

XIV. slovenské obezitologické dni s medzinárodnou účasťou

Nové pohľady na komplexný manažment pacienta s obezitou (2. časť)

4.–5. 11. 2016, Trnava, Slovensko

V čísle 11 bola uverejnená 1. časť obsáhlé zprávy a v tomto čísle prinášime jej dokončení.

Prednáška *Obezita ako závislosť* (P. Minárik, Pezinok) bola príspevkom do diskusie o tom, do akej miery je obezita, alebo potreba zvýšeného príjmu kalórií analógickou ku iným typom tzv. látkových závislostí. Teoreticky je možné, že potraviny napr. s vysokým obsahom tukov, cukrov triggerujú špeciálne systémy v CNS, ktoré vyúsťujú do adaptačného správania. Iný pohľad hovorí, že závislosť na jedle by mohla byť istým typom behaviorálneho fenotypu. Fakt, že CNS je „predprogramovaný“ ku hľadaniu a k reakcii na okamžité odmeny, je pomerne dobre známy. Podporením tejto teórie je aj fakt účinnosti niektorých liekov (naltrexón/bupropión) v liečbe obezity. Výsledky skríningu na monogénovú obezitu zo Slovenska prebiehajúceho v rokoch 2009–2015 (D. Gašperíková, Bratislava) – prezentácia informovala o nevyhnutnosti DNA diagnostiky, keďže jej fenotypový prejav je veľmi podobný s obezitou polygénne podmienenou, čo je dôležité nielen pre manažment týchto pacientov, ale aj pre ich stratifikáciu z hľadiska prognózy. Jednalo sa o analýzu biologického materiálu od 565 probandov. Sekvenovali (Sanger, MLPA) sa gény *MC4R*, *SIM1*, *LEP*, *LEPR*, *POMC*. Jednoznačne najčastejšie sa vyskytovala mutácia v géne *MC4R*. Aj napriek málo frekventnému výskytu monogénne podmienenej obezity je vyhľadávanie týchto pacientov dôležité najmä pre ich špecifický manažment a liečbu. Keďže nielen posledných dní, Nasledujúce dva príspevky boli venované problematike detskej obezity, ktorá je vzhľadom na narastajúcu prevalenciu výrazne pálčivou témou súčasnosti. V príspevku *Monitorovanie obezity u detí – COSI projekt v SR* (Tichá L., Bratislava) autorka prezentovala nie príliš uspokojuv zistenia projektu *Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, ktoré dokladajú vysoký výskyt obezity už v mladšom školskom veku (6–12 rokov), čo aj keď je porovnateľné s výsledkami iných krajín EÚ, je alarmujúce a jednoznačne vyžaduje zavedenie preventívnych opatrení. Nasledujúci príspevok *Psychické aspekty detskej obezity* (D. Staníková, Bratislava) pripomenul, že obezita sa spája nielen somatickými, ale aj psychickými ochoreniami, a to najčastejšie anxióznymi a depresívnymi poruchami. Ich skrining je veľmi dôležitý, no v súčasnosti sa naň nekladie dostatočný dôraz (ak vôbec) v porovnaní s intervenciou u somatických komplikácií obezity. Aktuálne sa spracovávajú výsledky pilotnej štúdie za-

meranej na zistenie prevalence najmä generalizovanej úzkostnej poruchy, separačnej anxiety, panickej poruchy a sociálnej fobie. Štúdia prebiehala na I. detskej klinike LF UK a inklúzne kritéria pre zaradení detí do štúdie bol BMI nad 97. percentil a vek 12–18 rokov. Hodnotenie využilo skriningový dotazník SCARED pre anxiózne poruchy a CES-D pre depresie. Prednáška *Zápal a oxidačný stres u obezných pacientov so syndrómom obštrukčného spánkového apnoe* (I. Mucska, Bratislava) bola venovaná liečbe CPAP. U pacientov ($n = 89$) vyšetrených v spánkovom laboratóriu po polysomnografickej verifikácii OSAS bola indikovaná liečba CPAP. Pacientom sa odobrali vzorky slín a plazmy pred liečbou, po nasadení liečby a následne po 1. a 6. mesiaci od zahájenia liečby CPAP. Hodnotili sa markery oxidačného stresu a AGEs (plazma, sliny), selektívne hodnota CRP a homocysteín v sére (rizikový faktor aterosogenézy). Autori konštatovali, že liečba CPAP znižuje hodnoty markerov oxidačného stresu ako aj AGEs (karbonylový stres). Aj iné štúdie potvrdili, že táto liečba znižuje CRP, TNF α , IL6, homocysteín, a teda u týchto pacientov znižuje riziko akcelerácie ASU. Prednáška *Porucha glukózovej tolerancie a nízka fyzická aktivita sa spájajú s poklesom kognitívnych funkcií u seniorov* (M. S chon, Bratislava) prezentovala výsledky sledovania skupiny 56 seniorov pacientov s PGT, ktorí mali nižšie celkové skóre v testoch ACE-R a MMSE. Glykémia na lačno negatívne korelovala s reakčným časom (CogState) a pozitívne s exekutívnymi a psychomotorickými funkciami (CogState). Miera fyzickej aktivity negatívne korelovala s reakčným časom (CogState) a pozitívne s exekutívnymi funkciami (CogState). Výsledok potvrdil, že PGT a nízka fyzická aktivita sú asociované s poklesom špecifických kognitívnych funkcií. Už zvýšenie fyzickej aktivity má potenciál na ich pozitívne ovplyvnenie. Predbežné výsledky prebiehajúcej randomizovanej intervenčnej klinickej štúdie (NCT02325804) priniesla prezentácia *Vplyv diéty a rezistenčného tréningu na kardiometabolické parametre* (A. Penesová, Bratislava). Do štúdie bolo doposiaľ zahrnutých 27 pacientov. Predbežné výsledky ukazujú na benefičný efekt zmeny životného štýlu na redukciu tukovej hmoty, hepatálne parametre v zmysle NAFLD ako aj na kardiometabolické parametre. Deficit vitamínu D a metabolická kompenzácia DM2T (Z. Malachovská, Košice) – tento príspevok referoval o ne-

kalcemických efektoch vrátane zvýšeného rizika pre DM2T. Výsledky sledovania naznačujú, že suplementácia vitamínom D u pacientov s DM2T by mohla viesť ku dlhodobu priaznivej redukcii závažných komplikácií a zlepšiť kvalitu života týchto pacientov. Prednáška Veľkosť LPP u pacientov s akútnymi koronárnymi syndrómami s nadváhou a obezitou (M. Pečík, Bratislava). referovala o sledovaní celého lipidového spektra vrátane veľkosti ich partikul u súboru 60 pacientov so STEMI pri ich prijatí do kardiocentra k primárnej PCI. Jednalo sa o bedside analýzu pomocou metódy Lipoprint Quantimetrix system schválenej FDA. U pacientov s AKS boli detegované vysoko aterogénne malé denzné LDL partikuly, ktoré sa u kontrol nevyskytovali. Novým zistením bol aj štatisticky signifikantný vzostup VLDL, veľkých a stredne veľkých LDL partikul, ktoré sú tiež nositeľmi istého aterogénneho potenciálu. Do budúca treba sledovať časovú dynamiku zmien v tomto spektre, nakoľko sa tieto informácie javia ako vhodné pre stratifikáciu pacientov na následnú indikáciu hypolipidemickej liečby.

Sobota 05. 11. 2016

Blokom s názvom **Nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD)**. Tejto téme bola venovaná prednáška s názvom NAFLD a hepatocelulárny karcinóm – všetky súvislosti (M. Rác, Nitra) – v 4-ročné sledovanie (2012–2016) súboru 104 pacientov s diagnostikovaným HCC rozdelených podľa prítomnosti/nepřítomnosti cirhózy. U 33% pacientov s HCC nebola preukázaná prítomnosť cirhózy, ale bola prítomná asociácia s NAFLD, metabolickým syndrómom. Na prežívanie však etiológia vplyv nemala, nepřítomnosť cirhózy nezlepšila prežívanie u pacientov. Po cirhóze je možné považovať NAFLD a metabolický syndróm za hlavné rizikové faktory HCC. Nasledoval blok **EASO/OMTF Teaching course – Multidisciplinary management of obese patients**. Prvá téma bola Obesity in Europe (H. Toplak, Rakúsko). EASO má za sebou 30 rokov svojej existencie. V roku 1998 sa stala národnou organizáciou a členovia jednotlivých obezitologických spoločností sa stali jej členmi. Tento krok výrazne napomohol ku distribúcií informácií a skúseností v odbore. Za posledných pár rokov bolo certifikovaných viac ako 70 centier zaoberajúcich sa manažmentom obezity, ktoré napomáhajú propagácií informácií o obezite naprieč celou Európou. Téma pokračovala príspevkom **A public health perspective: obesity prevention** (M. Kunešová, Česko). Prevalencia nadvahy a obezity narastá, a to najmä v infraštruktúrne rozvinutých krajinách, aj keď počty varujú na podklade zmeny v biologických, sociálnych návykoch a v návykoch správania obyvateľstva. Je nevyhnutné prehodnocovať prístup v rámci preventívneho pôsobenia – väčšia účasť rodičov vo včasnej fáze starostlivosti, zavedenie zdravého stravovania napr. v školských zariadeniach, zaradenie vhodnej fyzickej aktivity v rámci starostlivosti o deti a mládež, aj keď sú zatiaľ dôkazy o ich efektívnosti len pomerne slabé a inkonzistentné. Bolo vyvinutých

množstvo rozličných prístupov a stratégií na prevenciu nadvahy a obezity v rámci výskumných aktivít rôznych tímov. Na dosiahnutie požadovaného efektu je však nutné pokračovať vo výskume a získané výsledky implementovať do praxe. Klinický pohľad priniesla ďalšia prezentácia **Clinical evaluation of the obese patient** (C. Tsigos, Greece). Podľa európskych guidelines pre manažment obezity je na riešenie problematiky nutné zostaviť multidisciplinárny tím. Avšak všetci lekári bez ohľadu na špecializáciu by mali byť schopní zvoliť u obézneho pacienta vhodný klinický prístup, teda identifikovať genetické, environmentálne a behaviorálne faktory ktoré sa spolupodieľajú na rozvoji obezity, ako aj zistiť prípadné komplikácie. Nutné je zameranie sa na osobnú a rodinnú anamnézu a následne na dôsledné klinické vyšetrenie obézneho pacienta. Na ozrejenie metabolických komplikácií je nevyhnutný biochemický skrining. Následne je nutné o všetkom pacienta adekvátne a pravdivo informovať s navrhnutím objektívne najlepšieho plánu terapeutickkej intervencie „ušiť“ na mieru konkrétneho pacienta. Len tak je možné dosiahnutie dlhodobého pozitívneho efektu terapie. Rámcu fyzickej aktivity ako možnej intervencie u obéznych pacientov sa venovala téma **Physical activity in obese patients** (B. Ukropcová, Slovensko). Sedavý životný štýl nevyhnutne spôsobuje pozitívnu energetickú bilanciu, a je tak spoluzodpovedný za epidémiu obezity. Práve zvýšená fyzická aktivita je asociovaná s redukcíou mortality v súvislosti s obezitou, zatiaľ čo nízka fyzická zdatnosť je prediktorom zvýšenej mortality nezávisle na obezite. Intervencia v zmysle 3- až 4-mesačnej fyzickej aktivity (cvičenia) signifikantne zníži obvod pásu ako aj množstvo subkutánneho a viscerálneho tukového tkaniva u obéznych mužov a žien bez výraznej zmeny ich hmotnosti. Tento efekt na zmenu telesnej kompozície je dôležitý a je dôležité sa naň upriamiť najmä u pacientov, ktorí sú rýchlo demotivovaní pomalou zmenou ich výslednej telesnej hmotnosti. Samozrejme fyzická aktivita je primárna intervencia a kľúčový bod pri mnohých chronických ochoreniach vrátane obezity. V rámci „preskribcie aktivity“ pacientom je nutné vytvoriť profil ich dennej fyzickej aktivity, svalovej sily, analýzu telesného zloženia a zadefinovať komorbiditu, prípadne zdravotné obmedzenia u konkrétneho pacienta. Následne „preskribujeme“ aktivitu v rámci charakteristiky jej typu, frekvencie, intenzity a dĺžky trvania. Do spolupráce je nevyhnutné zahrnúť lekárov primárneho kontaktu, športových lekárov, fyzioterapeutov a profesionálnych športových trénerov. Nasledovala téma **Pharmacotherapy of obesity** (V. Hainer, Česko). Jedná sa o integrovanú súčasť komplexného manažmentu pacienta s obezitou spolu s nízkoenergetickou diétou, zvýšením fyzickej aktivity a kognitívne behaviorálnou modifikáciou životného štýlu. Po období skepticizmu sa v posledných 4 rokoch objavujú nové antiobezitá (Lorcaserín, PHEN / TPM, NAL / BUP, Liraglutid), z toho Orlistat a NAL/BUP sú dostupné v EÚ. Okrem poklesu telesnej hmotnosti ovplyvňujú lipidový profil, glukózovú homeostázu a kvalitu života pacienta.

Liraglutid a PHEN/TPM okrem iného pôsobia aj na zníženie krvného tlaku. Z dlhodobého hľadiska ide o prevenciu pred kardiometabolickými komplikáciami obezity najmä u pacientov v strednom veku. Ich potenciál však môže byť naplno vyťažený iba v prípade ich správne indikovanej preskripcie edukovanými lekármi. Nakoľko protipólom/doplnením farmakoterapie obezity je bariatricko-metabolická chirurgia, jej problematike sa venovala prednáška *European guidelines for metabolic surgery* (V. Yumuk, Turecko). Chirurgická intervencia je indikovaná u pacientov vo vekovom rozmedzí 18–60 rokov s BMI > 40, alebo u pacientov ktorých BMI je v rozmedzí 39,9–35 majúcih komorbidít. V relatívnej individuálnej indikácii sú pacienti s BMI v rozmedzí 35–30, ktorí majú DM2T, nakoľko existujú EBM dáta, že bariatria zlepšuje priebeh DM2T. Indikácia by mala vychádzať z multidisciplinárneho konsenzu odborníkov a na prvom mieste by mala byť laparoskopická intervencia. Samozrejmosťou je liečba komorbidít pacienta nielen pred ale aj a najmä po bariatrickej chirurgii. Najčastejšie operácie v dnešnej dobe sú gastrické bandáže, sleeve gastrektómie a žalúdočné bypassy. V nasledujúcom období je nutné najmä prehodnocovať a intenzifikovať úpravu nutričných deficiencií u týchto pacientov, detegovať a následne riešiť včasné pooperačné komplikácie a komorbidít, ktoré majú dopad na dlhodobý outcome pacientov po tomto type chirurgickej intervencie. Nakoľko sa obezita veľmi často asociuje s DM a AH, posledné dve prednášky sa dotkli práve tejto problematiky. Prvá bola *Diabetes treatment in the obese* (L. Fábryová, Bratislava). Epidémia obezity je v súčasnosti jeden z najdôležitejších problémov v rámci verejného zdravia. Slovensko taktiež nie je výnimkou a žiaľ, nezaostáva v rámci svetových štatistík. V rámci slovenskej populácie trpí 61,8% nadhmotnosťou až obezitou (2012). Tento stav zvyšuje prevalenciu množstva chronických ochorení, v rámci rizika rozvoja DM2T je to asi 60 %. Podľa údajov NCZI (2012) je na Slovensku registrovaných 342 124 diabetikov, z toho viac ako 300 000 (90 %) tvorí DM2T. Takmer 90 % týchto pacientov trpí nadhmotnosťou alebo obezitou. Prvou líniou liečby je teda nízkokalorická diéta, zvýšenie fyzickej aktivity spolu s behaviorálnou terapiou. Už „len“ táto intervencia vedie v priebehu 3–12 mesiacov ku redukcii iniciálnej telesnej hmotnosti o 8 %. Samozrejme kompliance pacientov v rámci tohto prístupu je často veľmi nízka a po čase (dlhodobá terapia) takmer vždy zlyhá. V tomto bode sa pristupuje ku druhej „záložnej“ línii v rámci terapie a síce ku využitiu antiobezitík, ktorých cieľom nie je len zníženie hmotnosti, ale aj a najmä redukcia kardiometabolického rizika, KV morbidít a mortality. Po tejto možnosti nasleduje bariatricko-metabolická chirurgia. Prístup ku diabetikom je proti nediabetikom náročnejší, nakoľko diabetici znižujú svoju hmotnosť pomalšie, a naopak jej nárast je oveľa progresívnejší. Ich špecifický manažment si preto vyžaduje voľbu takých liekov (PAD, inzulín), ktoré majú vplyv na redukciiu hmotnosti, alebo sú hmotnostne neutrálne. Blok uzavrela prednáška *Obesity and hypertension management* (M. Holecki, Poľsko). Riziko rozvoja AH u obézneho dospelého pacienta je 2–3-násobne vyššie,

u detského pacienta je riziko vyššie až 7-násobne v porovnaní s človekom normálnej hmotnosti. Koexistencia obezity a hypertenzie je u mužov 78 % a u žien 65 %. Rozvoj AH v tomto kontexte je na podklade excesívnej aktivácie sympatikového autonómneho nervového systému prostredníctvom RAAS, endotelovej dysfunkcie, nadmerného zadržiavania tekutiny vplyvom retencie sodíka v rámci jeho zvýšenej tubulárnej reabsorpcie pod vplyvom aldosterónu a na podklade zníženej sérovej koncentrácie ANP. Je teda jednoznačné, že vhodné zvolená terapia musí mieriť nielen na obezitu ako takú, ale má cieľne interferovať aj s komorbiditami medzi ktoré jednoznačne zaraďujeme aj AH.

Posledné dva bloky tohtoročných SOD boli **Artérová hypertenzia a aterogénne dyslipidémia – frekventné komorbidít u obéznych pacientov a Obezita v praxi, fyzická záťaž.**

V rámci prvého bloku sa téma orientovala na kombinovanú terapiu u obéznych pacientov. Celkový pohľad na terapiu AH priniesol príspevok *Kombinovaná antihypertenzívna liečba u obéznych pacientov* (A. Vachulová, Bratislava) a po nej nasledovala téma lipidovej kontroly v rámci najnovších odporúčaní *Európsky konsenzus o použití kombinovanej liečby (fenofibrát/statín) pri aterogénnej dyslipidémii vo svetle nových guidelines* (B. Vohnout, Bratislava). V poslednom bloku bola prvá prednáška *Efekt 3-mesačnej tréningovej intervencie na metabolické zdravie, fyzickú zdatnosť a kostrový sval u seniorov* (Z. Janáková, Bratislava). Ďalšie dve prednášky sa venovali prevencii metabolického syndrómu v rámci stanovenia centrálnej obezity meraním obvodu pásu, alebo pomerom obvod pásu/výška (M. Csongová, Bratislava) a vyšetreniu prístrojom BOSO ABI v praxi (P. Pávek, Nové Město na Moravě). Jedná sa o včasnú diagnostiku ICHDK oscilometrickou metódou v rámci stanovenia ABI. Metóda je vysoko špecifická (96 %-100 %) a pomerne vysoko senzitivná (75 % – 95 %). Z dvoch kazuistík sa preukázalo, ako efektívne je možné danú metódu využiť v klinickej praxi najmä v rámci svojej jednoduchosti a výpovednej hodnoty. Fenotypu metabolicky zdravých centrálnych obéznych mladistvých a dospelých pacientov bez diabetu sa venovala K. Šebeková, Bratislava. Problematike fyzickej aktivity a s ňou spojennej endokrinnnej aktivity kostrového svalu sa dotkli prednášky *Pravidelné cvičenie pozitívne ovplyvňuje kardiovaskulárne riziko, telesné zloženie a hladinu afamínu v cirkulácii u pacientov s Parkinsonovou chorobou* (P. Krumpolec, Bratislava) a *Endokrinná aktivita kostrového svalu pri obezite a DM2T: in vitro a in vivo štúdie* (D. Máderová, Bratislava). Program uzavrela posledná prednáška na tému *Potravinová preferencia, obezita, inzulínová senzitivita a metabolická flexibilita: existuje prepojenie?* (L. Jacková, Bratislava).

MUC. Michal Pečík

✉ pecikm@gmail.com

www.fmed.uniba.sk

Doručeno do redakce 21. 11. 2016