

ABSTRAKTY



Česká obezitologická společnost ČLS JEP
Společná sekce bariatrické a metabolické chirurgie ČOS
a ČCHS ČLS JEP
Ortopedicko-traumatologická a Interní sekce
České asociace sester
pořádají

Celostátní konferenci

OBEZITOLOGIE A BARIATRIE 2017

9.–11. 11. 2017

Hotel Galant, Mlýnská 2, Mikulov

www.ob2017.cz

www.obesitas.cz



ISBN 978-80-270-3022-4

VÝBORY	9
ABSTRAKTY	10
BARIATRICKÉ PRESYMPOSIUM	10
MUDr. Karin Doležalová	
Druhý krok – je reverzibilita plikace žaludku výhodou?	10
doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc.	
Náš druhý krok	10
MUDr. Martin Hrubý	
Sleeve resekce a chirurgovy černé dny	11
MUDr. Eva Koblihová	
SADI-S: druhý krok po sleeve gastrectomy v léčbě DM II	11
MUDr. Michael Vraný	
GE reflux po sleeve gastrektomii – konverze na gastrický bypass	12
MUDr. Michal Čierny, CSc.	
Selekce pacienta anebo selekce operace?	12
HLAVNÍ PROGRAM	14
SLAVNOSTNÍ BLOK	14
POZVANÝ HOST	
prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.	
Obezita a ledviny: od patofyziologie po možnosti léčby	14
BLOK I	15
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA	
Životní styl českých pacientů v praxi – je naše edukace efektivní?	15
MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.	
Manažment pacientov s adipozopatickou dyslipidémiou	15
MUDr. Karin Doležalová	
Operace u obézních nemocných – co očekávat?	16
prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.	
Lipopolysacharid vázající protein a intestinální izoforma proteinu vázajícího mastné kyseliny: efekt plikace žaludku a implantace duodeno-jejunálního rukávu v kontextu systémového a lokálního zánětu tukové tkáně	16

BLOK II.....	18
Mgr. Markéta Kubinová	
Rysy osobnosti – 13. komnata obézních pacientů.....	18
prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.	
SADI-S jako druhý krok po sleeve gastrectomy	18
MUDr. David Michalský	
Diference v poklesu hmotnosti po plikaci žaludku u diabetiků a nediabetiků	19
MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.	
Telemedicína v obezitologii – dobrý sluha ale špatný pán!	19
MUDr. Robin Urbánek	
Od obezity k homozygotní familiární hypercholesterolemii – kazuistika.....	20
BLOK III	21
Bc. Lucie Uhlířová	
Výzkum vlivu vybraných faktorů na úspěšnost redukce hmotnosti po plikaci žaludku	21
MUDr. Adam Trávníček	
Srovnání restričních bariatrických operací	21
PhDr. Jitka Herlesová, Ph.D.	
Změny BMI, příznaků deprese, kvality života a jídelních zvyklostí 6, 12 a 24 měsíců po bariatrické operaci	22
RNDr. Valéria Regecová	
Nadhmotnosť a obezita u detí. Výsledky WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) na Slovensku	22
MUDr. Michal Čierny, CSc.	
Bariatrické operace a spánková apnoe	23
BLOK IV - Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků	25
PhDr. Iva Málková	
Z impulsivního jedlíka uvážlivým labužníkem	25
MUDr. Kateřina Bednaříková	
Lze obézní děti ještě nadchnout pro pohyb? Aneb smysl či nesmysl pobytové léčby.....	25
doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.	
Výsledky realizace prvního roku projektu MZČR Aplikace metodiky krátkých intervencí v praxi	26

MUDr. Tomáš Vařeka	
Pohybová edukace u obézních jedinců s diabetes mellitus 2. typu	26
BLOK V	28
prof. MUDr. Martin Fried, CSc.	
Praktická doporučení po bariatrických výkonech: „Co je nového v roce 2017 (EASO/OMTF)“	28
prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA	
Asymptomatická uroinfekce u obézních diabetiků 2. typu	28
PhDr. Veronika Novotná	
Pohyb jako návyk, vůle jako sval	29
MUDr. Martin Bolek	
Na velikosti (ne)záleží?	29
Mgr. Aneta Hásková	
Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci – aneb čím to začíná	30
BLOK VI.....	31
Mgr. Aneta Sadílková	
Stravovací režim po bariatrickém zákroku – aneb operací to nekončí.....	31
prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc.	
Diagnostika obezity – funkční složení těla.....	31
Mgr. Bc. Martina Daňková	
Low carb – krátkodobý efekt nebo dlouhodobé riziko?	32
PhDr. Šárka Slabá, Ph.D.	
Motivace ke změně chování - model změny	32
MUDr. Petr Sucharda, CSc.	
BMI jistě. A co výška?	33
BLOK VII.....	35
Ing. Mgr. Eva Fárková	
Úprava spánkové hygieny podle chronotypu v léčbě obezity	35
MUDr. Michael Vraný	
C-reaktivní protein jako marker hluboké nitrobřišní infekce?	35
PhDr. Bc. Natálie Koubková	
Nestabilita aneb HSS u pacientů po velkém hmotnostním úbytku	36

MUDr. Vladimír Pavlík, Ph.D.	
Péče o obézního pacienta s tělesnou hmotností nad 280 kg v domácích podmínkách.....	36
MUDr. René Vlasák	
Lipedém – možnosti spolupráce obezitologa a lymfologa.....	37
BLOK VIII	38
MUDr. Juraj Uchál	
Informovanost diabetických pacientů s nadváhou o možnosti léčby pomocí bariatrické chirurgie.....	38
MUDr. Daniela Staníková, Ph.D.	
Asociácia medzi BMI, pohlavnými hormónmi a depresiou u mužov	38
Mgr. Jan Novák	
Zvýšená adipozita, estrogenizace a skeletální změny	39
Mgr., Bc. Karel D. Riegel	
Vliv osobnosti na průběh léčby obezity	39
SAMOSTATNÁ SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ	41
BLOK I	41
PhDr. Dagmar Škochová, MBA	
Poranění ostrými předměty ve zdravotnictví (průzkum praxe x škola)	41
Mgr. Bc. Martina Daňková	
„Hubnutí bez blbnutí“	42
Mgr. Lucie Dolejší	
Metabolické poruchy v chirurgické praxi – kazuistiky	42
Bc. Věra Gančevová	
Chirurgická laparoskopie.....	43
Tereza Hofmanová	
Jakpak jste se vyspali?.....	43
BLOK II – Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků	43
BLOK III	44
Mgr. Věra Brzicová	
Projevy Imobilizačního syndromu u obézního pacienta	44
Mgr. Aneta Hásková	
Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci – aneb čím to začíná	44

Mgr. Aneta Sadílková	
Stravovací režim po bariatrickém zákroku – aneb operací to nekončí.....	45
Mgr. Veronika Rechteríková	
Vplyv vybraných faktorov na výskyt chybného držania tela u žiakov mladšieho školského veku v okrese Trnava	45
Renata Příbylová	
Co znamená být „silný“?	46
BLOK IV	47
Bc. Yvona Kováčiková	
Spokojenost pacientů po bariatrických operacích	47
Bc. Eliška Říhová	
Pomoc potřebujeme i my!	47
Tereza Jerhotová	
A zase ty diety	47
POSTEROVÁ SDĚLENÍ	49
1. MUDr. Michael Vraný	
Hypoglykemie po bariatrických operacích.....	49
2. Veronika Svobodová	
Infekce v ráně	49
3. MUDr. Robert Hvižd'	
Konverze u bariatricko-metabolických výkonů	49
4. MUDr. Ladislav Štěpánek	
Visceral adiposity index a jeho vztah k inzulinové rezistenci – pilotní studie.....	50
5. MUDr. Pavla Kalousková	
Měření složení těla metodou multifrekvenční čtyřsvodové bioelektrické impedance a duální rentgenové absorpciometrie u obézních osob	51
6. MUDr. Zlatko Marinov	
Prevence dětské nadváhy.....	51
7. Šárka Dědourková	
Ani malým slečnám se nehubne lehce.....	52
8. Kristýna Kadlčíková	
Kazuistiky obézních pacientů v ambulantní péči na Obezitologickém oddělení	52

9. Mgr. Marie Součková
Bariatrické výkony na I.chirurgické klinice VFN v Praze 53
10. V. Raisová (Praha):
Dlouhodobá nutriční intervence v léčbě obézního pacienta 53
11. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.
Sledování faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby obézních pacientů 53

VÝBORY

PREZIDENT KONFERENCE

prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

předseda České obezitologické společnosti ČLS JEP

ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.

prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.

prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc.

MUDr. Jitka Kytarová, Ph.D.

MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

doc. MUDr. Dana Müllerová, Ph.D.

MUDr. Petr Sucharda, CSc.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA

PhDr. Dagmar Škočová, MBA

SEKRETARIÁT KONFERENCE:

GALÉN-SYMPOSION, s.r.o.

Břežanská 10, 100 00 Praha 10

Tel.: 222 513 053

registrace@gsymposion.cz

www.gsymposion.cz

ABSTRAKTY

BARIATRICKÉ PRESYMPOSIUM

MUDr. Karin Doležalová

Druhý krok – je reverzibilita plikace žaludku výhodou?

autoři: Karin Doležalová, Martin Fried

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

Úvod: Plikace žaludku patří k jedněm z mála bariatricko-metabolických operací při kterých se neodstraňuje ani neobchází žádná část žaludku ani zažívacího traktu a je tak plně reverzibilní.

Metodika: Hodnotili jsme 212 pacientů, tj. 86,9% ze všech operovaných v letech 2010-2011, sledovaných více než 5 let po operaci.

Výsledky: Z 212 pacientů bylo nutné reoperovat 4,9%, z toho 1,6% neodkladně, a 3,3% plánovaně. U obou skupin reoperovaných se projevila výhoda reverzibility plikace žaludku, u neodkladných výkonů (2/4) pro peritoneální příznaky při leaku z přední stěny žaludku bylo úplným rozvolněním plikace možné vrátit zpět vysokotlaký systém zúžené žaludeční trubice na normotlaký systém, umožňující lepší zhojení. U plánovaných reoperací to byly reoperace (6/8) pro dilatace žaludku za 6-48 měsíců po výkonu a pro intoleranci plikace (2/8) provázenou chronickým zvracením. U dilatací žaludku byla nejčastější re-plikace (5/6) a konverze na BPD (1/6). U intolerance bylo možné, díky plné reverzibilitě, plikaci rozvolnit a žaludek vrátit do původního anatomického tvaru. U neodkladně i plánovaně reoperovaných byla nulová mortalita. Po reoperaci pro leak byla hospitalizace 5 dnů, po replikacích 48 hodin, po BPD 7 dnů a po odstranění plikace pro intoleranci byla jedenkrát 48 hodin, u druhé, pro zpomalený návrat funkce žaludku, 7 dnů.

Závěr: Reverzibilita plikace žaludku je dle našich zkušeností jednoznačnou výhodou, u akutních revizí pro leaky umožňuje konvertovat vysokotlaký systém žaludečního rukávu na nízkotlaký, který umožní (na rozdíl např. od leaků po sleeve gastrektomii) rychlejší zhojení místa perforace. V případech plánovaných reoperací pak umožňuje rozhodnout se prakticky pro jakýkoliv následný druhý krok.

doc. MUDr. Pavol Holéczy, CSc.

Náš druhý krok

autoři: Pavol Holéczy¹, Martin Bolek², Marek Bužga³, Aleš Foltys²

¹ Katedra chirurgických oborů LF OSU, Ostrava; ² Chirurgické oddělení Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava; ³ Katedra fyziologie a patofyziologie LF OSU, Ostrava

Cíl: Bariatrická/metabolická (B/M) chirurgie je nejefektivnějším a dlouhodobým řešením závažné obezity spojené s metabolickými onemocněními. Cílem této práce je referovat o naší filosofii a zkušenostech s reoperacemi.

Materiál a metody: od července 2005 do května 2017 jsme provedli celkem 973 B/M operací, včetně pozdních reoperací. Retrospektivně jsme analyzovali jednotlivé podsoubory co do počtu reoperací a jejich typu.

Výsledky: Nejčastější reoperací u bandáže žaludku bylo odstranění bandáže pro nedostatečnou efektivitu. Dalším výkonem byla nejčastěji tubulizace žaludku s odstupem minimálně 3 měsíců. U 3 pacientů jsme ponechali bandáž a provedli Roux Y gastrický bypass. Důvodem k reoperacím u tubulizací byl intraktabilní reflux, stenóza a nejčastěji nedostatečná efektivita spojená především dilatací fundu žaludku. Řešením reflexu a stenózy byl Roux Y bypass. V případě nedostatečné efektivity jsme provedli resleeve

resekci, bypass, biliopankreatickou resekci a nověji SADI-S. Všechny vedly k významné redukci hmotnosti. Re-sleeve resekce byly provázeny vyšším procentem pooperačních komplikací. U gastrického bypassu jsme jednou prodloužili proximální na distální bypass. U plikací žaludku bylo indikací k reviznímu výkonu částečné, nebo kompletní rozvolnění plikace, nebo dilatace žaludku, obé ve spojení s nárůstem hmotnosti. Druhý krok jsme se dvěma výjimkami rozdělili na dvě fáze. V první kompletní rozvolnění plikace, ve druhé s odstupem minimálně 3 měsíců tubulizace žaludku.

Závěr: Reoperace jsou bohužel standardní součástí praxe B/M chirurgů. Je nevyhnutné mít v repertoáru více typů operací, aby bylo pracoviště schopné individualizovat péči o pacienta v případě nedostatečné efektivity primárního výkonu nebo pozdních komplikací.

MUDr. Martin Hrubý

Sleeve resekce a chirurgovy černé dny

autoři: Hrubý M

Nemocnice Turnov, chirurgie

Nejčastějším bariatrickým výkonem v současné době je tubulizace žaludku, neboli sleeve resekce. Tvrdými daty je potvrzena dobrá efektivita této operace jak na váhový úbytek, tak na metabolické choroby jako diabetes II. typu či hypertenze.

Tubulizace je ale chirurgickým výkonem a proto je doprovázena i komplikacemi. K nejčastějším komplikacím v prvních 24 hodinách patří krvácení ze staplerové linie. V literatuře je udáván výskyt 1-5%, v naší sestavě 1500 sleeve resekcí jsme krvácení řešili v 1,1%.

Nejzávažší komplikací je pozdní leak - prosak v linii stapleru. Výskyt v literatuře v průměru 2-2,4%, v naší sestavě kolem 1%. Doporučeným řešením je drenáž dutiny břišní a stent žaludku.

Méně zmiňovanou a asi podceňovanou komplikací je trombosa v. portae. Na tuto komplikaci se dosud málo myslí při méně výrazných obtížích po operaci, jako tlaky v epigastriu, dyspepsie. I z tohoto důvodu zatím nejsou větší sestavy publikovány.

MUDr. Eva Koblihová

SADI-S: druhý krok po sleeve gastrectomy v léčbě DM II

autoři: MUDr. Eva Koblihová¹, prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.²

¹ Chirurgická klinika 2.LF UK a ÚVN Praha, Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice; ² Chirurgická klinika 2.LF UK a ÚVN Praha/Fakulta zdravotnictva a sociální práce, Trnavská univerzita, Trnava, Slovensko

Úvod: Bariatricko-metabolická (BM) chirurgie je v současné době prezentována jako efektivní metoda léčby těžké obezity a diabetu 2. typu u morbidně obézních pacientů. Celosvětově narůstá počet BM operací. V Evropě je nejčastěji prováděnou metodou sleeve gastrectomy (SG). SG má prokazatelný efekt na redukci hmotnosti, zlepšení syndromu inzulinové rezistence (SIR) s velmi nízkým počtem časných i pozdních komplikací či metabolických karencí. U třetiny nemocných po SG ale nedochází k uspokojivému zlepšení nebo vyřešení DM2. V tomto případě lze doručit reoperaci: re-sleeve gastrectomy, gastrický bypass nebo operaci typu SADI-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass with Sleeve gastrectomy). Operace je založena na principu vytvoření žaludečního sleeve, přerušení žaludku za pylorem a obnovení kontinuity trávicího traktu pomocí end-to-side duodenoileální anastomózy. Metoda: Na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN jsme od ledna 2012 do června 2017 provedli celkem 36 operací typu SADI-S. U 15 nemocných se jednalo o primární výkon, u 21 pacientů byla operace provedena jako druhý krok po sleeve gastrectomy. Všichni operovaní měli diabetes druhého typu. Materiál a výsledky: V souboru bylo 22 žen a 14 mužů. Vstupní BMI nemocných bylo 40,1. 21 pacientů užívalo perorální antidiabetika (PAD), 13 mělo kombinaci insulínu a PAD a 2 nemocní byli pouze na diabetické dietě. U 29 nemocných po provedení SADI-S došlo k vyléčení diabetu, respektive jsou v současné době bez medikace DM2. U 16 z nich se jednalo o druhý krok po již provedené restriktivní operaci

SG. Ve 21,9 % případů bypassová operace vedla ke zlepšení diabetu. U všech došlo též k redukci hmotnosti. Závěr: V případě, že po SG nedojde k uspokojivému zlepšení DM2, lze u nemocného provést bypassovou operaci typu SADI-S. Jedná se o restriktivně-malabsorbční metodu BM chirurgie a nabízí úbytek tělesné hmotnosti a zlepšení či vyléčení DM 2. typu po selhání předchozí SG. Podpořeno IP MO1012

MUDr. Michael Vraný

GE reflux po sleeve gastrektomii – konverze na gastrický bypass

autoři: Vraný Michael, Šimečková Dita, Man Michael

Nemocnice Jablonec nad Nisou

Úvod: Počty sleeve gastrektomií (SG) ročně stoupají, s tím se však současně objevují komplikace v delším časovém horizontu. Mezi ty nejvýznamnější gastroesofageální reflux (GER). Cílem prezentace je zhodnocení konverze SG na R-Y gastrický bypass (LRYGB) v letech 2013-2017.

Materiál a metody: ve sledovaném období bylo provedeno 17 konverzí SG na LRYGB. Indikací byly klinické příznaky GER, které byly velmi obtížně kontrolovány medikací. Mezi základní vyšetřovací metody patřilo gastrofibroskopické vyšetření a rtg žaludku.

Výsledky: Rozebrány příčiny a tíže GER. Souběžně s vývojem GER dochází u pac. ke stagnaci redukce hmotnosti nebo k jejímu opětovnému narůstání. V části případů se jednalo o neošetřenou hiátovou hernii, dále pak o následek vlastního primárního výkonu – SG

Ve sledovaném období byli všichni operovaní bez refluxu/pyrozy, obnovila se redukce hmotnosti a zlepšily se i výsledky metabolické.

Závěr: Revize po sleeve gastrektomii narůstají a lze očekávat ještě rychlejší vzestup počtu těchto výkonů. Konverze na gastrický bypass se jeví jako nejlepší volba. Dosáhneme opětovného poklesu hmotnosti, vyřešení GER a zlepšení metabolického efektu.

MUDr. Michal Čierny, CSc.

Selekce pacienta anebo selekce operace?

autoři: Michal Čierny

Chirurgické odd. Nemocnice Břeclav

Úvod:

1/ Selekcce pacientů. Prokazatelné výhody bariatrické a metabolické chirurgie čerpá jen malý zlomek těžce obesní populace, přestože selekcce pacientů na základě indikačních kritérií je po celá desetiletí interdisciplinárně akceptována, a přesto, že medicínské kontraindikace nejsou četné.

2/ Selekcce operace. Konsenzuální shoda na neexistenci jedné ideální bariatrické či metabolické operace implikuje nutnost poskytování širšího spektra zákroků, k výběru optimální operace pro konkrétního pacienta.

Metodika:

Analýza historických dat z elektronické databáze V.O.L.O. (výsledky operační léčby obezity) a z literárních údajů.

Výsledky:

Popularita, resp. četnost jednotlivých zákroků bariatrické a metabolické chirurgie byla v minulosti ovlivněna více preferencí a možnostmi na straně poskytovatele, nežli objektivními faktory na straně postiženého pacienta.

Maximální medicínský i ekonomický přínos bariatrie je potvrzen u pacientů s metabolickým postižením, zejména u recentních diabetiků. Reálný podíl této podskupiny operovaných je ve sledovaném historickém souboru velice nízký.

Závěr:

Medicína důkazů umožňuje minimalizovat negativní selekci pacientů, maximalizovat

pozitivní selekci recentních diabetiků 2. typu a racionalizovat poskytováno operační léčby. Vyšší validitu dat lze získat pro potřeby plátce a organizátora zdravotní péče z širší databáze bariatrické a metabolické chirurgie.

HLAVNÍ PROGRAM**SLAVNOSTNÍ BLOK****ŠONKOVA PŘEDNÁŠKA**

T. Pelikánová (Praha):

Inzulínová rezistence**POZVANÝ HOST****prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.****Obezita a ledviny: od patofyziologie po možnosti léčby**autoři: Vladimír Teplan¹, Milan Lukáš²

¹ 1 Klinické a výzkumné centrum pro idiopatické střevní záněty a Centrum pro léčbu obezity ISCARE I.V.F.a.s., Praha a 1.LF UK, Praha / 2 Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Subkatedra nefrologie, Praha / 3 Katedra interních oborů Lékařská fakulta;

² Klinické a výzkumné centrum pro idiopatické střevní záněty a Centrum pro léčbu obezity ISCARE I.V.F.a.s., Praha a 1.LF UK, Praha

Řada studií prokazuje těsný vztah mezi obezitou a onemocněním ledvin. Může se jednat o přímé poškození při obezitou indukované nefropatii či léze spojené s hypertenzí a diabetem. Mechanismus, kterým obezita vede k poškození nefronů v ledvinách, není dosud plně objasněn, jedná se nepochybně o kombinaci vlivu hemodynamických, metabolických a místně zánětlivých. Léčebné postupy jsou zaměřeny jak na ovlivnění obezity, tak na léčbu přidružených rizikových faktorů jako je hypertenze, diabetes a hyperlipidemie. Omezení příjmu energie ve stravě a zvýšená fyzická aktivita představují první doporučení pro obézní pacienty. Do terapie obézních nefrologických nemocných, u nichž dietní a cvičební program není účinný, patří postupy snižující příjem stravy zákroky, které jsou buď endoskopické (především zavedení intragastrického adjustabilního balonu) nebo chirurgické. Výkony bariatrické chirurgie jsou u nefrologických nemocných včetně transplantace ledviny pro zvýšené riziko vodní a elektrolytové dysbalance indikovány ve speciálních případech, především u komplikované závažné obezity před transplantací, ale jejich počet celosvětově roste

Klíčová slova: obezita-nefropatie-dieta-endoskopie-bariatric

Publikace: Teplan V, Lukáš M, Beňo P, Lukáš Mil. Obezita a ledviny. Gastroenterologie a hepatologie 2017;71,5:v tisku

BLOK I**prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA****Životní styl českých pacientů v praxi – je naše edukace efektivní?**autoři: Štěpán Svačina¹, Gabriel Pallay²¹ 3. interní klinika VFN a 1.LF UK; ² ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s. – lékárny Dr. Max

Úvod: Jaký je aktuální životní styl pacientů (dietní zvyklosti, fyzická aktivita a kouření) bylo zjišťováno strukturovaným dotazníkem u pacientů přicházejících s receptem do lékárny ve 2. polovině roku 2016.

Soubor a metoda: Bylo vyšetřeno 27 121 přicházejících konsektivně do 366 lékáren s receptem ve 2. - polovině roku 2016.

Výsledky: Třetina pacientů byla ve věku 60+, třetina ve věku 40 až 60 let a jedna třetina pod 40. Obezita byla přítomna u 26% pacientů, kouření u 27% fyzická aktivita nad 30 minut 3 x týdně byla přítomna u 25% mužů a 29% žen. Denní konzumace zeleniny byla přítomna jen u 23% pacientů (28% žen a 16% mužů). Nejnižší příjem zeleniny byl u kuřáků. Velmi nízký příjem zeleniny byl u obézních s BMI nad 30. Hypertonici konzumovali více zeleniny. Lepší životní styl byl tedy přítomen u pacientů s hypertenzí. Horší výsledky byly přítomny u podskupiny diabetiků obecně.

Závěr: Stav edukace českých pacientů s obezitou je u nás zatím neuspokojivý a to platí i pro skupinu diabetiků. Je nejasné, zda tento stav je dán špatnou edukací či horší spoluprací pacientů.

MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.**Manažment pacientov s adipozopatickou dyslipidémiou**

autoři: Ľubomíra Fábryová

MetabolKLINIK s.r.o. Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy, Bratislava, Slovenská republika

Jednou z hlavných metabolických komplikácií dysfunkčného tukového tkaniva je adipozopatická dyslipidémia. Charakterizuje ju koexistencia kvantitatívnych a kvalitatívnych zmien v metabolizme lipidov a lipoproteínov, ktoré vedú k zvýšenej aterogenicite plazmy: zvýšená koncentrácia triacylglycerolov a na apoC-III bohatých VLDL častíc, zatiaľ čo hodnoty celkového a LDL-cholesterolu bývajú normálne, avšak s prítomnosťou modifikovaných malých denzných LDL častíc. Konštantnou súčasťou adipozopatickej dyslipidémie sú aj kvantitatívne a kvalitatívne zmenené HDL častice so stratou kardioprotektivity, ako aj zvýšená koncentrácia remnantných lipoproteínových častíc s prítomnou postprandiálnou hyperlipidémiou. Každá zložka adipozopatickej (aterogénnej) dyslipidémie predstavuje zvýšené riziko rozvoja aterosklerózy, ako aj zvýšené riziko rozvoja kardiovaskulárnych ochorení.

Aké sú naše možnosti ovplyvnenia dyslipidémie súvisiacej s nadhmotnosťou /obezitou?

V súčasnosti sa väčšina odporúčaní zameriava na diétne a režimové opatrenia ako súčasť ovplyvnenia nepriaznivého lipidového spektra u osôb s nadhmotnosťou/obezitou. Ďalšou možnosťou je využitie dostupných antiobezitík (kombinácia naltrexon-bupropion), ako aj využitie bariatrickej/metabolickej chirurgie.

Pokiaľ nedosiahneme cieľové hodnoty lipidového spektra pri vyššie uvedenom manažmente obéznych pacientov s adipozopatickou dyslipidémiou, tak k dispozícii máme armamentárium hypolipidemík (statíny a nestatínové hypolipidemiká: ezetimib, fenofibrát, omega-3 mastné kyseliny, PCSK9 inhibítory). Vo vývoji sa nachádza veľa nových liekov ovplyvňujúcich metabolizmus triacylglycerolov a HDL častíc. Najzaujímavejšími látkami však budú tie, ktoré budú zamerané na nový cieľ liečby metabolických ochorení súvisiacich s obezitou - na ovplyvnenie dysfunkčného tukového tkaniva.

MUDr. Karin Doležalová

Operace u obézních nemocných – co očekávat?

autoři: Karin Doležalová

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

Koncem minulého tisíciletí byly vyšší stupně obezity prakticky absolutní kontraindikací elektivních laparoskopických operací. Rozvoj, úspěchy a především bezpečnost bariatrických operačních zákroků zajišťovaných v prvních letech pouze limitovaným počtem internistů, anesteziologů, intenzivistů, chirurgů i dalších specializací postupně vedly k dnešnímu vnímání laparoskopie naopak jako žádoucího a vhodného operačního postupu u pacientů s vysokými stupni obezity. Ze své podstaty totiž laparoskopie usnadňuje jak samotné technické provedení výkonu, je také spojena s nižší operační zátěží pro nemocného a navíc urychluje i pooperační rekonvalescenci, která je v průměru, ve specializovaných centrech, 3,8 dne.

Autorka názorně prezentuje základní principy závazných doporučení pro nutné zajištění bariatrické chirurgie z pohledu operačně-technického (technické vybavení operačního sálu), z pohledu rizik anestézie u pacientů s obezitou 2. a 3. stupně, bariatricko-chirurgické erudice a specifík přístupu do dutiny břišní u obézních a provedení operace samotné. Prezentuje také standardy profylaxe a prevence některých rizikových stavů. Bariatrické a metabolické operace jsou srovnatelně bezpečné s běžnou laparoskopickou operativou u stejně staré neobézní populace, například s laparoskopickým odstraněním žlučníku pro cholecystolitiázu. V absolutní výši (počtech) perioperačních komplikací na určitý počet operantů nepřesahuje peroperační a časná pooperační mortalita v celosvětových statistikách 0,2%, a celková morbidita je nižší než 10%, a počet reoperací u většiny operací nepřesahující 7%, což je velkým úspěchem v léčbě obézních, protože k operacím přicházejí v mnohem vyšší frekvenci primárně velmi rizikovní, polymorbidní nemocní s ASA II a ASA III.

I přesto je operační léčba obezity spojena s minimálním počtem komplikací.

prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

Lipopolysacharid vázající protein a intestinální izoforma proteinu vázajícího mastné kyseliny: efekt plikace žaludku a implantace duodeno-jejunálního rukávu v kontextu systémového a lokálního zánětu tukové tkáně

autoři: Anna Cinkajzlová¹, Zdeňka Lacinová¹, Jana Kloučková¹, Petra Kaválková², Helena Kratochvílová¹, Miloslava Čechová¹, Renata Pavlovičová¹, Pavel Trachta³, Jarmila Křížová³, Karin Doležalová⁴, Martin Fried⁴, Marek Beneš⁵, Zuzana Vlasáková⁶, Terezie Pelikánová⁶, Miloš Mráz⁷, Martin Haluzík⁸

¹ Centrum experimentální medicíny, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha / Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha; ² Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha; ³ 3. interní klinika – Klinika endokrinologie a metabolismu, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha; ⁴ Oddělení chirurgie, OB klinika, Praha; ⁵ Klinika hepatogastroenterologie, Transplantcentrum, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha; ⁶ Klinika diabetologie, Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha; ⁷ Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha / Klinika diabetologie, Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha; ⁸ Centrum experimentální medicíny, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha / Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha / Endokrinologický ústav, Praha

Úvod: Pozměněný střevní mikrobiom, zvýšená propustnost střeva nebo změny jeho sekretorických funkcí jsou považovány za významné rizikové faktory přispívající k rozvoji inzulinové rezistence, subklinického zánětu a diabetes mellitus 2. typu u obézních pacientů. Cílem této studie bylo stanovení lipopolysacharid vázajícího proteinu (LBP) jako markeru cirkulujících hladin lipopolysacharidu a intestinální izoformy proteinu vázajícího

masné kyseliny (FABP-2) jako markeru propustnosti střeva v návaznosti na zastoupení makrofágů (CD14+HLA-DR+ buněk) a lokální expresi zánětlivých parametrů v subkutánní tukové tkáni.

Metodika: Do studie bylo zařazeno celkem 30 obézních pacientů s T2DM (15 pacientů po plikaci žaludku (GP) a 15 pacientů po zavedení duodeno-jejunálního rukávu (DJBL)) a 10 zdravých jedinců tvořících kontrolní skupinu (KO). Stanovení se prováděla před intervencí, 1 měsíc a 6 měsíců (GP) nebo 10 měsíců (DJBL) po intervenci.

Výsledky: Bazálně měli pacienti podstupující GP a DJBL oproti KO skupině zvýšené hladiny hsCRP ($3,3 \pm 1,1$ a $3,5 \pm 0,8$ vs. $0,7 \pm 0,3$ mg/l, $p=0,002$) a LBP ($15,4 \pm 1,1$ a $14,0 \pm 1,5$ vs. $9,8 \pm 0,7$ $\mu\text{g/ml}$, $p=0,002$), zatímco hladiny FABP-2 se nelišily. Kromě snížení tělesné hmotnosti (BMI $42,4 \pm 1,3$ vs. $36,0 \pm 1,3$, $p<0,001$ pro GP a $42,5 \pm 1,0$ vs. $38,7 \pm 1,2$, $p<0,001$ pro DJBL), HbA1C ($60,1 \pm 4,5$ vs. $43,9 \pm 2,0$ mmol/mol, $p<0,001$ pro GP a $72,1 \pm 5,0$ vs. $52,6 \pm 3,8$ mmol/mol, $p<0,001$ pro DJBL) a hsCRP ($3,3 \pm 1,1$ vs. $1,3 \pm 0,3$ mg/l, $p=0,040$ pro GP a $3,5 \pm 0,8$ vs. $2,0 \pm 0,3$ mg/l, $p=0,069$ pro DJBL) došlo po intervenci u obou skupin ke snížení makrofágů v tukové tkáni ($26,8 \pm 2,7$ vs. $15,4 \pm 2,0$ %, $p=0,008$ pro GP a $21,0 \pm 2,1$ vs. $13,3 \pm 1,9$ %, $p=0,027$ pro DJBL), zatímco efekt na hladiny LBP a FABP-2 nebyl prokázán.

Závěr: Plikace žaludku i implantace duodeno-jejunálního rukávu byly asociovány s redukcí systémového i lokálního zánětu v tukové tkáni. Přestože zvýšená propustnost střeva a mikrobiální produkty v cirkulaci mohou přispívat k těmto stavům, nevedly zkoumané intervence ke změnám LBP a FABP-2.

Podporováno: RVO VFN64165, MH CZ – DRO (Institut pro klinickou a experimentální medicínu – IKEM, IN 000023001) a 15-27863A.

BLOK II**Mgr. Markéta Kubinová****Rysy osobnosti – 13. komnata obézních pacientů***autoři: Markéta Kubinová, Barbora Pešková, Karel Riegel, Martin Matoulek**3. Interní klinika VFN a 1.LF UK*

Úvod: Vlastnosti osobnosti lze definovat jako stabilní, základní dimenze osobnosti, ovlivňující myšlení a chování jedince v různých situacích. V závislosti na této definici se lze domnívat, že osobnostní charakteristiky mohou ovlivňovat alespoň částečně životní styl a jídelní chování jedince, potažmo obezitu. V současnosti existuje množství výzkumů prokazujících rozdílnost v osobnostních charakteristikách mezi jedinci obézními a normální populací. Na podkladě dosavadních poznatků byl sestaven výzkum s cílem mapování osobnostních rysů v souvislosti s BMI u obézních pacientů léčených na 3. Interní klinice 1. LF UK a VFN.

Metody: Pro sledování rysů osobnosti bylo využito Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID-5), který disponuje českou verzí. Jedná se o sebeposuzující inventář tvořený 220 položkami hodnocenými na Lickertově škále od 0 do 3, kde je hodnocena přiléhavost daného tvrzení (0=zcela nepravdivé nebo částečně nepravdivé, 1=někdy nebo částečně nepravdivé, 2=někdy nebo částečně pravdivé; 3=zcela pravdivé nebo částečně pravdivé). Skóry jsou využity k výpočtu pěti oblastí, zahrnujících 25 aspektů osobnostních rysů. Výzkumný vzorek tvořili pacienti obezitologické ambulance a 3. Interní kliniky VFN a 1.LF UK z let 2016-2017 (N=100).

Výsledky: Na podkladě dosavadních výzkumů očekáváme vyšší výskyt maladaptivních osobnostních rysů ve smyslu obsesivně kompulzivních charakteristik, perfekcionismu a impulzivnosti.

Závěr: Příspěvek shrnuje dosavadní výsledky sledování osobnostního profilu pacientů obezitologické ambulance a 3. Interní kliniky VFN a 1.LF UK 2016-2017 (N=100).

Limity: Sledování pouze úzkého vzorku obézní populace, která z různých důvodů vyhledala pomoc odborníků, limituje aplikaci poznatků výzkumu.

prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.**SADI-S jako druhý krok po sleeve gastrectomy***autoři: Mojmír Kasalický^{1,2}, Eva Koblihová², Jaroslav Pažin²**¹ Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN, Praha; ²Fakulta zdravotnictva a sociální práce, Trnavská Univerzita, Trnava;*

Úvod: Ideální univerzální bariatrická metoda zatím neexistuje. Od roku 2014 je v současnosti nejpopulárnější metodou sleeve gastrectomy (SG) k chirurgické léčbě morbidní obezity a diabetu druhého typu. Dle Angrisaniho bylo v roce 2015 na celém světě provedeno téměř 500 tisíc bariatrických operací. Z tohoto počtu operací byla nejčastější metodou v 51,7 % sleeve gastrectomy (SG), v 26,8 % Gastrický bypass (GBP), gastrických bandáží bylo provedeno již jen 9,5 %. Asi u třetiny obézních nemocných po SG nedochází k uspokojivému zlepšení DM2. V tom případě je doporučováno jako druhý krok provést gastrický bypass, Duodenální switch nebo nově operaci typu SADIS (Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass with Sleeve gastrectomy). Principem operace je u pacienta se SG přerušit duodena 5 cm za pylorem a obnovit kontinuitu trávicího traktu pomocí end-to-side duodenoileální anastomosis, která je ve vzdálenosti 250 cm od céka.

Metoda: SADI-S se v Česku provádí od roku 2012. Na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN Praha bylo od ledna 2012 provedeno celkem 36 těchto operací buď v jedné, nebo ve dvou dobách.

Materiál a výsledky: V souboru bylo 22 žen a 14 mužů s DM2. 13 nemocných mělo terapii PAD + Insulin, 21 mělo PAD a dva pouze dietu. U všech nemocných, kteří byli jen

na PAD terapii, nebo dietě, došlo ke kompletní remisi DM2. U ostatních došlo k velmi výraznému zlepšení DM2.

Závěr: SG je bariatrická restriktivně-hormonální metoda, po které dochází ke snížení objemu přijímané stravy a k změnám v hladinách inkretinů, především ghrelinu. V případě, že po SG nedojde k uspokojivému zlepšení T2DM, lze u nemocného provést malabsorpční bypassovou operaci typu SADI-S.

Studie byla podpořena IP MO1012

MUDr. David Michalský

Diference v poklesu hmotnosti po plikaci žaludku u diabetiků a nediabetiků

autoři: David Michalský¹, Robert Hvižd², Katarína Šuta Kimle², Ellen Konečná²

¹ 1. chirurgická klinika VFN, Praha / OB Klinika, Praha; ² 1. chirurgická klinika VFN, Praha

Úvod: Při léčbě obezity, ať už konzervativně nebo chirurgicky, obecně platí, že pokles hmotnosti je u skupiny diabetiků v průměru nižší než u nediabetiků. U většiny metabolicko/bariatrických operací je ale standardním objektem zájmu spíše jejich vliv na zlepšení glukózové homeostázy diabetických pacientů, než zjištění, k jakému průměrnému poklesu hmotnosti u této skupiny pacientů, ve srovnání s nediabetiky, dochází. Pokud však chceme indikovat obézní diabetické pacienty k operacím, které je mají zbavit nadváhy zároveň s vylepšením glukózové homeostázy, měli bychom také vědět, jaký výsledný pokles hmotnosti můžeme očekávat. Znalost této zcela zásadní informace by měla pomoci jak indikujícímu chirurgovi, tak pacientovi ve výběru vhodné metabolicko /bariatrické operace.

Metodika: Do souboru bylo zařazeno 100 pacientů, kteří byli rozděleni na dvě skupiny-skupina 50 nediabetiků a skupina 50 diabetiků, u kterých byla provedena laparoskopická plikace žaludku jako primární bariatrický výkon. Interval sledování byl 12 měsíců. V pooperačních intervalech 3, 6, 9 a 12 měsíců byla zaznamenávána hmotnost a z ní byl vypočten procentuální pokles nadbytečného BMI (%EBL) a procentuální pokles výchozí hmotnosti (%TWL).

Výsledky: Ve skupině nediabetických pacientů bylo v intervalu 3, resp. 6, 9 a 12 měsíců od operace dosaženo 32, resp. 50, 57, 59 %EBL a průměrný 19,4 %TWL. Ve skupině diabetických pacientů bylo ve stejných intervalech dosaženo 27, resp. 37, 37, 39 %EBL a průměrný 14,2 %TWL.

Závěr: Laparoskopická plikace žaludku je sice bezpečnou a účinnou bariatrickou operací, která ale bude mít, jako čistě restriktivní operace, vždy nižší výsledný pokles hmotnosti než sleeve gastrektomie nebo RYGB, stejně jako bude mít nižší vliv na úpravu přítomných metabolických komorbidit. Cílem této práce je poukázat na nutnost určité indikační selekce u plikací žaludku v případě obézních diabetických pacientů.

MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

Telemedicína v obezitologii – dobrý sluha ale špatný pán!

autoři: Martin Matoulek, Ondřej Kádě, Martina Daňková, Aneta Sadílková, Aneta Hásková, Vladimír Tuka

3. interní klinika VFN a 1.LF UK

V současné době je zdravotnický systém vystaven mnoha novým výzvám. Dochází k demografickým změnám, rozvoji nových technologií, stěhování obyvatelstva. S rozvojem nových technologií se na pole poskytování zdravotní péče dostává také telemedicína a eHealth.

Telemedicína je definována jako poskytování zdravotnických služeb na dálku a pod tímto pojmem se rozumí široké spektrum různých aplikací. Existují dvě základní oblasti poskytování služeb na dálku. Za první aplikace umožňující sledování pacienta v reálném čase, např. formou videohovorů, on-line přenosu dat o tepové frekvenci / jednosvodového EKG záznamu z hrudního pásu přes „chytré“ telefony; a za druhé aplikace fungující asynchronně, např. ukládáním fyziologických dat (hmotnost, krevní

tlak, glykémie, záznamy tepové frekvence z cvičebních jednotek apod.) z domácího monitorování a jejich následný přenos do databáze ve zdravotnickém zařízení nebo rekondičním centru. Většina současných telekomunikačních systémů je založena na automatické nebo semiautoamtické odpovědi, která je u většiny obézních nesprávná. Zasílání jídelníčku a vyhodnocování elektronicky osobně je jen mírné vylepšení automatické odpovědi a je zdrojem častých chyb.

Dobře nastavený monitoring energetického výdeje a pohybu s možností vlastního vyhodnocení vede ke zlepšení compliance a adherence k režimu a autoamtický zlepšení výsledků.

Klíčová je dostupnost a jednoduché ovládání. Systém nemůže nahradit nutričního terapeuta ani psychologa natož lékaře, ale včas a lépe dokáže odhalit chyby, kvantifikovat je, event. pomůže nalézt hlavní příčinu energetické nerovnováhy.

Pokud jsou data dobře zadána v posledním měsíci a současně budou zadána i některá anamnestická data, bude v budoucnosti velmi pravděpodobně možnost i predikovat reálný výsledek při navržené změně životního stylu. Pro možnost predikce je však nezbytné získat dostatek trénovačích dat redukčních režimů a na jejich základě sestavit predikční rovnici. Po nějakém čase a získání dalších dat bude predikční rovnice přepočítána podle reálných dat.

MUDr. Robin Urbánek

Od obezity k homozygotní familiární hypercholesterolemii – kazuistika

autoři: MUDr. Robin Urbánek

Lipidová a obezitologická ambulance, Zlín

V roce 2015 byla k léčbě obezity poslána pacientka nar. 1962, BMI 31. V osobní anamnéze kromě obezity přítomna navíc těžká ICHS, stp. PCI s implantací 2 stentů, porcelánová aorta a počínající stenóza aorty (2013). Odesílající kardiolog kromě redukce hmotnosti žádá také o spolupráci v léčbě těžké hypercholesterolemie. Pacientka je na kombinaci statin+ezetimib a tuto terapii pro myalgie špatně toleruje. Zahájena nutriční a pohybová intervence a současně retrospektivně procházíme anamnézu. Postupně se „rozvíjí“ až neuvěřitelný průběh onemocnění a vlastně příběh pacientky s familiární hypercholesterolemií, která stanovená již v roce 1980. V kazuistice je prezentován těžko uvěřitelný přístup předchozích ambulancí, kde sledována (lipidolog a postupně 3 kardiologové). Vše pak vyústilo v závažné postižení KV systému. V rámci další léčby v naší ambulanci doplněno genetické vyšetření (program MEDPED), zahájena terapie PCSK-9 inhibítorem a upravena stávající p.o. hypolipidemická léčba, kterou toleruje. Pacientce se daří redukovat 5 kg a pohybu se věnuje postupně až 300 min týdně (NW). Přes všechna opatření nedosahuje cílových hodnot lipidů a nakonec je nutné zahájit i LDL - aferezu.

G. Pallay (Praha):

Vnímání dyslipidemie u osob s BMI nad 40. Výsledek celostátního průzkumu v roce 2017.

(podporováno spol. ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s. – lékárny Dr. Max)

BLOK III**Bc. Lucie Uhlířová****Výzkum vlivu vybraných faktorů na úspěšnost redukce hmotnosti po plikaci žaludku***autoři: Bc. Lucie Uhlířová**OB klinika*

Úvod: Úspěšnost redukce hmotnosti po bariatrickém zákroku závisí na mnoha faktorech. Práce hodnotí některé faktory z pohledu možné maximalizace efektivity pooperační nutriční edukace.

Metoda: Hodnocen vzorek 44 pacientů, jež podstoupili v r.2013 plikaci žaludku a pooperačně docházeli na kontroly po dobu 3 let. Podle procentuálního hmotnostního úbytku z předoper. celk. váhy (TBW) byli pacienti rozděleni do 4 kvartilů. V 1. kvartilu byli pacienti s nejnižším hmotnostním úbytkem 2,15-9,28 %TBW. Do 2. kvartilu byli zařazeni pacienti s redukcí 9,36-14,98 %TBW. Třetí kvartil zahrnoval pacienty s redukcí 15,03-20,23 %TBW. Ve 4. kvartilu byli pacienti s nejvyšším procentem hmotnostního úbytku, 20,73-41,88 %TBW.

Analýzou záznamů byly vytipovány a hodnoceny faktory dodržování bariatrického režimu, které z empirického hlediska mohou mít největší vliv na redukci váhy, např. odměřování porcí, skladba jídla, objemy přijímaných tekutin, pravidelná pohybová aktivita atd.

Výsledky: Nejsilnější korelace s hmotnostními úbytky byla zaznamenána u faktoru pravidelné pohybové aktivity, 42,86 % pacientů s pravidelnou pohybovou aktivitou (PPA) bylo ve 4. kvartilu, zatímco v 1. kvartilu se vyskytovalo jen 4,76 % pacientů s PPA. Další silný vztah byl zaznamenán u faktoru dodržování správné skladby jídel – 47,37 % pacientů dodržujících „bariatrický talíř“ zaznamenalo nejvyšší hmotnostní úbytek. Naopak, signifikantně negativní výsledky byly zaznamenány při neodměřování porcí jídel. Žádný rozdíl jsme nezaznamenali při analýze vlivu frekvence návštěv nutriční a psychologické, u nich jsme neshledali rozdíly v souvislosti plánovaných návštěv. V obou skupinách byl obdobný počet pacientů s nejvyššími i nejnižšími hmotnostními úbytky.

Závěr: Pooperační redukci %TBW nejvíce ovlivnil faktor pravidelné pohybové aktivity, dodržování správné skladby jídla a poctivé odměřování porcí.

MUDr. Adam Trávníček**Srovnání restriktivních bariatrických operací***autoři: Adam Trávníček, Michal Čierny, Juraj Uchál**Nemocnice Břeclav p.o.*

Cíl: Výkony omezující kapacitu žaludku a omezující možnost příjmu většího množství potravy nazýváme restriktivní bariatrické výkony. Tyto zahrnují sleeve gastrektomii (SG), gastrickou plikaci (LGCP), bandáž (LAGB) a pod. Všechny tyto metody mají své indikace, výhody i omezení. Naším cílem bylo srovnat tyto metody s analýzou vlastních dat a porovnat je se zahraničím.

Soubor a metody:

Retrospektivní analýza souborů přibližně 300 LAGB, 400 LGCP, 400 SG. Zdroj www.volo.cz – databáze pacientů (2003-2016), jedná se o data z více pracovišť.

Výsledky:

U SG (19-66let, poměr ženy/muži 312/96) byl pokles BMI z 43.8 na 31.1 po 12 měsících, 20% DM2T zůstalo bez nutnosti další terapie, BAROS 5.42. U LGCP (19-69let, 308/69) byl pokles BMI z 43.1 na 34.3 po 12 měsících kdy pacienti začali opět přibírat, 17% DM2T bez nutnosti další terapie, BAROS 4.57 a u LAGB (18-69let, 233/62) pokles BMI z 43.0 na 37.5, u 3% DM2T bez nutnosti další terapie, BAROS bylo 2.73.

Po LAGB byla bandáž reoperací odstraněna z různých důvodů v 15%, po LGCP byla

nutná reoperace v 10%, po sleeve resekci žaludku v 7%.

Závěr:

Z uvedeného plyne, že pokud volíme restriktivní výkon, SG se jeví jako nejvýhodnější, má největší pokles BMI, nejlepší výsledky při DM2T, nejvyšší BAROS skóre a nejmíň reoperací i přes větší finanční náročnost. Má však i své omezení, např. GERD, zde je možno zvolit plikaci s fundoplikací (Khazzaka), ev bypass.

PhDr. Jitka Herlesová, Ph.D.

Změny BMI, příznaků deprese, kvality života a jídelních zvyklostí 6, 12 a 24 měsíců po bariatrické operaci

autoři: Jitka Herlesová, Dita Pichlerová

OB klinika

Úvod: Bariatrická a metabolická chirurgie je jednou z neúčinnějších metod léčby obezity. Psychologická péče před a po operaci je její nedílnou součástí.

Metodika: 346 pacientů prošlo psychologickým vyšetřením, podstoupilo bariatrickou operaci a souhlasilo se sledováním v 6, 12 a 24 měsících po zákroku. Vyhodnocena byla data z Anamnestického dotazníku Bariatrie, Dotazníku jídelních zvyklostí (TFEQ), Beckovy sebeposuzovací škály depresivity pro dospělé (BDI-II) a dvou dotazníků kvality života specifické pro obezitu (OWLQOL, WRSM).

Výsledky: Soubor před zákrokem tvořilo 81,79% žen (283), průměrný věk byl $44,26 \pm 11,48$ let, průměrné BMI $42,24 \pm 6,46$ kg/m², průměrná váha $121 \pm 23,85$ kg. Průměrné BDI-II bylo $13,19 \pm 8,5$, statisticky závažnější příznaky deprese měly ženy ($p < 0,001$). Ženy měly před operací vyšší skóre restriktce TFEQ ($p < 0,001$), nižší kvalitu života spojenou s psychickými ($p < 0,001$, dle OWLQOL) a fyzickými ($p < 0,05$, dle WRSM) aspekty obezity.

BMI se statisticky významně snížilo v 6 ($35,39$ kg/m², $p < 0,01$) a 12 měsících ($34,71$ kg/m², $p < 0,05$), zůstalo stabilní ve 24 měsících ($34,69$ kg/m²). Příznaky deprese (BDI-II) statisticky významně klesly v 6 měsících ($p < 0,001$) a začaly mírně stoupat ve 12 ($p < 0,001$) a 24 měsících ($p < 0,001$). Podobný průběh jako u BDI-II byl zjištěn ve fyzické kvalitě života. Psychická kvalita života se zvyšovala v 6 ($p < 0,001$) i 12 měsících ($p < 0,001$), ve 24 měsících se mírně snížila ($p < 0,001$). Jídelní restriktce se zlepšila v 6 ($p < 0,001$) a mírně zhoršila ve 24 měsících ($p < 0,001$). Disinhibice v jídle významně klesla v 6 ($p < 0,001$) a mírně stoupla ve 24 měsících ($p < 0,001$). Podobný průběh jako u disinhibice byl zjištěn u skóre hladu. I přes zhoršení některých sledovaných parametrů ve 24 měsících tyto změny nedosáhly předoperačních hodnot.

Závěr: Nejzásadnější pozitivní změny probíhaly v prvních 6 měsících po zákroku, přetrvávaly v prvním roce, ale mezi prvním a druhým rokem docházelo k jejich mírnému zhoršení.

RNDr. Valéria Regecová

Nadhmotnost a obezita u dětí. Výsledky WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) na Slovensku

autoři: Valéria Regecová¹, Ľubica Tichá²

¹ Ústav normálnej a patologickej fyziológie Slovenská akadémia vied, Bratislava; ² Detská klinika Lekárkej fakulty Univerzity Komenského a Detská fakultná nemocnica Bratislava

Ciel': Cieľom práce bolo zistiť prevalenciu nadváhy, obezity a centrálnej obezity u školopovinných detí vo veku 7 – 7,99 rokov s použitím medzinárodných noriem indexu telesnej hmotnosti (WHO, IOTF) ako aj referenčných údajov utvorených na základe Celoštátneho antropometrického prieskumu z r. 2001. Okrem toho sme analyzovali trendy a rozdiely v prevalencii obezity medzi vybranými európskymi krajinami a regiónmi Slovenska.

Súbor a metódy: Antropometrické vyšetrenia sa uskutočnili v rámci medzinárodného projektu "Childhood Obesity Surveillance Initiative" (COSI) podľa príslušných inštrukcií prostredníctvom 36 Regionálnych úradov verejného zdravotníctva (RÚVZ) v novembri, decembri 2015 a v januári 2016, v základných školách na celom území SR, z čoho 55 % bolo z vidieka. Telesnú výšku, hmotnosť, obvody pása a bokov merali zaškolení pracovníci z RÚVZ. Z celkového počtu 2 943 sme do analýzy zahrnuli 2 793 detí, 150 bolo vyradených pre nezodpovedajúci vek, alebo ak mali hodnoty antropometrických parametrov (AP) mimo rozsahu SDS < -5 resp. > 5. Z priamo meraných AP sme vypočítali index telesnej hmotnosti (BMI) a index centrality (IC). Údaje sme analyzovali v programoch LMSGrowth a STATGRAPHICS®Centurion XVI, štandardnými metódami (ANOVA, chí-kvadrát).

Výsledky: Podľa kritérií WHO bola prevalencia nadváhy a obezity u chlapcov 17,1% a 14,8 % významne vyššia ($p < 0,001$) v porovnaní s dievčatami (15,1%, resp. 11,1 %). Použitím definície IOTF bol podiel nadváhy v rozpätí 12,6 % (chlapci) – 13,8 (dievčatá) a podiel obezity 8,1 % – 8,8 %, bez rozdielov medzi chlapcami a dievčatami. Prevalencia obezity určená podľa slovenských noriem BMI sa nelíšila od IOTF, ale prevalencia nadváhy bola významne nižšia (9,9 %, resp. 7,5 %). Trend nárastu obezity na Slovensku vyvrcholil počas dekády 2001 – 2011, ale v súčasnosti nepokračuje a jej podiel sa v posledných 6 rokoch nezmenil. Najnižší výskyt obezity sme zaznamenali v Bratislavskom kraji a všeobecne vo väčších mestách.

Záver: Diskrepancie v prevalencii nadváhy / obezity, stanovených na základe rôznych kritérií, môžu byť spôsobené nekonzistenciou hraničných hodnôt u dievčat a chlapcov a tiež rozdielmi v telesnej stavbe detí daného veku príslušných populácií, na základe ktorých boli normy utvorené.

MUDr. Michal Čierny, CSc.

Bariatrické operace a spánková apnoe

autoři: Michal Čierny¹, Martin Drajna², Adam Trávniček¹, Juraj Uchál²

¹ Chirurgické odd. Nemocnice Břeclav; ² Plicní odd. Nemocnice Břeclav

Úvod:

Syndrom spánkové apnoe (OSA) je závažným, s obezitou úzce souvisejícím onemocněním, kterého prevalence bývá podhodnocena. Údaje o postbariatrické úpravě či vymizení spánkových poruch dýchání se často různí.

Metodika:

Retrospektivní analýza 13-ti letých údajů rok a více po operaci u 1200 pacientů operovaných prvním autorem. Z celkového souboru byli vyřazeni zahraniční samoplátci a pacienti ztraceni ze sledování. Klasifikace pooperačního vývoje OSA dle systému B.A.R.O.S. (t.j. zhoršení - stejné - zlepšení - vymizení). Zdroj: databaze V.O.L.O. (www.volo.cz).

Výsledky:

867 tuzemských pacientů mělo záznam o kontrole rok po některé z bariatrických operací: LAGB (bandáž), LGCP (Plikace), LSG (Sleeve), RYGB anebo MGB/OAGB (gastrický bypass).

Předoperačně bylo OSA identifikováno u 50 z 867 pacientů (5.8%). Žádný z 50 pacientů s OSA nebyl k bariatrické operaci odeslán přímo ze spánkové laboratoře za účelem komplexního řešení problému s obezitou.

Rok po operaci bylo konstatováno "zlepšení" a "vymizení" OSA u 78% operovaných. Nejvyšší podíl "vymizení" a "zlepšení" OSA byl pozorován po gastrických bypasech.

Podle literárních údajů je prevalence OSA mnohonásobně vyšší (mezi 70%- 80%) ale účinek bariatrie je srovnatelný s tuzemskými daty.

Závěr:

Z historických údajů jednoho pracoviště plyne, že výskyt OSA u bariatrických pacientů je

u nás podhodnocen, a že efekt chirurgické léčby tohoto interního onemocnění není adekvátně využit, analogicky jako je tomu u chirurgické léčba diabetu 2. typu. K vyšší míře racionalizace veřejně hrazené zdravotní péče by přispěla celonárodní, či multcentrická databáze pooperačního průběhu v bariatrii, resp. společný zájem odborné veřejnosti o snížení nákladovosti v celém systému.

BLOK IV - Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků**PhDr. Iva Málková****Z impulsivního jedlíka uvážlivým labužníkem***autoři: Iva Málková**STOB, Praha*

Úvod: Velkým problémem řešení problematiky obezity, a zejména udržení váhových úbytků je fakt, že se terapeuti zaměřují při léčbě často pouze na znalosti o výživě. Nevěnují dostatek pozornosti psychickým příčinám, kdy pacienti konzumují potraviny navíc oproti plánu v důsledku impulsivního emocionálního jedení.

Metodika STOBu: S psychologickými faktory pracuje metodika STOBu již desítky let. Vychází z vědecky podložených studií a je ověřená desítkami tisíc účastníků kurzů rozumného hubnutí. Metodika vychází z kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT) a je obohacena o přístupy mindfulness (všímavosti), a zejména mindful eating (vědomého jedení). Je popsána v tištěných materiálech – v knize Já zhubnu – či v online kurzu Hubnutí na míru se STOBem, uplatňuje se i v kurzech rozumného hubnutí.

Důvodem jídla navíc bývá nejčastěji buď reakce na vnější spouštěče (vůně jídla, přítomnost jídla apod.), nebo napodmiňované automatické jedení v důsledku vnitřních emocí (stres) a myšlenek (zanechání diety). Práce s emocemi má několik kroků:

- Uvědomění si tělesných projevů a emoce – pojmenování emoce a její následné přijetí
- Vědomá pauza před konzumací chtěné potraviny
- Ohodnocení intenzity hladu a chutě před emočním jedením
- Vědomé a kvalifikované rozhodnutí o konzumaci potraviny sloužící k vyřešení emoce (za použití strategií - vědomá pauza, rozlišení hladu a chuti, metoda vystavení, emoční předpověď, vědomé jedení, relaxační techniky, práce s dechem apod.)

Závěr: Při rozhodování, jakou potravinu vložit do úst, hrají u lidí s problémy s váhou často větší roli emoce než znalosti o výživě. Kromě plánování jídelníčku je třeba předvídat i výskyt rizikových situací, které provokují obézni k jídlu navíc, a trénovat strategie vedoucí k jejich zvládnutí. Výběr potravin a pokrmů je třeba kromě zvyšování nutričních znalostí ovlivňovat i prostřednictvím práce s emocemi, soustředit se tedy nejen na to, co jíst, ale také proč a jak jíst.

MUDr. Kateřina Bednaříková**Lze obézni děti ještě nadchnout pro pohyb? Aneb smysl či nesmysl pobytové léčby.***autoři: MUDr. Kateřina Bednaříková, Markéta Bednaříková, DiS, a spol.**DL Křetín*

Představení komplexní péče o dítě s obezitou v Dětské léčebně Křetín s důrazem na pestrou pohybovou aktivitu.

Preferujeme v rámci péče o děti s nadváhou a obezitou individuální a zároveň komplexní přístup. Snažíme se respektovat potřeby každého dítěte jako svébytného jedince a zároveň mu nabídnout celou paletu péče zahrnující jak nutriční poradenství, tak pohybové aktivity i psychologické intervence, to vše v rámci vhodných režimových opatření.

Mezi cíle během pobytu v DL Křetín patří změna dosavadních stravovacích návyků dětí i celé rodiny, zavedení pravidelné pohybové aktivity, která je baví.

Závěr: Je třeba si uvědomit, že i po opuštění léčebny je vhodné pokračovat ve stanoveném režimu i v domácím prostředí a je nutné do programu zahrnout širší rodinu (rodiče, prarodiče) a v neposlední řadě se počítá vedle kontrol u PLDD i s pravidelnými návštěvami odborných poraden.

doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Výsledky realizace prvního roku projektu MZČR Aplikace metodiky krátkých intervencí v praxi

autoři: Lidmila Hamplová¹, Soňa Jexová¹, Renata Procházková¹, Eva Marková¹, Jana Hlinovská¹, Marie Nejedlá²

¹ VŠZ, o. p. s.; ² SZÚ

Úvod

Metoda krátké intervence je doporučována WHO jako časově i ekonomicky nenáročná a akceptovatelná forma edukace cílových populačních skupin.

Metodika

Metoda krátké intervence je aplikována studentkami a studenty bakalářského studia oboru Všeobecná sestra denní formy studia do praxe v průběhu výkonu skupinové odborné praxe případně individuální praxe a studentkami a studenty kombinované formy bakalářského studia v rámci ošetrovatelské péče v průběhu výkonu povolání. Vysoká škola zdravotnická má uzavřeny smlouvy o zajištění odborné praxe s 23 zdravotnickými zařízeními zejména v Praze a ve Středočeském kraji, ale i po celé České republice. Příspěvek seznamuje s analýzou a vyhodnocením dat získaných v rámci realizace prvního roku projektu se zaměřením na provedené intervence v oblasti výživy a pohybové aktivity.

Výsledky

Příspěvek je věnován vyhodnocení dat získaných v rámci realizace prvního roku dvouletého projektu podpořeného Ministerstvem zdravotnictví České republiky, jehož nositelem je Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Projekt s názvem Aplikace metodiky krátkých intervencí v praxi mapuje existenci a zahrnuje intervenci v oblasti zjištěných rizikových faktorů životního stylu u pacientů zdravotnických zařízení po celé České republice.

Závěr

Metoda krátké intervence je velmi vhodná k zvýšení zdravotní gramotnosti pacientů ambulantních i lůžkových zdravotnických zařízení v oblasti zdravé výživy, pohybové aktivity, závislostí i prevence přenosu infekčních onemocnění.

MUDr. Tomáš Vařeka

Pohybová edukace u obézních jedinců s diabetes mellitus 2. typu

autoři: MUDr. Tomáš Vařeka¹, PhDr. Jitka Vařeková, PhD.², Bc. Milan Šlauf²

¹ IV. interní klinika VFN a 1.LF UK Praha; ² UK FTVS Praha

Úvod: Pohybová aktivita je důležitou součástí komplexní léčby u diabetes mellitus a má přímý vliv na prognózu onemocnění.

Cíl a metody: Cílem šetření bylo zkoumat vliv edukace pohybové aktivity na metabolické parametry a fyzickou zdatnost u obézních jedinců s diabetes mellitus 2. typu. V diabetologické ambulanci byli vybráni 4 probandi s DM 2. typu léčení PAD, průměrný věk 60 let, BMI 37,25 kg/m². S nimi byla individuálně provedena edukace pohybové aktivity tělovýchovným specialistou, vytvořen osobní plán (chůze 30 minut rychlostí 4 km/h 3–4x týdně) a zaveden tréninkový deník. Doba sledování byly 3 měsíce. Metodami sběru dat byly: standardizovaný dotazník IPAQ short version, chodecký test dle Stejskala (hodnotící fyzickou zdatnost na základě srdeční frekvence), antropometrické parametry a hodnocení vybraných laboratorních parametrů (glukózová homeostáza, lipidogram). Během sledování byli pacienti v pravidelném telefonickém, e-mailovém, popřípadě i osobním kontaktu a konzultovali průběžně svůj stav.

Výsledky: Pacienti subjektivně hodnotili pozitivně zařazení edukace pohybové aktivity do své léčby. Jeden proband testování nedokončil (sám přerušil z důvodů pracovního vytížení). Zbývající tři dosáhli po třech měsících lepších výsledků v chodeckém testu a zvýšení objemu pravidelné pohybové aktivity, avšak nedosáhli významného poklesu hmotnosti ani zlepšení v laboratorních parametrech.

Závěr: Zvýšení objemu pravidelné pohybové aktivity má význam v léčbě DM 2. typu a edukaci je důležité věnovat náležitou pozornost. Nicméně je potřeba delšího času, aby došlo i ke změnám v kompenzaci diabetu.

Klíčová slova: Diabetes mellitus 2. typu, obezita, pohybová aktivita, edukace, kompenzace diabetu.

BLOK V**prof. MUDr. Martin Fried, CSc.****Praktická doporučení po bariatrických výkonech: „Co je nového v roce 2017 (EASO/OMTF)“**autoři: *Martin Fried*

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

Úvod: Nově vydávaná Praktická doporučení po bariatrických výkonech byla vytvořena pracovní skupinou Obesity Management Task Force (OMTF) při Evropské asociaci pro výzkum obezity (EASO). I přesto, že naprostá většina autorů těchto doporučení je svými specializacemi obezitology, diabetology, endokrinology, nutričními terapeuty či psychology, doporučení jednoznačně konstatují že bariatrická chirurgie je dnes dlouhodobě nejúčinnější metodou léčby nemocných s vysokými stupni obezity a snižuje výskyt komorbidit a mortalitu.

Metodika: Doporučení jsou založena jednak na současných EB publikacích a také na existujících odborných závazných doporučeních, se zaměřením na otázky výživy po bariatrických operacích, pooperačního vývoje a léčby komorbidit, těhotenství, některých psychologických aspektů a možností, jak ovlivnit možný opětovný nárůst váhy.

Nutriční doporučení se soustřeďují zejména na pooperační příjem proteinů, vitamínů a minerálů a to jak v souvislosti s různými bariatrickými operacemi u diabetiků i nediabetiků, tak i v případech specifických pooperačních stavů, jako např. zvracení, průjmů, dumping syndromu a hypoglykemií. Doporučení se také týkají specifických úprav farmakoterapie po bariatrických výkonech.

Doporučení se zabývají specifickými postupy při těhotenství po bariatrických operacích, prenatálně i po porodu, stejně tak jako psychologickými aspekty pooperačního abusu alkoholu či poruch příjmu potravy.

V poslední části jsou shrnuty současné poznatky o prevenci váhových přírůstků po bariatrické léčbě.

Závěr: Bariatrická chirurgie je i v těchto „nechirurgických“, praktických doporučeních jednoznačně deklarována jako bezpečná a účinná léčba vyšších stupňů obezity. Nicméně, neustále rostoucí počet bariatrických operací v Evropě (několik set tisíc ročně) s sebou přináší i specifické požadavky na specializovaný pooperační přístup a terapeutické postupy tak, aby reflektoval specifika těchto pacientů.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**Asymptomatická uroinfekce u obézních diabetiků 2. typu**autoři: *Igor Karen¹, Štěpán Svačina², Jan Hendl³*¹ praktický lékař, Benátky nad Jizerou; ² 3. interní klinika VFN a 1.LF UK; ³ Fakulta sociálních věd UK

Úvod: Uroinfekce je běžnou komplikací diabetu 2. typu. Položili jsme si otázku na kolik souvisí její výskyt s obezitou a na kolik s kompenzací diabetu a věkem.

Soubor a metoda: Bylo vyšetřeno 99 diabetiků 2. typu přicházejících na standardní kontrolní vyšetření bez subjektivních symptomů uroinfekce. Za asymptomatickou uroinfekci byl pokládán výskyt 25 a více leukocytů na 1 ml moči. Průměrná délka trvání DM2 byla 8.7 let, glykemie 8.8 mmol/l, HbA1c 56.1 mmol/mol, CRP 11.4, leukocyty v moči 79.7 elem. per ml, BMI 30.02 kg/m² a věk 61 let. Mnohočetnou lineární regresí byl testován vztah přítomnosti infekce k věku BMI, glykemii a Hb A1c.

Výsledky: Uroinfekce byla prokázána u 28 pacientů. V mnohočetné lineární regresi nebyl zjištěn signifikantní vztah leukocyturie k věku a HbA1c. Dominantní signifikance byla zjištěna u BMI, který přispívá z 88% klasifikaci pacientů na pacienty s uroinfekcí a bez. Hraničně signifikantní vztah ke glykemii navyšuje schopnost klasifikovat jen na 88.9%

Závěr: Dominujícím faktorem, který ovlivňuje přítomnost uroinfekce u diabetiků je BMI, mírný vztah ke glykemii je pravděpodobně dán vlivem uroinfekce na akutní kompenzaci diabetu. Přítomnost uroinfekce není častější u pacientů s vyšším HBA1c. Přítomnost obezity je tedy klíčovým rizikovým faktorem pro přítomnost uroinfekce u diabetiků 2. typu a moč by měla u obézních diabetiků vždy pečlivě vyšetřována.

PhDr. Veronika Novotná
Pohyb jako návyk, vůle jako sval

autoři: Veronika Novotná

Jihomoravské dětské léčebny, přísp. org, DL Křetín

„Motivace je to, díky čemuž začnete, zvyk je to, díky čemuž budete pokračovat.“

Mnozí z nás jsou schopni si uvědomit negativní důsledky některých způsobů vlastního chování, ať už sami, protože je přímo pociťujeme, nebo s pomocí zpětné vazby od druhých. Nicméně i přesto, že uvědomění je velmi významným momentem na cestě ke změně, samo častokrát bohužel nestačí. Uvědomění je prvním krokem, který bývá velmi obtížný, a je nutná výrazná dávka motivace k tomu, učinit jej. Ovšem to, co obvykle oddělí ty úspěšné na cestě ke změně a ty, kterým se nedaří z dlouhodobé perspektivy změny dosáhnout, je každodenní rutina, tedy naše návyky. Při redukci tělesné hmotnosti, a zejména pak při udržení váhových úbytků, jsou to právě naše každodenní zvyklosti, jež sehrávají zásadní roli. A důležitou součástí této každodennosti je i míra fyzické aktivity. I přes obecnou známost tohoto faktu, je však pravidelné začlenění aktivního pohybu do životního stylu obtížné, především pak pro pacienta s nadváhou či obezitou. Jak se tedy vytvářejí pohybové návyky? A můžeme na základě těchto poznatků pomoci našim pacientům na cestě ke zdravějšímu životnímu stylu?

MUDr. Martin Bolek
Na velikosti (ne)záleží?

autoři: Martin Bolek, Pavol Holéczy

Chirurgické oddělení Vítkovická nemocnice .a.s., Ostrava

Cíl: Sleeve resekce žaludku, neboli jeho tubulizace je t.č. nejčastěji prováděným výkonem bariatrické/metabolické chirurgie. Technika operace se postupně standardizuje, přesto jsou ale rozdíly ve výsledcích. Cílem této práce je referovat o našich zkušenostech s měřením objemu resekovaného žaludku dle Weinera ve světle dosažené redukce hmotnosti.

Materiál a metody: pro retrospektivní analýzu jsme vybrali soubor 100 pacientů (22 mužů) operovaných od r. 2014, kteří byli sledováni alespoň 2 roky. Resekce byla prováděna za použití 36 F bužie. Objem resekátu jsme měřili metodou dle Weinera-naplněním resekátu fixovaného v oblasti začátku resekce (antrum) vodou. Pro účely této práce jsme rozdělili soubor na 3 podskupiny: 1. objem resekátu do 700 ml, 2. objem resekátu od 700 do 1000 ml, 3. objem resekátu nad 1000 ml. Sledovali jsme pokles hmotnosti, pokles nadměrné hmotnosti a pokles nadměrného BMI a srovnali výsledky v podskupinách.

Výsledky: Pokles hmotnosti v jednotlivých podskupinách byl v průměru (muži i ženy) za 2 roky 31-42 -42 kg, co představuje ve vyjádření % poklesu nadměrného BMI (%EBMIL) 61,75-76,50-64,05 %. Ve srovnání muži-ženy byl větší pokles hmotnosti absolutně i v %EBMIL na straně žen.

Závěr: Z našeho srovnání je patrné, že nejlepší výsledek byl dosažen ve skupině pacientů s objemem resekátu mezi 700 a 1000 ml. Analýza ukazuje a potvrzuje také fakt, že ve skupině 3, kde byl nejvyšší vstupní BMI, je redukce hmotnosti méně výrazná než ve skupině 2, i když byl větší objem resekátu. EBMIL i absolutní pokles hmotnosti byl nejnižší v 1. skupině s objemem resekátu pod 700 ml. Z uvedeného tedy vyplývá, že na velikosti záleží. Ale nejen na ní.

Mgr. Aneta Hásková

Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci – aneb čím to začíná

autoři: Aneta Hásková¹, Aneta Sadílková¹, Martina Daňková²

¹ 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze; ² 3. interní klinika a Klinika dětského lékařství 1. LF UK a VFN v Praze/

Pravidla redukčního režimu se u pacientů v přípravě na bariatrický zákrok a u pacientů, kteří k chirurgickému zákroku nesměřují, významněji neliší. Hlavním pilířem léčby stále zůstává racionální přístup v nastolení postupných změn jídelního chování.

Rozdílné se stávají převážně finální edukace nutričním terapeutem ohledně dodržování celoživotních změn jídelního režimu po vykonání bariatricko – metabolické chirurgie.

Stravovací režim během redukčního programu by měl co nejvíce kopírovat racionální stravování běžné populace. Výsledky přináší postupně nastolené kompromisy v jídelníčku, které napomáhají redukční režim dlouhodobě akceptovat. Konkrétní změny v režimu by měly vždy vycházet z dosavadních stravovacích zvyklostí pacienta.

V prezentaci budou zmíněny základní principy redukčního režimu a redukce hmotnosti. Nastíněna budou nejběžnější režimová opatření, vhodná skladba racionálního jídelníčku a rozložení jednotlivých živin, doporučení přijaté energie, ale i nejčastější chyby redukčních režimů. Součástí přednášky také bude kazuistika pacienta v rámci příprav na bariatrickou operaci – jeho jídelní návyky před výkonem, po intervenci nutričním terapeutem ale také po absolvování chirurgického zákroku.

Podpořeno z grantu MZ AZV 16-31932A.

BLOK VI**Mgr. Aneta Sadílková****Stravovací režim po bariatrickém zákroku – aneb operací to nekončí**autoři: Aneta Sadílková¹, Aneta Hásková¹, Martina Daňková²¹ 3. interní klinika 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a VFN Praha; ² 3. interní klinika a Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Bariatricko-metabolická chirurgie, pokud je vedena zkušeným týmem odborníků a je zajištěna adekvátní předoperační příprava pacienta, přináší nesporné benefity. Samotné provedení bariatrické operace však nezajistí dlouhodobé žádoucí výsledky. V klinické praxi se u pacientů setkáváme s typickým průběhem, kdy v prvním roce po operaci dochází k výraznému úbytku tělesné hmotnosti a zlepšení metabolických parametrů, v druhém a třetím roce je naopak patrná tendence k opětovnému nárůstu hmotnosti a zhoršení kompenzace metabolických onemocnění. Na tento vývoj může působit řada spolu úzce souvisejících faktorů - stagnace hmotnosti nastupující různě dlouhou dobu po operaci, pokles motivace pacienta k dlouhodobému dodržování režimu, postupné zvětšování porcí jídla, nevhodné jídelní návyky a skladba stravy, nedostatek pohybové aktivity či psychické problémy. Úlohou nutričního terapeuta je proto jak v předoperační přípravě, tak v pooperačním sledování upozorňovat pacienta na nutnost dodržovat stejné zásady racionální stravy, na které je kladen důraz v průběhu konzervativního redukčního režimu. Spolu s tím jsou vhodné opakované edukace ohledně specifík stravovacího režimu po bariatrické operaci, a to nejen s cílem podpořit hmotnostní úbytek, ale také zabránit vzniku nutričních deficitů. Pravidelně prováděné záznamy stravy samotným pacientem a opakované konzultace s nutričním terapeutem vedou u většiny pacientů k dlouholetému udržení tělesné hmotnosti, které po operaci dosáhli. V některých případech je rovněž nezbytné zapojit péči psychologa. Zmenšený objem žaludku po bariatrickém zákroku významně ovlivní pocit hladu a velikost porcí, chutě zapříčiněné různými podněty (senzorickými, emočními) zpravidla přetrvávají. Skladbu stravy, velikost porcí a celkový energetický příjem je tedy žádoucí monitorovat nejen v rámci konzervativního redukčního režimu před bariatrickou operací, ale i dlouhodobě u pacientů po operaci.

Podpořeno z grantu MZ AZV 16-31932A.

prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc.**Diagnostika obezity – funkční složení těla**

autoři: M. Kunešová, P. Kalousková, R. Braunerová, H. Zamrazilová, J. Pařízková, V. Hainer

Endokrinologický ústav, Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Praha

Diagnóza obezity je jednoznačně dána podle kritérií WHO hodnotou hmotnostního indexu (BMI 30). Přesnějším ukazatelem je obsah tukové tkáně v těle. K měření složení těla je v klinické praxi nejčastěji používána bioelektrická impedance (BIA), méně často antropometrické metody (obvody, tloušťka kožních řas). Přesnější metody jsou duální rentgenová absorpciometrie (DEXA), dále diluce deuteria, měření K40 nebo magnetická rezonance (MR), používané spíše ve výzkumu.

Normální obsah tukové tkáně v těle u mužů je do 20%, u žen do 30%, nadváha je u mužů obsah tuku do 24,9%, u žen do 34,9%. Obezita u mužů představuje tuk v těle 25% a u žen 35%. Různé metody umožňují stanovení dvou nebo více kompartmentů v těle (tuková tkáň x beztuková tělesná hmota; tuk, sval, kost, tělesné orgány). Přesnějším ukazatelem rizika nemocí spojených s obezitou je rozložení tukové tkáně, stanovené nejnáze měřením obvodu pasu, u dětí a nehomogenních populací poměrem pas/výška. Referenční metodou ke stanovení obsahu viscerálního tuku je MR nebo počítačová tomografie (CT), centrální tuk lze měřit pomocí DEXA nebo BIA.

Nověji se objevila koncepce funkčního složení těla, která integruje komponenty složení těla, orgánů a tkání s tělesnými a metabolickými funkcemi, např. s výdejem energie nebo s funkcí kardiovaskulárního, respiračního systému nebo jater. Změny váhy po

redukčním režimu v důsledku úbytku tukové tkáně a svalstva vedou ke kontraregulačním změnám ve výdeji, ale i v příjmu energie. Důsledkem je velmi často opětový vzestup hmotnosti.

Zvláštní podkapitolu představuje sarkopenická obezita, která je charakterizovaná excesivním množstvím tuku a deplecí kosterních svalů. Sarkopenie se objevuje obvykle se stoupajícím věkem a je definována menším množstvím kosterních svalů končetin. Hraniční hodnoty sarkopenie byly definovány jako beztuková hmota končetin (appendicular lean mass, ALM) a ALM adjustovaná na BMI (ALM/BMI muži <0.789 kg/m², ženy <0.512).

V diagnostice obezity BMI zůstává základním ukazatelem.

Podpořeno MZ ČR - RVO EÚ 00023761 a AZV MZ ČR 17-31670 A

Mgr. Bc. Martina Daňková

Low carb – krátkodobý efekt nebo dlouhodobé riziko?

autoři: Martina Daňková¹, Aneta Hásková², Aneta Sadílková²

¹ 3. interní klinika/Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze; ² 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Hledání ideální diety, která vyřeší problémy s tělesnou hmotností tloustnoucí populace, zdá se nebere konce. Často je diskutováno téma omezování jedné ze základních živin - sacharidů. Nízkosacharidové diety, tzv. low carb, jsou předmětem bouřlivého zájmu nejen na poli redukci tělesné hmotnosti. S trochou nadsázky se dokonce může zdát, že lepku nebo brambor se část populace bojí více než potenciálních ozbrojených sil na našem území. Jejich zastánci doporučují více či méně radikální omezení přívodu sacharidů ve stravě, poměr základních živin (sacharidy, bílkoviny, tuky) naopak posouvají ve prospěch bílkovin a tuků.

Propagátoři se nezdá odvolávají na výsledky klinických studií. Ovšem právě značná heterogenita v metodice klinických studií představuje významné limitace pro případné interpretace výsledků. Největší rozdíly jsou patrné již v samotném určení množství sacharidů ve stravě, které je považováno za nízké. Podíl sacharidů na celkovém energetickém příjmu se pohybuje od 10 % do 50 %, a zatímco v některých studiích je procentuální zastoupení sacharidů 50 % považováno za vysokosacharidové, v jiných studiích je označeno jako normální.

Udávaný neutrální dopad nízkosacharidových diet na parametry lipidogramu a kardiovaskulární riziko může být dán mj. tím, že sekundárně zpracované maso nebývá záměrně do jídelníčků studijních probandů zařazováno. Celkový energetický příjem je navíc často tak nízký, že i vysoké procentuální zastoupení tuků v těchto dietách v reálu znamená nízký a tedy nerizikový denní příjem tuků v gramech.

Velké rozpory se objevují rovněž v délce sledovaného období. Je vysoce pravděpodobné, že snížení příjmu sacharidů povede k rychlému hmotnostnímu úbytku, zejména první kilogramy mizí díky vyčerpání zásobního glykogenu a ztrátě na něm vázané vody. Otázkou je však udržitelnost podobných dietních zásahů, zejména pak v dlouhodobém horizontu.

Podpořeno z grantu MZ AZV 16-31932A.

PhDr. Šárka Slabá, Ph.D.

Motivace ke změně chování - model změny

autoři: Šárka Slabá

GPK 1.LF UK a VFN Praha

Odborníci, kteří se zaměřují (nejen) na léčbu obezity, jsou denně konfrontováni se skutečností, že se u jejich pacientů radikálně liší míra motivace. Ta je dlouhodobě považována za hlavního činitele změny. Pacienti, kteří v rámci terapie selhávají nebo nespolupracují, jsou často označováni za nedostatečně motivované – není však toto hodnocení příliš zjednodušující?

Podle modelu změny Prochasky a Di Clementa je motivace proces procházející pěti stádii vývoje, před jeho samotným „spuštěním“ se pacient nachází ve fázi prekontemplace, kdy si daný problém buď vůbec neuvědomuje, nebo mu nepřipadá ohrožující natolik, že by ho měl odstranit.

Dalšími stádii jsou pak:

kontemplace

příprava ke změně

akce

udržení

relaps

Jedním z cílů (psycho)terapie obezity, je navodit lepší, rychlejší a vnitřně motivovanou spolupráci pacienta. Jedním z klíčových aspektů je v takovém případě rozpoznání aktuální úrovně motivace a následně terapeutova flexibility a schopnost nastavení a použití modifikované strategie během jednotlivých stádií. Dalším významným faktorem, významně ovlivňujícím efektivitu terapie, je míra připravenosti ke změně chování.

Mezi časté příčiny (sebe)nedůvěry v možnost změny patří opakovaná selhání ("už jsem zkusil hubnout mnohokrát a neúspěšně") nebo pocit, že rozdíl mezi současným a žádoucím stavem je příliš velký, nereálný či časově náročný. Pacient také nevěří často svým schopnostem vytrvat ("nikdy to dlouho nevydržím"), uspět ("ještě nikdy se mi nepodařilo zhubnout tak, jak bych chtěl") nebo snášet nepohodlí ("ano, ale").

Vzhledem k tomu, že terapie může být dlouhodobá, je někdy třeba pozměnit terapeutické strategie v průběhu léčby, což klade zvýšené nároky i na flexibilitu terapeuta.

Závěr: Doporučení a postupy, které vedou k udržení zdravého těla, se někdy dostávají do sporu s představou nemocného o smysluplném životě, čímž vstupuje do hry jeho kvalita. Někteří obézní pacienti tvrdí, že pokud začnou držet dietu a už se nikdy nebudou moci dosyta najíst, přestanou se cítit dobře a mnozí z nich raději zůstanou obézní, než by obětovali onen příjemný pocit a to přesto, že jsou si vědomi skutečnosti, že obezita jejich tělu škodí.

Co s tím? Všechna léčebná doporučení je potřeba udělovat na základě předchozího dialogu s pacientem - nejdůležitější ingrediencí celého přístupu je totiž partnerství, respekt, opravdový zájem o pacienta a jeho vidění své nemoci.

Podporováno grantem RVO-VFN 64165

MUDr. Petr Sucharda, CSc.

BMI jistě. A co výška?

autoři: Petr Sucharda

3. interní klinika 1. LF UK a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Obvod pasu (parametr distribuce tělesného tuku) dobře odráží především metabolická rizika nadměrné tělesné hmotnosti. Body mass index je z matematického hlediska nejlepším v praxi použitelným vzorcem, jak vyjádřit relativní tělesnou hmotnost, jinými slovy jak zohlednit rozdílnou tělesnou výšku různých jedinců.

Dospělá tělesná výška je zřejmě ovlivněna množstvím genů a zásadní měrou také výživou (podvýživou, ale možná i obezitou) a prodělanými chorobami v dětství a dospívání. V řadě studií jsou zjišťovány výhody větší tělesné výšky (nižší riziko kardiovaskulárních chorob, lepší socioekonomický status, vyšší inteligence), ale i rizika (vyšší výskyt maligních nádorů).

Z praktického hlediska je zatím nejzávažnějším zjištěním vliv tělesné výšky na glukózovou toleranci ve standardním testu.

P. Cíkl (Ivančice):

Poprvé pospolu – dieta + glykémie + ketonémie + TK + wellness parametry v jedné selfmonitoringové aplikaci

(podporováno spol. Fitsport-komplex s.r.o.)

BLOK VII**Ing. Mgr. Eva Fárková****Úprava spánkové hygieny podle chronotypu v léčbě obezity**

autoři: Eva Fárková¹, Michal Šmotek¹, Jitka Herlesová², Jakub Schneider³, Eduard Bakštein³, Jana Kopřivová¹

¹ Národní ústav duševního zdraví, Klecany/3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha;

² OB Klinika a.s., Praha; ³ Národní ústav duševního zdraví, Klecany/České Vysoké Učení Technické v Praze, Elektrotechnická fakulta

Úvod: Změny v organismu vázané na sníženou kvalitu či zkrácenou délku spánku – resp. na cirkadiánní rytmy – se ukazují jako rizikové pro zvýšení chuti k jídlu, hmotnosti a krevního tlaku, pro snížení glukózové tolerance či obranyschopnosti. Zmíněné a další faktory se podílejí na zrodu metabolických chorob. Existuje rozsáhlý prostor v prevenci vzniku zmíněných zdravotních komplikací, zejména prostřednictvím identifikace chronotypu a úpravou spánkové hygieny. To lze využít k doplnění nynějších léčebných metod obezity a zefektivnění programů pro snižování tělesné hmotnosti.

Metody: Studie zahrnuje 52 žen v konzervativní léčbě obezity, které nosily po dobu 3 měsíců aktigraf, vedly spánkový deník a vyplnily baterii testů (MEQ, MCTQ). Touto cestou byla ověřována délka a kvalita spánku a individuální nastavení cirkadiánních rytmtů.

Výsledky: Byla zjištěna slabá pozitivní korelace mezi hodnotami BMI a věkem ($r=0,29$; $p<0,05$). Ukázalo se, že s vyšším BMI je spojena kratší délka spánku, ve kterém je zároveň registrováno více pohybu. Dalo by se říci, že s rostoucím BMI klesá jak množství, tak celková kvalita spánku. Zároveň čím vyšší BMI, tím více se stírá rozdíl v množství pohybu ve dne a ve spánku (obecně řečeno čím vyšší BMI, tím méně aktivity během celých 24 hodin). Při zaměření se na chronotyp pacientek bylo zjištěno, že noční chronotypy (sovy) mají kratší spánek, ale vykazují v něm menší variabilitu, než ranní ptáčata. Nebyla zjištěna statistická závislost mezi BMI a chronotypem.

Závěr: Průběžné výsledky ukazují, že BMI, respektive hmotnost jedince mění kvalitu a délku spánku. Z předchozích studií víme, že ovlivňování metabolického a cirkadiánního systému funguje oboustranně a že krátký a nekvalitní spánek může přispívat k růstu hmotnosti a rozvoji obezity. Vzhledem k významnému propojení těchto systémů považujeme za zásadní výzkum obézní populace v tomto směru rozšířit a poznatky nabídnout k využití v klinické praxi.

Studie byla podpořena z projektu GA UK (1096216).

MUDr. Michael Vraný**C-reaktivní protein jako marker hluboké nitrobřišní infekce?**

autoři: Vraný Michael, Šimečková Dita, Man Michael
Nemocnice Jablonec nad Nisou

Úvod: včasná diagnóza hluboké břišní infekce po bariatrických operacích rozhoduje o další průběhu této komplikace, zejména o obtížnosti, délce a nákladech léčby.

Cíl: vyhodnocení predikční hodnoty C-reaktivního proteinu pro hlubokou nitrobřišní infekci

Materiál a metody: retrospektivně zhodnocen soubor 132 pacientů po bariatrických operacích v období I/2016 – VIII/2017. Hodnocen vztah hladiny CRP a leukocytů ve vztahu k pooperačním komplikacím, typu operace, komorbidit a samozřejmě i klinického stavu.

Výsledky: ve sledovaném období došlo u 4 pacientů k závažné nitrobřišní komplikaci – 3x dehiscence ve staplerové linii, 1x nekroza fundu žaludku použitého k fundoplikaci. Ve všech případech došlo k elevaci CRP i leukocytů, která však nebyla natolik výrazná, aby byla indikací k operační revizi. Ve 3 případech rozhodl jednoznačně klinický stav, v 1 případě rtg vyšetření.

Závěr: elevace CRP spolu s leukocytozou nad obvyklé pooperační hladiny je signálem k ostražitosti a dalšímu vyšetření, nelze ji však považovat za rozhodující predikční faktor.

PhDr. Bc. Natálie Koubková

Nestabilita aneb HSS u pacientů po velkém hmotnostním úbytku

autoři: *Natálie Koubková, Martin Matoulek*

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Pohybový systém je klíčový limitující faktor, který ovlivňuje nejen hybnost, ale především kvalitu života obézních pacientů. Přestože se opakovaně při doporučení redukce hmotnosti obézním pacientům skoro na všech místech uvádí, že po snížení hmotnosti automaticky dochází ke snížení bolesti, zlepšení funkce pohybového aparátu a ke zlepšení kvality života, ukazuje se, že po rychlém hmotnostním úbytku to tak nebývá. Zvláště po bariatrických operacích, kdy dochází k hmotnostnímu poklesu v desítkách kg v horizontu měsíců, se bolest pohybového aparátu často zhoršuje a tím dochází i k přechodnému zhoršení kvality života v některých parametrech. Toto zhoršení pak následně významně ovlivňuje další léčebný postup. Zdá se, že tyto změny jsou dány především hmotnostním úbytkem, ačkoliv je zřejmé, že nejčastěji toto vidáme u pacientů po bariatrii, kde to také bývá jednou z příčin „selhání“ bariatrické operace. Rovnováha může být vysvětlena jako obecný pojem popisující dynamiku držení těla, která zabraňuje selhání. Výsledkem rovnováhy je stabilizace, termín, který zahrnuje proces a inter-individuální variabilitu. Dobrá schopnost stabilizace může být také chápána jako redukce tělesného kývání. Proto je stabilizace důležitým výchozím předpokladem každého pohybu a manipulace.

Nadváha a obezita mají významný vliv na nespočet onemocnění, jako je diabetes, vysoký krevní tlak, chronické srdeční onemocnění, dyslipidémie, osteoartritida, spánková apnoe a respirační problémy. Rovněž existují důkazy, které naznačují, že zvýšená hmota tělesného tuku snižuje posturální stabilitu a zvyšuje pravděpodobnost pádu, a to zejména v kombinaci s nízkým množstvím svalové hmoty. V literatuře zabývající se posturální stabilitou u obézních je popisováno zlepšení posturální stability po redukci váhy z dlouhodobého hlediska. V praxi se ale ukazuje, že při velkém a hlavně rychlém úbytku hmotnosti, ke kterému dochází po bariatrických výkonech bude zprvu posturální stabilita zhoršena než za stavu před operací

MUDr. Vladimír Pavlík, Ph.D.

Péče o obézního pacienta s tělesnou hmotností nad 280 kg v domácích podmínkách

autoři: *Vladimír Pavlík¹, Stanislav Pelcák², Pavla Drábková³*

¹ FVZ UO a FN Hradec Králové; ² Univerzita Hradec Králové; ³ FN Hradec Králové

Kazuistika pacientky s obezitou BMI nad 90 kg/m²

Pacientka ročník narození 1969. Bydlí sama v malé obci u Hradce Králové. Od dětských let narůstající obezita. Matka + v 55 letech, obezita III. st.

OA: Arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu. Nekuřák. Nulová pohybová aktivita. Hyperalimentace.

Postupný nárůst tělesné hmotnosti, který akceleroval po roce 2013, kdy po ztrátě zaměstnání zůstává upoutána na domácí lůžko a přijímá nekontrolovatelné množství potravy. Opakované pokusy o snížení tělesné hmotnosti vždy s jojo efektem. Pacientka přestává docházet ke svému PL a ke svému diabetologovi, léky nebere.

V 6/2017 přes Magistrát města Hradce Králové kontaktován obezitolog. Pacientka vyšetřena v domácích podmínkách (imobilní a netransportabilní). Tělesná hmotnost odhadem 280 – 300 kg, BMI nad 90. Obvod pasu neměřitelný. Změřeny obvodové míry končetin. Provedena základní edukace pacientky.

K domácímu lůžku nemocné objednána pravidelná ošetrovatelská péče včetně péče fyzioterapeuta. Objednána pravidelná kontrola nutričním terapeutem. Provedeno vyšetření klinickým psychologem, který nenalezl kontraindikace pro další intervenční

postupy. Pravidelné kontroly obezitologem a nově zvoleným PL, který provedl základní biochemická vyšetření a indikoval medikaci HN a DM.

V současné době je snaha o zlepšení dietního režimu, mobilizace pacientky. V plánu je hospitalizace zprvu na interním a posléze na chirurgickém pracovišti s výhledem na malabsorpční výkon. Problémem bude transport pacientky, limitace v nosnosti nemocničních lůžek, vyšetřitelnost pacientky na diagnostických zařízeních, případně nosnost operačních stolů.

MUDr. René Vlasák

Lipedém – možnosti spolupráce obezitologa a lymfologa.

autoři: René Vlasák

CPM - Praha

Lipedém byl poprvé popsán v r. 1940 Allenem a Hinesem z Mayo Clinic, jako syndrom tučných nohou s ortostatickým edémem. Je definován jako chronické, progredující a často výrazně bolestivé onemocnění podkožní tukové tkáně, s projevy insuficience lymfatického systému. Vyskytuje se převážně u žen, je charakterizován symetrickým zmnožením tukové tkáně v oblasti od pasu přes hýždě a dolní končetiny, s typickým zakončením u kotníků. Navzdory tomu, že byl lipedém poslán před více jak 75 lety, je trvale špatně diagnostikovaným i léčeným onemocněním. Podkožní tuk u lipedému téměř nelze redukovat běžným cvičením nebo dietou. Vhodným léčebným postupem je modifikovaná forma Komplexní dekongestivní terapie (KDT), kdy na prvním místě stojí úprava stravovacího režimu, pohyb se zaměřením na aktivaci toku lymfy spolu s kompresivní léčbou. Úlevu přináší lymfodrenáž, ať ruční či přístrojová. Lipedém bývá často mylně diagnostikován jako lymfedém či prostá lipohypertrofie. Charakteristickým rysem lipedému je, že při běžném redukčním režimu dochází k snížení objemu tukové tkáně, ale především mimo problematické oblasti dolních končetin. Pro prevenci i léčbu lipedému je nezbytná mezioborová spolupráce. Česká obezitologická a lymfologická společnost slaví, či bude slavit dvacet pět let svého trvání. Přes obrovský pokrok, který obě společnosti za uplynulé období zaznamenaly, lipedém je ještě oblastí čekající na širší lipo – lymfologickou spolupráci.

BLOK VIII**MUDr. Juraj Uchál'****Informovanost diabetických pacientů s nadváhou o možnosti léčby pomocí bariatrické chirurgie***autoři: Juraj Uchál', Michal Čierny, Adam Trávníček, Yvona Kováčiková
chirurg. odd. Břeclav*

Úvod: V současné době je odborníky na léčbu diabetu stále častěji diskutován přínos rozvíjejícího se oboru bariatricko-metabolické chirurgie. Bariatrická operace, např. gastrický bypass, spočívá ve zmenšení objemu žaludku a je považována za účinný způsob léčby závažných stupňů obezity i provázejících metabolických onemocnění. Plná informovanost diabetiků je základním předpokladem pro motivaci a spolupráci v léčbě i pro případné rozhodnutí podstoupit bariatrickou operaci.

Cíl: Hlavním cílem práce bylo zmapovat informovanost respondentů obézních diabetiků o možnostech, indikaci, přínosu a rizicích využití chirurgické bariatrické léčby v praxi a zjistit zájem respondentů o tento způsob terapie.

Metodika: Byla zvolena metoda dotazníku, který obsahoval 23 položek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 95 diabetiků s obezitou, jejich věk se pohyboval v rozmezí od 33 do 65 let. Kritéria pro výběr respondentů byla následující: BMI 35 a více, diabetes byl u respondentů diagnostikován před méně než deseti lety a dlouhodobě se u nich nedaří kombinovanou farmakoterapií dosahovat cílových hodnot glykovaného hemoglobinu.

Výsledky: Výsledky udávají, že obézní diabetici zúčastnění tohoto šetření nejsou informováni od svých lékařů o možnostech léčby obezity pomocí bariatrické chirurgie. Jen 26 respondentů tyto informace má, ale získali je ze svého okolí nebo z médií. Pouze 12 diabetiků informaci získalo od svého diabetologa. Po získání informace o bariatricko-metabolické chirurgii mělo 90 diabetiků zájem o radikální chirurgické řešení.

Závěr: Moderní léčba diabetu 2. typu je pojímána v celé šíři a zahrnuje také terapii obezity. Mezi nejnovější postupy léčby obezity u diabetiků patří také bariatricko-metabolická chirurgie, především tam, kde selhávají jiné metody. Erudovanou informovaností obézních diabetiků lékaři o možnostech bariatrické operace lze zvýšit kvalitu jejich života.

MUDr. Daniela Staníková, Ph.D.**Asociácia medzi BMI, pohlavnými hormónmi a depresiou u mužov***autoři: Daniela Staníková, Tobias Luck, Yoon Ju Bae, Joachim Thiery, Uta Ceglarek, Christoph Engel, Cornelia Enzenbach, Kerstin Wirkner, Juraj Stanik, Juergen Kratzsch, Steffi G. Riedel-Heller**LFUK Bratislava a ISAP Institute, Leipzig*

Úvod. Velké epidemiologické štúdie ukázali pozitívnu asociáciu medzi obezitou a depresiou. Jedným z možných mechanizmov podieľajúcich sa na jej vzniku môžu byť aj zmenené hladiny pohlavných hormónov v dôsledku zvýšeného množstva tukového tkaniva, ktoré môžu depresiou u obéznych jedincov mediovať.

Pacienti a metódy. Dáta od 3925 mužov (2244 < 60 rokov a 1681 > 60 rokov) boli získané z populačnej štúdie realizovanej v Nemecku (The LIFE-Adult-Study) v rokoch 2013-2015. Analyzovali sme asociácie medzi BMI, pohlavnými hormónmi a depresívnou symptomatológiou hodnotenou na základe dotazníka Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

Výsledky. Obézni muži mali v porovnaní s mužmi s normálnou hmotnosťou nižšie hladiny celkového (12.6 ± 4.7 vs 19.4 ± 5.5 nmol/L, $p < 0.001$ u mužov < 60 rokov, a 13.8 ± 6.9 vs 18.3 ± 5.9 nmol/L, $p < 0.001$ u mužov > 60 rokov) a voľného testosterónu (249.0 ± 73.9 vs 337.2 ± 82.0 pmol/L, $p < 0.001$, a 217.8 ± 71.2 vs 263.4 ± 72.2 pmol/L, $p < 0.001$), zvýšený estradiol sa pozoroval iba u obéznych mužov 60 rokov (97.3 ± 43.0 vs 82.3 ± 34.2 pmol/L, $p < 0.001$). Muži < 60 rokov s depresívnou

symptomatologiíu mali vyššie hladiny estradiolu v porovnaní s mužmi bez depresívnej symptomatologie (96.3 ± 40.7 vs 84.4 ± 36.6 pmol/L, $p < 0.001$), bez ohľadu na BMI.

Záver. Muži s nadhmotnosťou a obezitou mali signifikantne zmenené hladiny pohlavných hormónov v porovnaní s mužmi s normálnou hmotnosťou. Depresívna symptomatologia bola asociovaná so zvýšenými hladinami estradiolu u mladších mužov, bez ohľadu na BMI.

Mgr. Jan Novák

Zvýšená adipozita, estrogenizace a skeletální změny

autoři: Jan Novák¹, Petr Sedlak²

¹ Katedra antropologie a genetiky člověka - Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy / Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze; ² Katedra antropologie a genetiky člověka - Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy / Ústav hygieny 3. LF Univerzita Karlova

ÚVOD

V současné době lze pozorovat nárůst prevalence některých mužských onemocnění jako jsou hypogonadismus či kryptorchismus. Existuje také evidence pro klesající počet spermií v ejakulátu a s tím spojenou klesající fertilitu. Všechny výše uvedené onemocnění a poruchy spojuje jejich etiologie - estrogenizace. Estrogenizaci mužského organismu lze definovat jako chronickou expozici estrogenům s následnou změnou fyziologické adjustace. Hlavním zdrojem estrogenů je pak u mužů tuková tkáň.

Víme, že celá řada pohlavně dimorfních znaků se formuje až v období puberty a to právě působením estrogenů. Cílem této práce je popsat odchylky ve vývoji pánve u mužských jedinců s vyšší mírou adipozity.

METODY

Celkový soubor čítal 8058 jedinců ve věku 7 až 21 let, z toho 4115 tvořily dívky a 3093 chlapci. Sběr byl proveden transversálně v období jedné dekády, u všech jedinců byla provedena kompletní somatometrie. Tělesné složení bylo stanoveno metodou dle Matiegky. Chlapecký soubor byl rozdělen dle adipozity na normu (2. a 3. kvartil) a jedince se zvýšenou adipozitou (4. kvartil) a to uvnitř skupin rozdělených po 1 roce života.

VÝSLEDKY

Chlapci a muži s vyšší mírou adipozity vykazovali jednoznačný příklon k feminnímu pánevnímu vzorci. Relativní šířka pánve (tj. šířka pánve vztažená k výšce), za začíná mezi chlapci s normální a zvýšenou adipozitou statisticky signifikantně odlišovat od 10. roku života. Variabilitou v šířkových parametrech pánve zapadají chlapci s vyšší adipozitou spíše do dívčího souboru.

ZÁVĚR

Spolu s nástupem puberty dochází u chlapců s vyšší mírou adipozity k rozšíření pánve, které svojí podobou připomíná dívčí typ. Nejpravděpodobnějším vysvětlením těchto změn je vyšší míra estrogenizace u chlapců se zvýšenou adipozitou, s následnou habituální feminizací těchto jedinců. Lze předpokládat, že u takto feminizovaných jedinců bude vyšší prevalence onemocnění plynoucích z estrogenizace. Práce tak poukazuje na nutnost prevence obezity v sensitivním období dospívání.

M. Matoulek (Praha):

Obezita, fyzická aktivita a nádorová onemocnění

Mgr., Bc. Karel D. Riegel

Vliv osobnosti na průběh léčby obezity

autoři: Karel D. Riegel, Barbora Pešková, Markéta Kubinová, Martin Matoulek
3. interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Cíle: Inter individuální rozdíly pacientů přicházejících do obezitologických ambulancí vedou k úvahám nad individualizací léčebné péče. Důraz by měl být kladen nikoliv na symptom, s kterým pacient přichází, nýbrž na pochopení člověka, který se za

symptomem skrývá. Z hlediska psychologických intervencí vzrůstá potřeba: 1. komplexní diagnostické rozvahy; 2. flexibilní interinstitucionální spolupráce za účelem ošetření prioritních témat dříve, než se začne pracovat s daným symptomem. Tomuto trendu odpovídají i četné modifikace v diagnostických metodách uvedených v pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5). Metoda: Kvalitativní analýza, klinická rozvaha a plánování léčebného postupu u 3 případových studií s využitím Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID-5). Výsledky: Příspěvek reportuje podobnosti a odlišnosti rozložení maladaptivních osobnostních rysů v kontextu komplexních anamnestických dat pacientů s komorbidní diagnózou E66.x a F41.x. Význam získaných vstupních údajů je dále prezentován s ohledem na individualizaci léčebného plánu a následnou interinstitucionální spolupráci. Závěry: Komplexní psychologická diagnostika a následná multi-institucionální péče se zdají výhodnou alternativou z hlediska: 1. zvýšení důvěry v psychologa jako odborníka; 2. zkvalitnění léčby o pacienta, pokud jiné pracoviště disponuje vhodnější léčbou primárního problému; 3. zvýšení compliance pacienta a adherence k léčbě symptomu v návaznosti na léčbu primárního problému. Limity: Příspěvek prozatím naznačuje spíše určitý směr, jehož skutečná prediktivní hodnota vzhledem k úspěchu léčby obezity bude předmětem další klinické praxe a výzkumných studií u rozsáhlejších souborů pacientů.

SAMOSTATNÁ SEKCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NELÉKAŘSKÝCH PROFESÍ

BLOK I

PhDr. Dagmar Škočová, MBA

Poranění ostrými předměty ve zdravotnictví (průzkum praxe x škola)

autoři: Dagmar Škočová¹, Jitka Němcová²

¹ Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Univerzita Palackého v Olomouci; ² Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

Úvod

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je oblast, která je důležitá pro všechny osoby ve zdravotnických zařízeních. S bezpečnou péčí však úzce souvisí i bezpečnost zdravotnického personálu, která zůstává stále na okraji zájmu. Poskytovat kvalitní a bezpečnou péči předpokládá zavedení funkčního řízení. Zabránit zbytečným poraněním přijetím příslušných opatření o ochraně zdraví pracovníků je cílem i výsledkem činnosti managementu zdravotnických zařízení, i samotného personálu. V rámci bodných poranění je zdravotnický personál v České republice ohrožen nejčastěji infekcemi jako je mononukleóza, cytomegalovirová infekce, syfilis, virová hepatitida a HIV infekce. Bezpečnost a ochrana zdraví zaměstnanců jsou prvořadé a úzce souvisí i se zdravím pacientů, neboť výkon pracovníka je v souvislosti s okolnostmi bodného poranění narušen.

Metody a cíle průzkumu

Průzkum byl realizován mezi zdravotnickými pracovníky nelékařských profesí a studenty nelékařských zdravotnických oborů, pomocí nestandardizovaného dotazníku od června do listopadu 2016. Bylo rozdáno celkem 3 510 dotazníků (návratnost 65,13%). Předpokládali jsme, že nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávající profesi mají větší znalosti o zdravotních rizicích povolání než studenti nelékařských zdravotnických oborů. Rovněž jsme předpokládali, že mají větší znalosti o rizicích profese i možnostech ochrany zdraví při práci než studenti, a že znalosti NLZP o správném postupu v případě poranění o ostrý předmět jsou větší než u studentů. Jedním z cílů bylo zjistit šíři teoretické výuky s tématem ochrany zdraví a minimalizace rizik při praktické výuce u studentů a jaké OOPP a zdravotnické prostředky s bezpečnostními prvky jsou dostupné na testovaných pracovištích.

Výsledky

Zpracovaná data upozorňují na skutečnost, že manipulace s ostrými předměty ve zdravotnictví je všemi účastníky ankety jednoznačně považována za rizikovou činnost a rozdíly v názorech mezi věkovými, vzdělanostními i oborovými skupinami jsou minimální. Bezmála tři čtvrtiny účastníků ankety (74 %) považují za nejrizikovější činnost vracení ochranných krytů na jehly a více než polovina respondentů (53 %) označila za nejvíce rizikové nepoužívání osobních ochranných pracovních prostředků. Přibližně stejně velká skupina účastníků průzkumu (54 %) pak jako nejrizikovější vnímá nevhodnou likvidaci ostrých zdravotnických nástrojů a dvě pětiny respondentů pak považují za největší riziko nepoužívání zdravotnických prostředků s bezpečnostní funkcí. Předpokládáme, že výsledky průzkumu upozorní i na využití nových poznatků, zdravotnických prostředků s bezpečnostní funkcí a zkušeností v chirurgické praxi, kde jsou poranění ostrým předmětem velmi silně zastoupena.

Mgr. Bc. Martina Daňková**„Hubnutí bez blbnutí“**

autoři: Martina Daňková¹, Aneta Sadílková², Aneta Hásková²

¹ 3. interní klinika/Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze; ² 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

„Štíhlá do plavek na poslední chvíli: jezte hodně ale bez sacharidů“, „7 zaručených tipů pro krásnou postavu“, „Tato jídla si zakažte!“, a mnoho dalších titulků inzerujících nové a novější diety a přitahujících tak pozornost hubnoucí populace. Možná je ale na místě otázka, zda je „dietování“, tedy držení diet, vhodným způsobem. Proč je tak těžké naučit se normálně jíst?

Pojem zdravé stravování je často mylně chápán jako systém zákazů, příkazů a omezení a nikdy nekončící sebekontroly. Nejen obézní pacienti často ve své anamnéze referují rozsáhlý výřad diet, které v průběhu života absolvovali.

Fenomén módních diet, je do velké míry vystaven na orientaci na přítomnost a naopak neschopnosti orientace na budoucnost. Jinak řečeno, raději deset kilo dolů okamžitě, i s významným rizikem jo-jo efektu, než nejistých pár kilo ročně být zredukovaných zdravějším a udržitelnějším způsobem. Prostor pro stále nové a nové druhy redukčních diet je dále vytvářen mj. skutečností, že nejsme ochotni nebo snad schopni akceptovat zodpovědnost za naše stravování a pouze hledáme nová magická řešení nadbytečných kilogramů. Chceme a hledáme tzv. instantní řešení – tady a teď.

Nezanedbatelnou roli hraje také určitá lukrativnost každé nově přichozí diety. Jen tak je možné, že po ukončení jedné diety, často navíc s pofidérním výsledkem, se mnozí jedinci se stejnou vírou a entusiasmem vrhají do diety „nové“, která se právě objevila na obalu ženských časopisů.

Přednáška si klade za cíl posluchače provést v nepřeborném množství módních diet, se kterými se nutriční terapeut denně setkává ve své praxi. Součástí je i zamyšlení nás zdravotníků, zda naše pacienty v nesmyslném dietování nepodporujeme.

Podpořeno z ESI fondů Evropské unie, projektu č. CZ.07.1.02/0.0/0.0/16_023/0000108 operačního programu Praha – pól růstu ČR.

Mgr. Lucie Dolejší**Metabolické poruchy v chirurgické praxi – kazuistiky**

autoři: Lucie Dolejší, Jiřina Tlášková

VFN Praha

Úvod:

Metabolické poruchy se velice často vyskytují i na chirurgických pracovištích. Velmi úzce s nimi souvisí a dost podstatně ovlivňují hojení ran nejen operačních, ale i nejrůznějších akutních i chronických defektů. Na našem pracovišti používáme moderní metody a technologie, které urychlují proces hojení a zároveň zajišťují komfort pacienta. V našem ústním příspěvku bychom rádi prezentovali dvě zajímavé kazuistiky pacientů, u kterých správné kombinování metod hojení a včasná úprava metabolických nedostatků dopomohly k rychlejšímu návratu pacientů do běžného života.

Kasuistika

Obézní pacientka 57 let po rozsáhlém gynekologickém operačním výkonu přeložena na naše pracoviště s komplikacemi v oblasti axiální ileostomie. Během hospitalizace byly provedeny na operačním sále rozsáhlé incize stěny břišní, jejichž léčení vyžadovalo použití podtlakové terapie. Pacientka byla velice malnutriční, proto byla důležitá spolupráce s metabolickou jednotkou a nutričními terapeuty.

Pacient 55 let s prvozáchytem dekompenzovaného diabetu 2 typu s rozsáhlým defektem na plantě pravé dolní končetiny. Postupně došlo k rozvoji metabolického rozvratu, renální insuficienci při těžké dehydrataci a sepsi. Provedena amputace palce a discize planty.

Další léčbou byl zvolen podtlakový systém. Po kompenzaci celkového stavu a zejména diabetu zvolena ještě léčba barokomorou.

Závěr:

Stabilizací celkového stavu, úpravou vnitřního prostředí a vhodně vybranými prostředky hojení ran, lze účinně pacientům pomoci. Velice důležitá je však multioborová spolupráce.

Bc. Věra Gančevová **Chirurgická laparoskopie**

autoři: Věra Gančevová, Jitka Duchková
VFN I. chirurgie operační sál

Laparoskopie je minimálně invazivní metoda, která umožňuje přístup do dutiny břišní bez jejího otevření klasickým chirurgickým řezem.

V naší přednášce Vás chceme seznámit s historií laparoskopických operací na naší klinice. Co všechno se za dobu od roku 1991, co jsou u nás laparoskopie prováděny, změnilo, vylepšilo, zjednodušilo a specifikovalo. Jaké druhy operací provádíme a jaké má naše klinika výsledky.

Tereza Hofmanová **Jakpak jste se vyspali?**

autoři: Tereza Hofmanová, Veronika Zachová
I. chirurgická klinika VFN

Ke zdravému životnímu stylu náleží vhodná strava a pohybová aktivita, ale nesmíme zapomenout na kvalitní a dostatečný odpočinek a spánek. Díky spánku se aktivizují buňky (produkující hormony), které napomáhají metabolismu tuků, zachování energetické homeostázy a podílejí se na stavbě buněk. K navození kvalitního spánku se můžeme řídit několika radami: začlenit v potravě dostatečný přísun hořčíku, dodržování pravidelného harmonogramu dne a navození klidného usínání například pomocí úpravy prostředí nebo zklidnění těla a mysli.

Zkrátka a dobře je žádoucí dopřát tělu odpočinek, aby mohlo správně fungovat či dokonce zhubnout.

BLOK II – Společná sekce lékařů a nelékařských pracovníků

BLOK III**Mgr. Věra Brzicová****Projevy Imobilizačního syndromu u obézního pacienta***autoři: Věra Brzicová, Markéta Novotná**VFN v Praze, I.chirurgická klinika*

Úvod

Imobilizační syndrom (IS) je soubor projevů vzniklých v důsledku dlouhodobého omezení pohybové aktivity v souvislosti s upoutáním na lůžko. IS se dostavuje v průměru za 7-10 dní, někdy, ale i dříve (záleží na stavu pacienta). Na imobilitu reagují všechny orgánové systémy.

U pacientů pozorujeme psychické změny a změny v chování, pacient se dostává do nového prostředí, je pro něj značná změna sociálního postavení, a především je zde akutně vzniklý stav (nemoc, úraz), se kterým se pacient musí vyrovnat.

Souhrn

Nejčastější projevy IS: Ortostatický syndrom, dekonidice ,dekubity, opruzeniny, obstipace, otoky, nespavost, zmatenost, delirium, infekce .

Prevence IS:

Včasná mobilizace !!!

Pasivní a aktivní rehabilitace

Respirační fyzioterapie

Polohování, antidekubitární matrace (používání polohovacích pomůcek u obézních pacientů)

Bandáž dolních končetin

Zvýšená péče o pokožku a její čistotu

Dostatečná hydratace

Plnohodnotná strava, doplňky stravy

Edukace pacienta

Psychická aktivizace

Spolupráce s rodinou a její edukace

Farmakoterapie (nízkomolekulární hepariny, mukolitika)

Dále přednáška obsahuje a seznamuje s obézním pacientem u kterého došlo k projevům Imobilizačního syndromu během hospitalizace.

Závěr

Práce s takto těžce nemocnými a imobilními pacienty je velmi náročná. Tito pacienti vyžadují komplexní péči všech složek oš. personálu od sester, sanitáře a fyzioterapeutů .

Mgr. Aneta Hásková**Redukční režim v rámci příprav na bariatrickou operaci – aneb čím to začíná***autoři: Aneta Hásková¹, Aneta Sadílková¹, Martina Daňková²**¹ 3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze; ² 3. interní klinika a Klinika dětského lékařství 1. LF UK a VFN v Praze/*

Pravidla redukčního režimu se u pacientů v přípravě na bariatrický zákrok a u pacientů, kteří k chirurgickému zákroku nesměřují, významněji neliší. Hlavním pilířem léčby stále zůstává racionální přístup v nastolení postupných změn jídelního chování.

Rozdílné se stávají převážně finální edukace nutričním terapeutem ohledně dodržování celoživotních změn jídelního režimu po vykonání bariatricko – metabolické chirurgie.

Stravovací režim během redukčního programu by měl co nejvíce kopírovat racionální stravování běžné populace. Výsledky přináší postupně nastolené kompromisy v jídelníčku, které napomáhají redukční režim dlouhodobě akceptovat. Konkrétní změny v režimu by měly vždy vycházet z dosavadních stravovacích zvyklostí pacienta.

V prezentaci budou zmíněny základní principy redukčního režimu a redukce hmotnosti. Nastíněna budou nejběžnější režimová opatření, vhodná skladba racionálního jídelníčku a rozložení jednotlivých živin, doporučení přijaté energie, ale i nejčastější chyby redukčních režimů. Součástí přednášky také bude kazuistika pacienta v rámci příprav na bariatrickou operaci – jeho jídelní návyky před výkonem, po intervenci nutričním terapeutem ale také po absolvování chirurgického zákroku.

Podpořeno z grantu MZ AZV 16-31932A.

Mgr. Aneta Sadílková

Stravovací režim po bariatrickém zákroku – aneb operací to nekončí

autoři: Aneta Sadílková¹, Aneta Hásková¹, Martina Daňková²

¹ 3. interní klinika 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a VFN Praha; ² 3. interní klinika a Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze

Bariatricko-metabolická chirurgie, pokud je vedena zkušeným týmem odborníků a je zajištěna adekvátní předoperační příprava pacienta, přináší nesporné benefity. Samotné provedení bariatrické operace však nezajistí dlouhodobé žádoucí výsledky. V klinické praxi se u pacientů setkáváme s typickým průběhem, kdy v prvním roce po operaci dochází k výraznému úbytku tělesné hmotnosti a zlepšení metabolických parametrů, v druhém a třetím roce je naopak patrná tendence k opětovnému nárůstu hmotnosti a zhoršení kompenzace metabolických onemocnění. Na tento vývoj může působit řada spolu úzce souvisejících faktorů - stagnace hmotnosti nastupující různě dlouhou dobu po operaci, pokles motivace pacienta k dlouhodobému dodržování režimu, postupné zvětšování porcí jídla, nevhodné jídelní návyky a skladba stravy, nedostatek pohybové aktivity či psychické problémy. Úlohou nutričního terapeuta je proto jak v předoperační přípravě, tak v pooperačním sledování upozorňovat pacienta na nutnost dodržovat stejné zásady racionální stravy, na které je kladen důraz v průběhu konzervativního redukčního režimu. Spolu s tím jsou vhodné opakované edukace ohledně specifík stravovacího režimu po bariatrické operaci, a to nejen s cílem podpořit hmotnostní úbytek, ale také zabránit vzniku nutričních deficitů. Pravidelně prováděné záznamy stravy samotným pacientem a opakované konzultace s nutričním terapeutem vedou u většiny pacientů k dlouholetému udržení tělesné hmotnosti, které po operaci dosáhli. V některých případech je rovněž nezbytné zapojit péči psychologa. Zmenšený objem žaludku po bariatrickém zákroku významně ovlivní pocit hladu a velikost porcí, chutě zapříčiněné různými podněty (senzorickými, emočními) zpravidla přetrvávají. Skladbu stravy, velikost porcí a celkový energetický příjem je tedy žádoucí monitorovat nejen v rámci konzervativního redukčního režimu před bariatrickou operací, ale i dlouhodobě u pacientů po operaci.

Podpořeno z grantu MZ AZV 16-31932A.

Mgr. Veronika Rechteríková

Vplyv vybraných faktorov na výskyt chybného držania tela u žiakov mladšieho školského veku v okrese Trnava

autoři: Veronika Rechteríková, Margaréta Kačmariková, Michal Rafajdus

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva

Úvod: Porucha držania tela je v súčasnosti jedným z najpopulárnejších, no zároveň často podceňovaným zdravotným problémom. Narastajúca epidémia nadváhy a obezity, pokles adekvátnej fyzickej aktivity či vynútené polohy tela v školských učebniach majú za následok nárast prevalencie chybného držania tela už v období detstva. Pravidelnou prevenciou i včasnou intervenciou je možné predchádzať zdravotným komplikáciám v

podobe muskuloskeletálních ťažkostí a civilizačních ochorení vyplývajúcich práve z nesprávneho držania tela.

Metodika: Hlavným cieľom štúdie bolo zistiť vplyv vybraných faktorov na nesprávne držanie tela v skupine žiakov mladšieho školského veku v okrese Trnava. Vedľajším cieľom bolo zistiť prevalenciu chybného držania tela, ako aj výskyt nadváhy a obezity v sledovanom súbore. Súbor tvorilo 35 žiakov (13 dievčat a 22 chlapcov) z troch nenáhodne vybraných základných škôl situovaných v okrese Trnava. Na štatistické spracovanie bola využitá multivariantná logistická regresia so spätnou selekciou ($p < 0,05$).

Výsledky: Prevalencia nadhmotnosti a obezity v skupine prvostupňových žiakov ZŠ bola 34,3%, z toho 8,6% žiakov bolo obéznych. Nesprávne držanie tela malo 37% žiakov. Približne 3% žiakov s chybným držaním tela boli žiaci s nadváhou alebo obezitou. Z výsledkov vyplýva, že ak sa zvýši BMI o jednu jednotku, šanca výskytu chybného držania tela u detí je 0,71-krát nižšia, pričom výsledky sa preukázali ako štatisticky významné (95% CI 0,52 - 9,55e-01) ($p < 0,05$). Naopak, vplyv vykonávanej pohybovej činnosti, pohlavia, či navštevovanej školy na nesprávne držanie tela žiakov bol štatisticky nesignifikantný ($p > 0,05$).

Záver: Na chybné držanie tela sa spomedzi sledovaných faktorov štatisticky potvrdil len vplyv BMI. Žiaci s vyšším BMI majú nižšiu šancu osvojiť si nesprávne držanie tela v porovnaní so žiakmi s nižším BMI.

Renata Příbylová

Co znamená být „silný“?

autoři: Renata Příbylová

Endokrinologický ústav; Oddělení obezitologie, Národní 8, Praha 1

Práce zdravotní sestry na obezitologii je velmi pestrá – vedle specifické odborné činnosti je neméně důležitá schopnost navázat pohodový vstřícný kontakt s pacientem. Správná sestřička na obezitologii dokáže v mezích své odbornosti pacienty nejen edukovat, ale také jim držet palce a tak trochu s nimi žít jejich příběh. Jedním takovým příběhem se zabývá i prezentovaná kazuistika.

Jak to všechno začalo? Paní Pavla přišla poprvé do naší ambulance v listopadu 2016 na doporučení angioložky, u které se léčila s chronickou trombózou a varixy dolních končetin. Tato 39 letá žena mě okamžitě zaujala. Ne proto, vážila 150 kg (BMI 48,5). Ani v ostatních údajích se příliš nelišila od jiných obézních pacientů (obezita v rodině, postupný vzestup tělesné hmotnosti od mládí, nedostatek pohybu, nadměrný energetický příjem, opakované pokusy o redukci). Tato mladá žena byla ale opravdu výjimečná odhodláním změnit svůj život. A měla k tomu pádné důvody. Očekávala jsem napjatě každou další kontrolu a snažila se odhadnout, jakým směrem se příběh paní Pavly bude odvíjet dál.

Co znamená být „silný“? Na to, doufám, odpoví můj příspěvek. A také prozradí, jak se změnil život paní Pavly za jeden rok.

AZV ČR 17-31670A

BLOK IV**Bc. Yvona Kováčiková****Spokojenost pacientů po bariatrických operacích***autoři: Yvona Kováčiková, Michal Čierny**Chirurgické oddělení, Nemocnice Břeclav*

Úvod: Záměrem práce bylo analyzovat spokojenost pacientů po bariatrických operacích. Bariatrická operace, např. plikace žaludku, spočívá ve zmenšení objemu žaludku a je považována za účinný způsob léčby závažných stupňů obezity i provázejících metabolických onemocnění.

Cíl: Cílem bylo zjistit, zda operace splnila očekávání operovaných pacientů, zda jsou spokojeni s úbytkem váhy a jaký je jejich vztah k jídlu. Dále zda se změnila fyzická aktivita po operaci a jak pacientům vyhovuje a jestli operace ovlivnila jejich psychický stav.

Metodika: Byla zvolena metoda dotazníku, který obsahoval 26 položek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 105 pacientů, docházejících na pravidelné kontroly do bariatrické ambulance v nemocnici Břeclav. Jejich věk se pohyboval v rozmezí od 32 do 62 let. Kritéria pro výběr respondentů byla následující: Nejméně tři měsíce nejdéle však dva roky po bariatrické operaci a jejich váha poklesla minimálně o deset kilo.

Výsledky: Výsledky jednoznačně udávají, že všichni operovaní pacienti zúčastnění tohoto šetření jsou spokojeni. I přes různé komplikace, jako bylo pravidelné stravování, tak operace splnila očekávání pacientů.

Závěr: Léčba obezity je celoživotní a je velmi náročná na vůli pacienta. Ta je rozhodující a bez jeho spolupráce nemá žádný ze způsobů terapie obezity nárok na úspěch. Celý průběh rekonvalescence a výsledek operace je závislý do velké míry na motivaci pacienta. Velmi pozitivní jsou výsledky pacientů přicházejících k první bariatrické kontrole. Tyto výsledky jsou pro ně velmi motivující. Ovšem ani tato operace není zázračný všelék, ale je novým začátkem na jejich celoživotní cestě.

Bc. Eliška Říhová**Pomoc potřebujeme i my!***autoři: Eliška Říhová, Martina Vejvarová**Traumatologie - JIP, Nemocnice České Budějovice, a.s.*

Obezita a jiné malnutriční poruchy jsou strašákem nejen v běžné populaci, ale zapomínáme hlavně na sebe jako propagátorky zdravého životního stylu.

V rámci preventivních a léčebných režimů chceme po pacientech dodržovat správnou životosprávu, ale dodržujeme jí především my?

Na našem pracovišti jsme realizovaly výzkum pomocí dotazníků a následně zpracovaly grafem. V naší prezentaci uvádíme příklady správných i nesprávných jídelníčků ve směnném provozu.

Jsme schopni dodržet v nadměrné zátěži, pod neustálým tlakem a při nedostatku času, správné stravovací návyky? Nebo jsme předem odsouzeni k prohrané bitvě o naše vlastní zdraví? V naší krátké kazuistice bychom rády demonstrovaly, že se správnou motivací je možné vše.

Tereza Jerhotová**A zase ty diety***autoři: Tereza Jerhotová, Michaela Majšíková**VFN Praha 1. Chirurgická klinika*

Dieta je řízený příjem pokrmů a tekutin za účelem dosažení specifického cíle. Pod pojmem dieta si také můžeme představit, že to je hladovění, boj s pevnou vůlí a neustálé omezování. Slovo dieta se může používat v několika rozdílných významech: nemocniční

(oficiální) diety, redukční diety na hubnutí, diety za účelem udržení nějakého zdravotního stavu, diety za účelem změny zdravotního stavu, diety jako dlouhodobého stravovacího systému (podepřený nějakým názorem nebo filozofií).

Prezentace je zaměřená na trendy stravování od historie až po současnou dobu. Na čem si pochutnávala chudina nebo panovníci. Zastoupení jednotlivých surovin v jídelníčku. Množství a kvalita jídla bývaly první známkou přepychu. S tím také souviselo tehdejší rozdělení společnosti. Štíhlé tělo neznamenal ideál krásy jako dnes. Držet dietu kvůli štíhlému zevnějšku začalo být moderní v půli 19. století a to díky Rakouské císařovně Sisi. Pro útlou postavu byli lidé schopni dodržovat například octovou nebo tasemnicovou dietu.

U diety není problém zhubnout, ale udržet si nižší váhu trvale. Proto by zdravý jídelníček měl být součástí naší životosprávy. Možná jen nežijeme v té správné době.

L. Janáčková (Praha):

Obezita a její důsledky na možnosti výběru partnera

POSTEROVÁ SDĚLENÍ

1. MUDr. Michael Vraný

Hypoglykemie po bariatrických operacích

autoři: Michael Vraný, Dita Šimečková, Michael Man
Nemocnice Jablonec nad Nisou

Úvod: Těžká postprandiální hypoglykemie po bariatrických operacích je vzácná, avšak invalidizující komplikace. Naším cílem je popsat vyšetření, která byla provedena pro její diagnózu, dále výsledky a možnosti léčby.

Metoda: retrospektivní studie případů s postprandiální hypoglykemií v souboru pacientů operovaných na našem oddělení.

Výsledky: podezření na hypoglykémii vycházelo z klinických příznaků. Tyto příznaky se začaly objevovat do 3 let od operace. Bylo vysloveno u 7 pacientek, Nejprve snaha o úpravu dietního režimu, která byla úspěšná u 5 pacientek, u další pacientky se stupňující se frekvencí epizod potvrzena postprandiální hyperinzulinemie při oGTT, zahájena léčba diazoxidem s příznivou odpovědí. Další pacientka nyní vyšetřována, je také předpoklad hyperinzulinemické hypoglykemie,

Závěr: úprava dietního režimu je základní terapií, při neúspěchu nutné použít medikamentózní terapii, v případech nedostatečné léčebné odpovědi je nutné uvážit reverzi bariatrického výkonu.

2. Veronika Svobodová

Infekce v ráně

autoři: Veronika Svobodová, Eva Šimůnková
I.chirurgická klinika VFN Praha

Úvod

Infekce je výsledkem dynamických interakcí mezi hostitelem, potenciálním patogenem a prostředím. Dochází k ní, jestliže mikroorganismy překonají hostitelovy obranné mechanismy. Výsledkem jsou pak ničivé změny v organismu hostitele.

Obsah

Terapie infekce představuje velmi náročný proces a časná identifikace infekce snižuje riziko vzniku komplikací. Obezita je také jeden z faktorů, který výrazně ovlivňuje vznik infekce a hojení rány. V posterovém sdělení zmiňujeme rozdělení ran podle přítomnosti infekce, klinické projevy, strategii ošetření, výskyt a možnosti jejich léčby.

Závěr

Časná identifikace infekce v ráně a zvolení vhodného postupu celkové i místní léčby je základem úspěchu hojení komplikovaných ran u obézních pacientů.

3. MUDr. Robert Hvižd'

Konverze u bariatricko-metabolických výkonů

autoři: Robert Hvižd'¹, David Michalský¹, Ellen Konečná¹, Martin Matoulek²
¹ 1. chirurgická klinika VFN Praha; ² 3. interní klinika VFN Praha

Chirurgická léčba obezity a závažných komorbidit s ní spojených je v prokazatelně dlouholetém sledování neúčinnější léčbou tohoto onemocnění, řazeného mezi hlavní civilizační choroby. Dlouhodobé výsledky v úbytku hmotnosti a zlepšení či úplném vyléčení komorbidit jsou dle typu bariatricko-metabolického výkonu ve vysokém procentu velmi uspokojivé.

Přesto však i u chirurgické léčby se u části pacientů s časovým odstupem ukáže, že původně zvolený typ chirurgického výkonu není dostatečně účinný. Vzhledem k neuspokojivé účinnosti zákroku nedochází k předpokládané redukci hmotnosti ani k

očekávanému zlepšení komorbidit. Někdy naopak s přibývajícím časem může docházet k opětovnému nárůstu hmotnosti a zhoršení přidružených onemocnění.

V těchto případech jsme nuceni, vždy až po vyčerpání všech dalších možností konzervativní léčby a po přehodnocení v rámci mezioborové spolupráce, tyto pacienty indikovat k dalším operacím. Obvykle volíme konverzi na účinnější, ale zároveň složitější typ bariatricko-metabolického výkonu. Vždy se jedná o reoperace, někdy prováděné dvoufázově, tedy obtížnější operační výkony spojené s vyšším rizikem perioperačních i pooperačních komplikací.

Přehled našich dosavadních zkušeností s různými typy konverzních operací, indikace k těmto výkonům, způsob jejich provedení, možná rizika a komplikace spojené s těmito výkony předkládáme v našem posterovém sdělení.

4. MUDr. Ladislav Štěpánek

Visceral adiposity index a jeho vztah k inzulinové rezistenci – pilotní studie

autoři: Ladislav Štěpánek, Dagmar Horáková, Helena Kollárová

Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod

Stěžejní význam pro snížení morbidity a mortality v důsledku kardiovaskulárních a metabolických onemocnění má časná detekce a následné snížení jejich rizik. Tomu napomáhá i existence samostatné jednotky metabolického syndromu (MS). Elementárním patogenetickým mechanismem MS je rozvoj inzulinové rezistence (IR). Ta může být nepřímo hodnocena výpočtem homeostatických indexů (HOMA). Vedle běžně užívaných ukazatelů vztahujících se k MS se objevuje relativně nový a v běžné praxi dosud nerozšířený Visceral Adiposity Index (VAI), který vychází z rutinně získávaných antropometrických a biochemických údajů. Mohl by tak přispívat ke snadnému zhodnocení kardiometabolického rizika. Naším cílem je v této fázi především zhodnotit vztah VAI a IR.

Metodika

U souboru 50 jedinců vybraných na základě splnění alespoň 3 kritérií harmonizované definice MS byly za standardních podmínek nalačno hodnoceny tyto parametry: glykémie, inzulinémie, lipidogram, k. močová; obvod pasu, BMI, krevní tlak. Vztahy mezi vybranými proměnnými byly zkoumány pomocí vícerozměrné lineární regrese.

Výsledky

Hodnota indexu HOMA-IR, odrážejícího stav tkáňové IR, je 2,53 (95% CI 2,14-3,00), tedy v intervalu rozvinuté IR. HOMA-, hodnotící funkci buněk pankreatu, je 100,57 (95% CI 83,14-121,64), tedy odpovídající normě. Průměrná hodnota VAI je 2,21 (95% CI 1,86-2,62). Z lineární regrese, kde VAI je mezi prediktory, je patrný trend mezi VAI a HOMA-IR, respektive pak silný trend mezi VAI a HOMA- vyjádřený lineárním koeficientem 0,29 ($p=0,102$), respektive 26,02 ($p=0,052$). Z dalších výsledků je pozoruhodná silná pozitivní vazba obvodu pasu a HOMA-IR, kdy se s každým centimetrem obvodu pasu zvýší HOMA-IR o 0,11 ($p=0,003$), a trend v poklesu HOMA- v závislosti na růstu HDL s koeficientem -301,72 ($p=0,815$). Získané výsledky nevykazují významné rozdíly mezi pohlavím.

Závěr

Dosažené výsledky naznačují existenci vztahu VAI a HOMA-IR a možnost jejich využití pro predikci rozvoje MS.

Podpořeno grantem IGA LF_2017_016

5. MUDr. Pavla Kalousková

Měření složení těla metodou multifrekvenční čtyřsvodové bioelektrické impedance a duální rentgenové absorpciometrie u obézních osob

autoři: P. Kalousková, R. Taxová-Braunerová, H. Zamrazilová, B. Sedláčková, J. Pařízková, M. Hill, V. Hainer, M. Kunešová

Endokrinologický ústav, Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Praha

Úvod: Hmotnostní index, běžně používaný k diagnostice obezity, není při sledování efektu léčby postačující. Sledování změn složení těla v průběhu léčby obezity umožňuje modifikaci léčby dle aktuálních výsledků měření. Cílem studie bylo srovnat měření tukové hmoty a beztukové hmoty u obézních pacientů léčených v Endokrinologickém ústavu metodou duální rentgenové absorpciometrie (DXA) a bioelektrické impedanční analýzy (BIA).

Metodika: 72 pacientů s nadváhou nebo obezitou, z toho 61 žen, průměrný věk 46,7 let (CI 95% 43,4, 50,0), váha 101,2 kg (CI 95% 95,2, 107,2) a BMI 35,6 (CI 95% 33,8, 37,4), bylo vyšetřeno pomocí multifrekvenční bioelektrické impedance (BIA), (Tanita MC780 MA, Tanita Corp. Tokyo, Japan) a referenční metodou DXA (Lunar iDXA, GE Medical Systems, USA). Výsledky obou vyšetření byly vyhodnoceny metodou párové korelace (pearson korelace).

Výsledky: Zjistili jsme vysoce významnou korelaci mezi hmotností tukové tkáně zjištěnou DXA a BIA ($r=0,098$, $p<0,001$) v celém souboru. Hmotnost beztukové tělesné tkáně (FFM) stanovená BIA koreluje s hmotností FFM stanovenou DXA ($r=0,91$, $p<0,001$). Hodnocení kostí a centrálního tuku měřené BIA je ve srovnání s DXA orientační. Ve vyšetřené skupině byl zjištěn jeden muž se sarkopenickou obezitou (věk 36,9 let, BMI 50,3kg/m²). BIA obsah svalové hmoty ve srovnání s DXA nadhodnocuje.

Závěr: Metoda multifrekvenční bioelektrické impedance umožňuje spolehlivou analýzu obsahu tukové tkáně v těle a beztukové tělesné hmoty u obézních osob. Ve srovnání s DXA metoda BIA mírně podhodnocuje hmotnost tukové tkáně a nadhodnocuje obsah beztukové tělesné hmoty a kosterních svalů.

Podpořeno MZ ČR - RVO EÚ 00023761, Medivital.

6. MUDr. Zlatko Marinov

Prevence dětské nadváhy

autoři: Zlatko Marinov¹, Cecília Marinová²

¹ Dětská obezitologická ambulance FN Motol Praha; ² Medasol s.r.o.

Prevence obezity je její jediná účelná léčba. Preventivní programy vykazují významně vyšší efektivitu při zacílení na konkrétní skupinu. Efektivní preventivní programy sestávají z 5-6 kroků v průběhu kalendářního roku a mají poskytovat možnost individualizace podle konkrétní sociální skupiny. V prevenci civilizačních onemocnění jsou klíčové programy, které jsou zacílené na specifická časová okna. Pro prevenci dětské nadváhy to jsou období růstového spurtu v 0,5-1 roku, 3-4 a 9-11 letech. Mimo tato časová okna je cílená prevence nadváhy neúčelná. Ve vymezených obdobích zdánlivě jednoduché změny a režimová opatření dokážou zastavit nebo přibrzdit negativní trend nárůstu počtu dětí s obezitou.

V prezentaci představujeme originální preventivní projekty:

1) výstupy projektu S kojenci proti obezitě www.skojenciprotiobezite.cz, který je určen pro ambulance praktických lékařů pro děti a dorost. Během pilotním režimu prokázal signifikantní pokles BMI o 0,22 kg/m².

2) aktuálně probíhající projekt S dětmi proti nadváze www.sdetmiprotinadvaze.cz, který je určen pro rodiny s dětmi v batolecím a předškolním věku.

3) informativní portál S dětmi proti obezitě www.sdetmiprotiobezite.cz, který je určen odborníkům a rodičům dětí v mladším školním věku.

Zdravý životní styl a výživové návyky se rozvíjí od útlého dětství, ale pouze celá rodina může měnit postoje a způsob životního stylu, kterým se dá předejít vývoji nevhodných stravovacích zvyklostí, nesprávnému vztahu k jídlu a pohybovému režimu.

7. Šárka Dědourková

Ani malým slečnám se nehubne lehce

autoři: Šárka Dědourková, Renata Pilcová
EÚ Praha, Národní 8

Úvod: Obézní děti nejsou sourodou skupinou co se týče příčin i způsobů léčby obezity. Poster představí práci s dětskými pacienty v Centru pro diagnostiku a léčbu obezity Endokrinologického ústavu v Praze při léčbě dětí s nadváhou a obezitou

Metodika:

Jedná se o kazuistiku 14-leté obézní dívky, která je v podrobném sledování zahrnující pravidelný sběr auxologických parametrů (tělesná hmotnost, BMI, výška, obvod pasu, tloušťky kožních řas), fyzikální, laboratorní a endokrinologické vyšetření. Vysvětlení léčebného programu zahrnuje edukaci pacientky a jejích rodinných příslušníků, pravidelné konzultace s nutriční terapeutkou, pravidelné kontroly propočítaných jídelníčků. Pacientka je sledována v měsíčních intervalech střídavě u nutriční terapeutky a v obezitologické ambulanci. Fyzikální vyšetření se provádí v ambulanci při každé návštěvě, krevní odběry jednou ročně. U pacientky byla provedena další vyšetření, jako je nepřímá kalorimetrie a denzitometrie. V případě podezření na jinou příčinu obezity je možno realizovat i kompletní genetické vyšetření. V průběhu léčby byl kladen důraz na motivaci k dodržování doporučeného energetického příjmu pro věk a pohlaví, zařazení vhodné pohybové aktivity. Dívka prošla také lázeňskou léčbou, zaměříme se i na přínos tohoto způsobu léčby.

Závěr:

V závěru bude zhodnocen současný celkový stav, možné příčiny neúspěchu a plán další péče.

Podpořeno grantem AZV ČR 17-31670A (Endokrinologický ústav)

8. Kristýna Kadlčíková

Kazuistiky obézních pacientů v ambulantní péči na Obezitologickém oddělení

autoři: Kristýna Kadlčíková
Endokrinologický ústav Praha

Poster představuje práci nutričních terapeutek ve spolupráci s lékaři a zdravotními sestrami z Centra pro diagnostiku a léčbu obezity Endokrinologického ústavu v Praze při léčbě pacientů s nadváhou a obezitou. Předpokladem úspěchu je edukace pacienta, v případě dětského pacienta též rodičů. Vstupní kontrola zahrnuje pečlivé přeměření výšky a váhy, změření obvodu paží a boků, údaje o tloušťce kožních řas, rozsáhlý pohovor o současných stravovacích i pohybových návycích a měření složení těla metodou bioelektrické impedance. Cílem pravidelných nutričních edukací je úprava špatných stravovacích zvyklostí a absence pohybové aktivity.

Během průběžného kontrolování úspěšnosti je sledován úbytek celkové váhy a tukové hmoty, případně i změny zdravotního stavu.

První kazuistika sleduje průběh léčby mladé pacientky, jejíž vstupní váha byla klasifikována jako obezita III. stupně. Pacientka je v ambulantním ošetření od konce roku 2015 s počáteční váhou 106kg, BMI 42. Po podrobném vstupním vyšetření

a následných lékařských i nutričních kontrolách v průběhu necelých dvou let úspěšně zredukovala přes 27kg hmotnosti, a nyní se nachází v pásmu obezity I. stupně. Výsledná váha ovlivnila pacientku nejen z estetického hlediska, ale došlo také k výraznému zlepšení psychického stavu.

Druhá kazuistika popisuje redukční cestu 11letého chlapce, u kterého velkou roli hrálo rodinné prostředí a výchova. Přes počáteční odmítavý postoj rodiny se do redukce zapojila i matka a po pečlivé spolupráci došlo během 3 měsíců k úbytku tukové tkáně, navýšení svalové hmoty a výrazné změně životního stylu. V kazuistice podrobně zmiňují veškeré doporučené změny zahrnující úpravu stravování a pohybové aktivity.

Podpořeno grantem: AZV ČR 17-31670A

9. Mgr. Marie Součková

Bariatrické výkony na I.chirurgické klinice VFN v Praze

autoři: Marie Součková

I.chirurgická klinika VFN v Praze

Ošetrovatelská péče související s péčí o pacienty léčené bariatrickými metodami souvisí s adekvátním přístupem personálu, který motivuje operovaného pacienta k přijetí vhodných stravovacích návyků a životního stylu. Na edukaci pacientů se podílejí pracovníci nelékařských oborů – nutriční terapeuti, nelékařští zdravotničtí pracovníci, fyzioterapeuté, ergoterapeuté a další. Velmi častou restriktivní operační technikou je plikace žaludku (angl.laparoscopic greater curvature plication - LGCP). Plikace vede ke snížení kapacity žaludku i jeho schopnosti se rozpínat. Dochází k redukci porce jídla při snížení pocitu hladu. Další velmi častou technikou je gastrický bypass, jedná se o výkon laparoskopický, při kterém se rozdělí žaludek na horní a dolní část. Dolní část je větší a je vyřazena z pasáže i s částí tenkého střeva. Tím dochází ke zmenšení objemu žaludku a mírné malabsorpci zmenšením plochy vstřebávání. Bez spolupráce pacienta ovšem nelze zaručit úspěch jakékoliv intervence k trvalému snížení hmotnosti pacienta.

10. V. Raisová (Praha): Dlouhodobá nutriční intervence v léčbě obézního pacienta

11. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

Sledování faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby obézních pacientů

autoři: Ľubica Cibičková¹, Jan Schovánek¹, Iva Šabršulová², Kateřina Langová³

¹ III. Interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc; ² Klinika anesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Olomouc; ³ Ústav lékařské biofyziky, Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

Úvod: Obezita je v dnešní době velkým zdravotním problémem zejména z hlediska vzniku závažných komplikací. Při její terapii je apelováno na změnu životního stylu. Zatím však není zcela jasné, které z doporučovaných změn mají největší efekt na redukci hmotnosti. Cílem naší práce bylo zkoumání souvislostí mezi vybranými sledovanými parametry a celkovou úspěšností léčby obezity.

Metodika: Do studie bylo zahrnuto 136 pacientů z naší obezitologické poradny. Při přijetí do péče byli dotazováni na svou hmotnost v 18 letech, výskyt obezity v rodině, vztah ke sportu, redukční pokusy v minulosti, jo-jo efekty, pohybová omezení, přítomnost diabetu a bylo provedeno základní antropometrické vyšetření. Po pečlivé edukaci byl pacient pozván na kontrolu za 3 měsíce, kde byl opět zvážen a přeměřen a bylo sledováno, zda využil zapisování do elektronického jídelníčku a jaká další režimová opatření učinil.

Výsledky: Po statistickém zpracování námi sledovaných parametrů jsme zjistili, že vyšší hmotnostní úbytek po 3 měsících byl pozorován u pacientů, kteří užívali elektronický jídelníček ($p = 0,043$) a byl pozorován také trend vyššího úbytku hmotnosti u diabetiků ($p = 0,076$). Byla prokázána statisticky významná pozitivní korelace mezi hmotností v 18ti letech a rozdílem hmotnosti ($r = 0,0237$, $p = 0,020$). Naopak pohlaví, obezita v rodině, redukční pokusy a sportovní aktivita v minulosti vliv na hubnutí neměli.

Závěr: Úspěšnost léčby obezity je dána zejména omezením energetického příjmu, k čemuž našim pacientům dopomáhala zapisování elektronického jídelníčku. Diabetici hubli více než nediabetici, přičemž se na tomto faktu může spolupodílet možnost léčit diabetiky antidiabetiky s pozitivním vlivem na redukci hmotnosti.

Podpořeno: MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892) - 87-62

