ($p<0,001$) a tukem na trupu ($p<0,001$).
5. u Adv36 pozitivních jedinců významně vyšší hladiny celkového cholesterolu (TC) a lipoproteinu o nízké denzitě (LDL-C) a nižší hladiny glykémie.

Závěr: Byl potvrzen vztah mezi přítomností Adv36 protilátek s obezitou a zejména s nadváhou. Adv36 pozitivita se pojí se zvýšeným množstvím tukové hmoty, TC a LDL-C a zároveň se sníženou glykemií. Nebyl prokázán vztah k adiponektinu.

Studie byla podpořena granty IGA MZ ČR NT/13792-4, NT/12342-5/2011 a grantem z Norska prostřednictvím Norského finančního mechanismu CZ0123.

Vliv vybraných polymorfismů kandidátních genů obezity na celkový energetický příjem a příjem jednotlivých nutrientů u českých adolescentů

MUDr. Irena Aldhoon Hainerová, Ph.D. /Praha/

autoři: Aldhoon Hainerová I., Zamrazilová H., Dušátková L., Sedláčková B., Hlavatý P., Kunešová M., Hampl R., Hainer V.

Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Praha

Klinika dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, Praha

Katedra genetiky a mikrobiologie, PŘF UK v Praze

Katedra biochemie, PŘF UK v Praze

Úvod: Příjem potravy, co do jeho množství a složení, je částečně determinován genetickými faktory.

Cíl: Zjistit vztah mezi variantami vybraných genů a příjmem celkové energie a jednotlivých nutrientů jak u českých normostenických (NW) adolescentů, tak u adolescentů s nadváhou/obezitou (OW/OB).

Metodika: 477 dívek (248 NW, 229 OW/OB); 378 chlapců (214 NW, 164 OW/OB) ve věku 15,0-18,0 let. 3denní jídelníček vyhodnocen programem NutriMaster. Genotypizace šest variant genů pro melanokortinový receptor 4. typu (MC4R), fat mass and obesity associated (FTO) a brain-derived neurotrophic factor (BDNF). Analýza dat neparametrickým Mann-Whitney a Kruskal-Wallis testem (ANOVA).

Výsledky: Signifikantní rozdíly (fenotyp/genotyp) v analýzách provedených bez ohledu na index tělesné hmotnosti (BMI):

- 1) MC4R rs17782313 (C/T) u dívek s příjmem lipidů a vápníku,
- 2) FTO rs9939609 (A/T) a rs1421085 (C/T) u chlapců s příjmem bílkovin,
- 3) BDNF rs925946 (G/T) u dívek s celkovým energetickým příjmem a sacharidy; u chlapců s příjmem proteinů,

a s ohledem na BMI:

- 1) MC4R rs17782313 (C/T) u NW dívek s procentuálním zastoupením tuků,
- 2) FTO rs1421085 (C/T) a rs9939609 (A/T) u OW/OB chlapců s příjmem bílkovin a vlákniny; u rs9939609 (A/T) s příjmem sacharidů a procentuálním zastoupením tuků,
- 3) BDNF rs925946 (G/T) u OW/OB chlapců s příjmem vápníku,
- 4) BDNF rs4923461 (A/G) u NW dívek s příjmem sacharidů, bílkovin a tuků.

Závěry: V našem souboru dívek výsledky naznačují souvislost BDNF rs925946 s celkovým energetickým příjmem a MC4R rs17782313 s příjmem tuků. U chlapců obě sledované varianty FTO vykazují souvislost s příjmem bílkovin.

Podpořeno granty Institutu Danone, IGA MZ ČR NT/13792-4, NT/12342-5/2011, 7F08077 z MSM/7F a grantem z Norska prostřednictvím Norského finančního mechanismu CZ0123.

Efekt laparoskopické sleeve gastrektomie na mRNA expresi prozánětlivě působících genů v podkožní tukové tkáni a periferních monocytech obézních pacientů

MUDr. Pavel Trachta /Praha/

autoři: Trachta P., Dostálová I., Lacinová Z., Haluzíková D., Kaválková P., Kasalický M., Haluzík M.

Východisko: Cílem této studie bylo zjistit efekt laparoskopické sleeve gastrektomie (LSG) na parametry subklinického zánětu a prozánětlivě působící geny v podkožní tukové tkáni (SAT) a v periferních monocytech u obézních pacientů.

Metody: Do studie bylo celkem zařazeno 13 obézních nediabetiček a 18 zdravých štíhlých žen, jako kontrola. Antropometrické, biochemické a hormonální parametry byly stanoveny bazálně a po 6, 12 a 24 měsících po sleeve gastrektomii. Relativní genová exprese prozánětlivě působících genů v podkožní tukové tkáni a periferních monocytech byla stanovena metodou real-time PCR.

Výsledky: Bazálně měla OB skupina ve srovnání s kontrolní skupinou zvýšené sérové koncentrace hsCRP, inzulínu a prozánětlivě působících cytokinů. V PM mRNA exprese CD68, chemokinových receptorů a jiných prozánětlivých faktorů byla signifikantně zvýšená ve skupině obézních.

Po 24 měsících od LSG došlo k poklesu tělesné hmotnosti (BMI 33.0 ± 2.1 vs. 42.3 ± 1.1 kg/m; $p < 0.05$) a vylepšení lipidového spektra. Výkon byl bez statisticky významného vlivu na glykémie nebo parametry inzulínové rezistence (HOMA-IR). V podkožní tukové tkáni LSG snížilo relativní genovou expresi up-regulovaných chemokinů, chemokinových receptorů a prozánětlivých faktorů s maximem změn ve 12 a 24 měsíci od výkonu. Operace měla minimální vliv na zlepšení prozánětlivého profilu v periferních monocytech.

Závěry: V této studii prokazujeme, že LSG snížila prozánětlivý profil v SAT, ale nikoliv v periferních monocytech. Předpokládáme, že tento mechanismus se může podílet na limitovaném efektu sleeve gastrektomie s persisterenční inzulínové rezistence a remanifestací metabolických komplikací u obézních pacientů.

Poděkování: Podporováno RVO-VFN64165, IGA NT13299-4 a SVV264503

Sérové koncentrace a mRNA exprese omentinu v podkožní tukové tkáni u pacientů s obezitou a diabetes mellitus 2. typu: vliv nízkokalorické diety, fyzické aktivity a laparoskopické tubulizace žaludku

MUDr. Monika Urbanová /Praha/

autoři: Urbanová M., Dostálová I., Jahodová J., Pavlovičová R., Čechová M., Matoulek M., Haluzíková D., Mráz M., Lacinová Z., Haluzík M.

Úvod: Omentin je novým hormonem exprimovaným zejména ve viscerální tukové tkáni, který má příznivé účinky na inzulinovou senzitivitu. Jeho hladiny negativně korelují se složkami metabolického syndromu. Hodnotili jsme sérové koncentrace omentinu a jeho mRNA expresi v podkožní tukové tkáni (SCAT) u obézních žen s a bez diabetes mellitus 2. typu za bazálních podmínek a po vybraných léčebných intervencích.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 11 obézních žen s diabetes mellitus 2. typu (T2DM), 37 obézních žen bez DM (OB) a 26 zdravých žen (KO). Sérové koncentrace a mRNA exprese omentinu v SCAT byly stanoveny vstupně a po intervencích: 2 týdny nízkokalorické diety (VLCD), 3 měsíce fyzické aktivity (FA) a laparoskopická tubulizace žaludku (LSG).

Výsledky: Vstupně byly konc. S-omentinu signifikantně sniženy u T2DM i u OB skupiny ($474,9 \pm 44,6$ a $397,6 \pm 30,4$ vs. $565,5 \pm 27,7$ ng/ml; p

Závěr: Nižší sérové koncentrace omentinu mohou hrát úlohu při vzniku obezity a diabetes mellitus 2. typu. Jejich vzestup spolu se snížením exprese v SCAT se může podílet na zlepšení metabolického profilu a hmotnostním úbytku navozeným LSG.

BLOK VIII – Kontroverze v obezitologii

Existují zdraví obézní?

MUDr. Dita Pichlerová /Praha/

Obezita významně zvyšuje riziko rozvoje diabetu mellitu 2. typu, hypertenze, ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody a některých typů nádorů. Obezita je spojena s osteoartrózou a chronickou bolestí, s astmatem, s chorobami žlučníku a s mnoha psychosociálními problémy. Obezita však nutně nemusí znamenat zvýšené riziko uvedených komorbidit. Zdá se, že až 30% obézních je chráněno před rozvojem metabolických onemocnění souvisejících s obezitou. Tzv. zdravá obezita je charakterizována nepřítomností jakékoli metabolické poruchy včetně diabetes mellitus 2. typu, hypertenze a dyslipidemie, zachovalou inzulínovou senzitivitou, relativně menším množstvím viscerální tukové tkáně a normální funkcí tukové tkáně. Je zřejmé, že pacienti s vysokorizikovou obezitou mají prospěch z úpravy životosprávy a režimových opatření. Je sporné, zda mají tato opatření podobné účinky i u metabolicky zdravých osob. Nesporný zůstává jasný prospěch z redukce nadváhy u všech obézních z pohledu komplikací ortopedických, respiračních a psychosociálních. Zdá se, že bude vhodné definovat obézní pacienty s nízkým, středním a vysokým metabolickým rizikem a stratifikovat doporučení k léčbě.

Obezita a deprese

PhDr. Šárka Slabá, Ph.D. /Praha/

Deprese je jedním z nejčastějších psychických onemocnění, jehož patofyziologie nebyla dosud plně objasněna. Jde o poruchu nálady, hlavními příznaky deprese jsou dle MKN-10 skleslá nálada, snížení energie i aktivity. Zhoršená je schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná unavitelnost a to i po nepatrné námaze. Dalšími obvyklými příznaky jsou snížení sebevědomí a sebedůvěry, pocity viny a bezcennosti, smutný a pesimistický výhled do budoucnosti, myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, poruchy spánku a změna chuti k jídlu.

V současné době výskyt deprese celosvětově stoupá. Dle výsledků epidemiologické studie (2004) prodělá v Evropě během života depresi asi 13 % osob. V České republice (dle šetření EHIS 2007-2010) trpělo depresí 3,9 % populace. Deprese v ČR zaujímá přední místo v pořadí nemocí zapříčínujících plnou invaliditu. Ženy jsou depresí postiženy 2x častěji než muži (zdravotnická ročenka 2007). Výskyt deprese u obézních byl zjišťován na našem pracovišti skrínigovým vyšetřením – na 100 nově přichozících pacientů obezitologické ambulance bylo 41 diagnostikovaných jako depresivních (Svačina, 2005). Toto číslo však nelze zobecnit na celou populaci obézních, je známo, že u obézních vyhledávajících léčbu je procento výskytu psychopatologie vyšší než u obézních, kteří léčbu nevyhledávají.

Příčinný vztah mezi obezitou a depresí je oboustranný, ani přes nové poznatky v této oblasti však není zcela objasněn. Obézní, ve srovnání s běžnou populací, trpí depresí častěji, což platí především pro obézní 3. stupně (Onyikel, Crum 2003). Dle metaanalýzy longitudinálních výzkumů obezita zvyšuje riziko vzniku deprese (významněji u Američanů než u Evropanů) (Lupino, de Wit, 2010). Někteří lidé trpící depresí svůj smutek spíše „zajídají“, jiní zase chuť k jídlu ztrácejí. Kromě těchto tzv. behaviorálních faktorů mohou hrát roli i faktory endokrinní odehrávající se na molekulárně-biologické úrovni organismu. Zároveň také platí, že děti a adolescenti s depresivní poruchou mají větší pravděpodobnost vzniku nadváhy (Mc Elroy 2004). Co se týká genderových rozdílů, pak ve studii Andersona et al (2007) byli prospektivně sledováni obézní adolescenti po dobu 20 let a bylo zjištěno, že obezita predikovala depresi v budoucnu u žen, ale nikoli u mužů. Za zmínku stojí také studie realizovaná ve Finsku. Ta sledovala 8451 osob (4029 mužů a 4422 žen) ve věku 14 a 31 let. Podle této studie měli abdominálně obézní muži 1,76krát větší riziko depresivních příznaků, 2,07krát větší riziko lékařem diagnostikované deprese. Souvislost mezi abdominální obezitou a depresí nebyla potvrzena ve skupině žen. Výzkumy potvrzují souvislosti mezi depresí, obezitou a sníženou fyzickou aktivitou (hlavně u žen středního věku).

Z hlediska terapie obezity můžeme říci, že deprese je léčitelná porucha. Léčba pomáhá naprosté většině pacientů, zatímco bez ní mohou příznaky postupně vést ke ztrátě výkonnosti, k izolaci a v neposlední řadě i k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu. Pro léčbu a prevenci relapsu ataky deprese je nejdůležitější užívání antidepresiv, u lehčích forem také dostatečně pomáhá samotná psychoterapie. Optimální je však kombinace obou přístupů. Podání antidepresiv, případně doplněné psychoterapií, vede u obézních k větší adhezenci k léčbě obezity.

Podpořeno grantem MZO VFN64165

Alternativy v dietní léčbě diabetu 2. typu

MUDr. Hana Kahleová, Ph.D. /Praha/

autoři: Kahleová H., Pelikánová T.

Optimální složení diet pro nemocné s diabetem z hlediska dlouhodobého ovlivnění hmotnosti a metabolických ukazatelů je stále předmětem diskusí. Diety, která vybočují z běžně doporučovaného schématu konvenčních diabetických diet, můžeme rozdělit na nízkosacharidové a vysokosacharidové. Do nízkosacharidových patří zvláště diety Atkinsova a středomořská, zástupcem vysokosacharidových diet je vegetariánská strava.

Atkinsova dieta charakterizovaná vysokou konzumací tučných živočišných potravin, tj. masa, uzenin, sýrů a vajec, a naopak minimální konzumací běžných zdrojů sacharidů, tj. pečiva, těstovin, rýže a brambor, může sice vést k hmotnostnímu úbytku, nicméně bylo prokázáno, že během 1 roku vede k progresi aterosklerózy o 40%, a není tedy (zvláště pro diabetiky) vhodná.

Středomořská dieta, charakterizovaná vysokým zastoupením monoenoových mastných kyselin (zvláště z olivového oleje a ořechů) je zdravější nízkosacharidovou alternativou. Mezi pozitivní účinky patří antiaterogenní a antitrombotické účinky a dlouhodobá compliance díky chuťové přijatelnosti této diety. Při přímém porovnání středomořské diety s dietou vysokosacharidovou s nízkým glykemickým indexem (tedy stravou téměř vegetariánskou) vychází vysokosacharidová dieta stran kontroly tělesné hmotnosti, krevních lipidů i kompenzace diabetu lépe.

Slibnou alternativou v léčbě diabetu je vegetariánská strava. Observační studie ukazují, že prevalence diabetu 2. typu je 2x nižší u vegetariánů než u běžné populace, a to i po adjustaci na rozdíly v BMI. Klinické intervenční studie doložily, že vegetariánská strava vede k většímu váhovému úbytku a poklesu glykémie nalačno než konvenční diabetická dieta, dále k většímu poklesu glykovaného hemoglobinu, poklesu LDL-cholesterolu a většímu snížení medikace. Naše studie ukázala navíc větší úbytek objemu viscerálního tuku a větší zlepšení inzulínové rezistence a markerů oxidačního stresu ve srovnání s konvenční diabetickou dietou.

Lidé, kteří jsou dlouhodobě vegetariány, se dožívají v průměru o 3 roky delšího věku než běžná populace. Vegetariáni mají o 25% nižší kardiovaskulární mortalitu, což je dáno především nižšími sérovými hladinami celkového a LDL-cholesterolu, nižším krevním tlakem, nižším BMI a nižší incidencí diabetu 2. typu. U vegetariánů je také nižší incidence všech maligních nádorů, zvláště kolorektálního karcinomu, karcinomu prostaty a prsu.

Nevhodně sestavený vegetariánský jídelníček, zvláště pokud je striktně veganský, však může vést k deficitu vitamínu B12, kalcia, vitamínu D a zinku. Zde je nezastupitelná role zkušeného nutričního terapeuta, aby dokázal pacientům poradit, které potraviny lze použít jako zdroj těchto problematických vitamínů a stopových prvků.

Americká dietologická asociace (r. 2009), Kanadská dietologická asociace (r. 2003) i Světová zdravotnická organizace (r. 1991) vydaly oficiální prohlášení, že dobře plánovaná vegetariánská strava (včetně stravy striktně veganské) je zdravá, obsahuje dostatečné množství živin a může být prospěšná v prevenci i léčbě některých onemocnění, včetně diabetu 2. typu. V poslední době byla vegetariánská strava zařazena i do oficiálního doporučení České diabetologické společnosti ČLS JEP (www.diab.cz) jako dietní alternativa pro pacienty s diabetem.

(Vzniklo s podporou grantu IGA MZČR NT/11238-4)

Role mléčných výrobků v redukční dietě

MUDr. Petr Hlavatý, Ph.D. /Praha/

Mléčné výrobky jsou výborným zdrojem kvalitních proteinů, dobře vstřebatelného vápníku, ale obsahují i značné množství satureovaných mastných kyselin. Příjem mléčných výrobků v rámci redukční diety je spojen s výraznějším poklesem tělesného tuku při zachování aktivní hmoty, menším pocitem hladu a celkově lepší compliance s redukčním režimem. Studie také ukazují, že vyšší příjem mléčných výrobků má pozitivní vliv na hypertenzi, dyslipidémii, aterosklerózu a snižuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění. Příznivý vliv mléčných výrobků je prokázán i ve vztahu k diabetu 2. typu. Mechanismus účinku mléčných výrobků není dosud zcela objasněn, předpokládá se synergický účinek jednotlivých složek mléka (bioaktivní peptidy, vápník, vitamín D, složení mastných kyselin). V rámci redukční diety jsou doporučovány zejména mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku a náhrada satureovaných tuků za mono- a polynenasycené. Recentní studie však naznačují, že naopak vyšší příjem mléčného tuku může být ve vztahu ke komplikacím obezity příznivější.

Podpořeno grantem IGA MZ ČR NT/12342-5/2011.

Vliv frekvence jídel na kvalitu života, Beckovo skóre deprese a jídelní chování u diabetiků 2. typu

MUDr. Hana Kahleová, Ph.D. /Praha/

autoři: Kahleová H., Bělinová L., Hill M., Pelikánová T.

Úvod

Cílem naší studie bylo zkoumat vliv frekvence jídel na kvalitu života, Beckovo skóre deprese a jídelní chování u diabetiků 2. typu

Metody

V rámci randomizované crossover studie dodržovalo 54 diabetiků 2. typu dva režimy hypokalorické diety (-500 kcal/den), každý režim po dobu 12 týdnů: šest jídel (A6) a dvě jídla denně, snídani a oběd (B2). Dieta při obou režimech měla stejnou energetickou hodnotu a složení. Všichni účastníci byli vyšetřeni v týdnech 0, 12 a 24. Kvalita života byla zjišťována pomocí 2 dotazníků: Weight-Loss Quality-of-Life (OWLQOL) a Weight-Related Symptoms (WRSM). Použili jsme Třífaktorový dotazník k monitorování změn v jídelním chování a Beckův dotazník ke kvantifikaci vyhledání depresivních symptomů.

Výsledky

Kvalita života se zvýšila ($p < 0.001$).

Závěr

Oba režimy hypokalorické diety měly pozitivní účinky na kvalitu života, Beckovo skóre deprese a jídelní chování. Pozitivní účinky na depresivní symptomy a pocity hladu byly větší během B2. Naše výsledky naznačují, že velká snídane a oběd může být pro diabetiky 2. typu prospěšnější než šest menších jídel během dne.

(ClinicalTrials.gov number, NCT01277471. Vzniklo s podporou grantu IGA MZČR NT/11238-4)