

obsah

Nejvýznamnější novinkou je potvrzení významu bariatrie

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., shrnuje nejnovější poznatky týkající se obezitologie. Připomíná, že na posledním kongresu Evropské společnosti pro výzkum diabetu byla mimo jiné prezentována data, která naznačují, že po některých bariatrických operacích lze kromě snížení hmotnosti pacienta očekávat i zlepšení jeho metabolické kompenzace diabetu.

str. 3

Obezita je život ohrožující onemocnění



O obezitě, bariatrické chirurgii a pozornosti, kterou jim věnuje firma Johnson & Johnson, hovoří MUDr. Helena Nebeská, ředitelka divize Ethicon Endo-Surgery.

str. 4

Bariatrie na vlastní kůži

Jako důkaz, že jednoduchá cesta k trvalé redukci hmotnosti pomocí „zázračných“ diet neexistuje, může posloužit kasuistika paní Marie N., která se se čtenáři MT podělila o zkušenosti s hubnutím po bariatrické operaci.

str. 6

Bariatrie nezkrásluje, ale uzdravuje



„Jen mizivé procento pacientů s těžkou obezitou je schopno si bez chirurgické pomoci svou redukovanou hmotnost udržet,“ komentuje případ paní Marie N., který je pro obezitu velmi typický, prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

str. 7



OB KLINIKA PRAHA

CENTRUM PRO LÉČBU OBEZITY A METABOLICKÝCH PORUCH

Nové bariatrické centrum a stav bariatrie v ČR

Pod názvem OB klinika, a. s., se skrývá centrum pro léčbu obezity a metabolických onemocnění. Nové pracoviště bude poskytovat komplexní multidisciplinární péči o obeztní nemocné.

Tým OB kliniky navazuje na úspěšné několikaleté období na jiném pracovišti, kdy se díky přítomnosti špičkových odborníků v oblasti obezitologie spolupodílel na vypracování a zavedení standardů multidisciplinární péče o obeztní nemocné. Tyto standardy byly přijaty jako závazná doporučení pro léčbu obezity a k ní přidružených onemocnění nejen odbornými společnostmi v ČR (Česká obezitologická společnost ČLS JEP, Bariatrická sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP), ale i na evropské úrovni.

Nyní prakticky celý tým přechází z původního pracoviště na pracoviště nové – OB kliniku. Její tým se bude i nadále zabývat problematikou komplexní léčby a prevence obezity a k ní přidružených metabolických onemocnění. Centrum je zaměřeno především na léčbu těch nejzávažnějších forem obezity (morbidní obezita) u pacientů s BMI > 35, resp. 40 a na léčbu s ní souvisejících onemocnění, jako jsou diabetes mellitus 2. typu, dyslipidémie, poruchy nosných kloubů a další. Kromě toho se centrum věnuje také léčbě jiných chirurgických i interních onemocnění, a to zejména metodou miniinvazivní laparoskopické chirurgie a konzervativními postupy.

OB klinika plánuje, že se stane největším obezitologicko-bariatrickým pracovištěm v ČR. V rámci komplexního přístupu k problematice obezity nabízí pacientům celou škálu léčebných postupů: od konzervativního interně-obezitologického postupu, zaměřeného na behaviorálně-dietologickou a pohybovou terapii, přes kombinaci s farmakoterapií až po nejmodernější metody bariatrické a metabolické chirurgie.

V rámci vysoce odborného multidisciplinárního přístupu k léčbě obezity bude pacienty přicházející do centra vyšetřovat a léčit celá řada předních českých odborníků v oborech obezitologie, diabetologie,

bariatrické chirurgie a gastroenterologie. Namátkou lze některé pracovníky či spolupracovníky OB kliniky jmenovat: prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc., doc. MUDr. Marie Kunešová, CSc., prof. MUDr. Martin Fried, CSc., a další. Centrum samozřejmě nabízí i péči v dalších specializacích, které jsou důležité pro úspěšnou léčbu morbidně obeztních pacientů, v dietologii, psychologii a v dalších oborech.

OB klinika poskytuje v rámci své komplexnosti kromě specializované ambulantní léčby také špičkově vybavené lůžkové oddě-



Část ambulantních specialistů týmu OB kliniky.

lení, operační sály a jednotku intenzivní péče, což umožňuje provádět celé spektrum bariatrických chirurgických zákroků i miniinvazivní operace pro jiná chirurgická onemocnění. OB klinika nabízí péči na vysokém evropském standardu i pro polymorbidní obeztní. Centrum je příkladem možné a oboustranně výhodné spolupráce nestátního zdravotnického zařízení s akademickými institucemi. Stane se výukovým pracovištěm 1. lékařské fakulty UK v Praze, již nyní je jako první v České republice akreditováno Evropskou komisí pro chirurgickou léčbu obezity,

od 1. listopadu, kdy začalo fungovat, je držitelem titulu „European Center of Excellence for Multidisciplinary Treatment of Obesity“. Pravidelně se bude podílet na výuce chirurgie studentů všeobecného lékařství 4. ročníku 1. LF UK.

Vzhledem ke špičkovému personálnímu i přístrojovému vybavení a k vysoké úrovni týmové péče o obeztní nemocné bylo centrum vyhlášeno evropským referenčním centrem mezinárodní organizace IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) i mezinárodním výukovým centrem společnosti Johnson & Johnson.

Zbrusu nová, přesto s bohatými zkušenostmi

Narůstající celosvětová epidemie obezity vyžaduje komplexní řešení. Zatím jsou jedinou dlouhodobě úspěšnou metodou dosažení trvalé redukce hmotnosti u vysoce obeztních pacientů bariatrické operace. Prof. MUDr. Martin Fried, CSc., předseda České obezitologické společnosti ČLS JEP, předseda Bariatrické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP a přednosta nově vzniklé OB kliniky, je spolu s dalšími kolegy autorem mezinárodních doporučení pro léčbu těžké obezity, vede české i mezinárodní edukační projekty.

Jak byste charakterizovali nové pracoviště, OB kliniku?

To, co tu teď vzniká, vychází z předchozí práce a zkušeností týmu, jenž téměř celý přechází na nové pracoviště jménem OB klinika. Navazujeme na svoji práci započatou v uplynulých čtyřech až pěti letech. Nové, právě vzniklé pracoviště je unikátní právě tím, že je tým fyzicky koncentrován na jednom místě. Pokaždé, když pacient přijde, jednotliví odborníci jsou ihned k dispozici. Pacient se tak setkává stále s týmiž, jemu známými lékaři, renomovanými odborníky v oboru obezitologie a bariatrická chirur-

gie. Tým se začne také profilovat dalším směrem, který je v současnosti velmi důležitý, k chirurgické léčbě metabolických onemocnění, tzv. metabolické chirurgii.

Jak se vyrovnáváte se standardy platícími nejen v Česku?

Mnozí členové týmu OB kliniky se spolupodíleli na tvorbě evropských standardů pro chirurgickou léčbu obezity. Tým má za cíl pokračovat v rozvíjení standardů směrem k větším detailům a konkrétnosti. V současnosti vytváříme koncepci, jak evropské standardy zasadit do českého prostředí, aby se moh-

lo vyprofilovat tak šest sedm bariatrických center. Důležité je, aby standardy byly pro centra splnitelné, ale na druhé straně, aby byly dostatečné pro zajištění vysoké kvality péče a bezpečí pacienta.

Snažíme se tedy vytvořit adaptované standardy pro české prostředí, ty evropské jako celek by totiž bylo schopné splnit maximálně jedno centrum v České republice. Jen pro příklad: operační stůl podle evropských standardů musí mít nosnost 250 kg, takový stojí kolem tří milionů. A nejde jen o vybavení operačních sálů, ale také o postele pacientů, židle, vyšetřovací lůžka. Na trhu je velmi omezený vý-



Prof. Martin Fried

běr židlí s nosností 250 kg, všechny běžné mají nosnost maximálně 140 kg. Centrum musí být tedy dostatečně vybavené, aby bylo pro pacienty i personál bezpečné.

Platné evropské standardy lze najít na www.eac-bs.com – European Accreditation Council for Bariatric Surgery. Ty přesně stanoví, jaké zkušenosti by měl mít bariatrický chirurg, které odbornosti by měly být sdruženy v CeO (pozn. red.: Certificate of Excellence), kolik bariatrických výkonů by mělo centrum ročně provést, a další kritéria. Je známo i z jiných oborů, že lepších výsledků dosahují pracoviště s větším počtem výkonů, s vyšším počtem ošetřených pacientů. Certifikaci CeO získává jak chirurg, tak celé pracoviště.

V čem je OB klinika v českém prostředí unikátní?

Náš úspěch, úspěch našeho týmu, spočívá mimo jiné i v tom, že jsme

Dokončení na str. 2

Zbrusu nová, přesto s bohatými zkušenostmi

Dokončení ze str. 1

první pracoviště v České republice, které má evropskou bariatrickou akreditaci. Mezinárodní renomé našeho týmu potvrzuje i nevšední zájem o spolupráci. Byli jsme osloveni významným akademickým obezitologickým pracovištěm Imperial College London a také švédskou Sahlgrenska University. Obě univerzity mají zájem na úzké spolupráci s OB klinikou a jejím týmem na výzkumných projektech. Je to potěšitelný fakt, který odráží i kvalitu a úroveň poskytnuté péče.

Jak vnímají bariatrický přístup další čeští odborníci?

V české obezitologii se historicky podařilo vytvořit spolupracující a nekonfliktní prostředí. V 80. letech minulého století položili základy spolupráce obezitologů – internistů a chirurgů – profesor Jiří Šonka, docent Vojtěch Hainer, profesorka Marie Pešková a další významné osobnosti. V současnosti se v této tradici úspěšně pokračuje. Dobrým příkladem takové spolupráce na poli obezitologie a metabolických onemocnění může být práce Expertní skupiny pro obezitologii (ESO), v níž jsou zastoupeni svými představiteli velké odborné společnosti ČLS JEP – internistická, diabetologická, chirurgická,

obezitolická a Společnost všeobecného lékařství. To považují za velký úspěch. V mnoha zemích se o podobnou spolupráci dlouho a zatím neúspěšně snaží a jsem rád, že u nás se již uskutečnila.

Bariatrické operace nevedou jen k redukci hmotnosti, ale mají i metabolický efekt. Znamená to, že mohou pomoci i neobézním?

Metabolickými onemocněními tu rozumíme především cukrovku druhého typu, poruchy lipidového metabolismu atd. Diabetes 2. typu je léčitelný i chirurgickým způsobem. Jde o ten typ diabetu, kdy je pacient ve většině případů obézní. Nicméně u části pacientů v populaci se tento typ cukrovky vyskytuje i u neobézních a také u nich lze chirurgicky cukrovku léčit a vyléčit. Kromě klasických bandáží žaludku existují také další operační postupy, například takzvaná biliopankreatická diverze, gastrické bypassy a rukávové resekce žaludku, které mají výrazný metabolický efekt.

Takzvaná transpozice ilea je další výkon patřící do čistě metabolické chirurgie. Laicky řečeno, jde o předsunutí části tenkého střeva dopředu, blíže k žaludku. Tento mechanismus se osvědčil při léčbě cukrovky, kdy pouze částečně nadržovaná potrava přichází do styku s jinou částí střeva, než na kterou

je organismus zvyklý, což spouští celou řadu hormonálních odpovědí na nově vzniklou situaci. Jedním z hlavních důsledků tohoto stavu je zvýšená vnímavost tkání k inzulinu. Takže i v případě, kdy je ho produkováno méně, se diabetik léčí.

Nakolik držíte krok s vývojem chirurgických metod?

Mimo zmíněné aktivity v oblasti metabolické chirurgie a spolupráce jak s 1. LF UK v Praze, tak i se zahraničními univerzitami se budeme věnovat také zdokonalování existujících bariatrických metod, a to především ve smyslu šetrnosti k pacientovi. Konkrétně jde o takzvanou rukávovou resekci žaludku neboli tubulizaci žaludku (sleeve gastrectomy). V současnosti se provádí tak, že se při operaci musí odstranit velká část jinak zdravého žaludku. Nyní vyvíjíme novou metodu, která by měla umožnit dosáhnout stejných výsledků, avšak s tím, že žaludek nemusíme nevratně odstranit, ale ponecháme ho celý v těle. Dokonce ho necháme téměř zcela netknutý, jen ho určitým způsobem prošíjeme. Díky v budoucnu bylo z různých důvodů, a nemusí jít jen o obezitologii či metabolickou chirurgii, zapotřebí žaludek znovu „zapojit“ a použít, je možné pouze stehy přestříhnout a žaludek je znovu takový, jaký byl před operací.

Budeme mezi prvními třemi pracovišti na světě, která tuto metodu provádí. První začali v Cleveland Clinic ve Spojených státech, několik operací provedli v Indii. Cílem této operace je minimalizovat zátěž pacienta a přitom provést co nejúčinnější výkon.

Náš tým získal několik studií a grantů. Pracujeme na českých i evropských výzkumných projektech v rámci obezitologie a metabolické chirurgie. Velmi úzce spolupracujeme se III. interní klinikou Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, s Endokrinologickým ústavem v Praze a s dalšími pracovišti.

Máte vůbec ještě čas poskytovat informace českým kolegům, kteří by měli zájem o vybudování podobného pracoviště?

Máme. Každých šest až osm týdnů pořádáme cyklickou výuku, konzultace, workshopy. Naše aktivita je zaměřena na týmovou spolupráci, proto školíme celé týmy, sestry z operačních sálů, psychology, internisty a chirurgy a další. Mohou s námi sledovat průběh léčebného procesu u pacientů i formální prezentace, jak by podle nás měla vypadat struktura bariatrického pracoviště; probíráme s nimi standardy péče a vysvětlujeme jim, v čem především spočívá léčba,

na co se zaměřit, aby dosáhli vysoké úspěšnosti.

Organizujeme tedy zhruba deset workshopů ročně. Jsou určeny jak pro české zájemce, tak pro experty ze zahraničí. Školili jsme již překvapivě velké množství chirurgů z Velké Británie, z USA, byli tu také odborníci z Hongkongu a Singapuru. V posledních dvou jmenovaných zemích jde o velmi aktuální problém, obezita je zde na vzestupu. Nejde o tak velké procento jako v Evropě či Spojených státech, nicméně 2 až 3 % populace v těchto lidnatých zemích představují vysoký počet nemocných.

Lze název OB klinika číst i tak, že obezitologie není vaší jedinou plánovanou aktivitou?

Ano, jakmile se rozběhne obezitologicko-bariatrická část, budeme rozšiřovat pole působnosti o ortopedii. Předpokládáme, že k tomu dojde na přelomu prvního a druhého čtvrtletí příštího roku. Důvodem je fakt, že mnoho obézních pacientů trpí poruchami hybnosti, kloubů, páteře. Chtěli bychom se tedy soustředit i na ortopedickou problematiku, ať už artroskopickou nebo na řešení problematiky velkých kloubů, jako jsou kolena a kyčle. Nebudeme však orientováni pouze na obézní pacienty, budeme léčit všechny, kdo to potřebují.

Hradí bariatrické výkony na OB klinice zdravotní pojišťovny?

Pojišťovny chápou, že úspěšnost a bezpečnost této léčby je vysoce závislá na přítomnosti a spolupráci velmi zkušených odborníků a týmů. Přestože OB klinika je velmi mladé pracoviště, setkáváme se se vstřícným přístupem. Zdravotní pojišťovny uznávají a vědí, že tým, který pracuje na naší klinice, je velmi zkušený jak v českém, tak evropském kontextu a dosahuje výborných dlouhodobých výsledků léčby. Proto je naše péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Kde vás pacienti nyní najdou?

Hlavní kancelář a sídlo máme v ulici Pod Krejčárkem na Praze 3, kde se dokončuje velké reprezentativní pracoviště. V současné době provozně sídlíme v Londýnské 39, Praha 2, (tel.: 255 725 111). Vybavení současného působiště plně splňuje všechny standardy, mají tu ordinace naši odborníci, funguje zde moderní operační sál. Nicméně v rámci plánů na další rozšíření aktivit přejdeme v průběhu jarních měsíců 2010 do nových prostor. Velmi nás těší, že za první dva týdny provozu nové OB kliniky si nás našlo téměř pět set pacientů. ■

EXPERTNÍ SKUPINA PRO OBEZITU:

Stanovisko k pandemii obezity

Členové Expertní skupiny pro obezitu:

Doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc., prof. MUDr. Richard Česka, CSc., MUDr. Michal Čierny, CSc., prof. MUDr. Martin Fried, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc., prof. MUDr. Mojmir Kasalický, CSc., PhDr. Iva Málková, MUDr. Dana Müllerová, Ph.D., prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc., prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., prim. MUDr. Petr Sucharda, CSc., prof. MUDr. Štěpán Svachna, DrSc.

Výskyt obezity, závažného a život ohrožujícího onemocnění, rychle narůstá v celosvětovém měřítku. Také v Česku obézních mužů a žen každým rokem přibývá – v současnosti je v dospělé populaci 23 % obézních a dalších téměř 30 % osob s nadváhou, což je více než půldruhého milionu obyvatel ČR.

Nadváha a zejména závažná obezita jsou spojeny se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních chorob včetně hypertenze, dyslipidémie, nealkoholické steatohepatitidy, chorob žlučníku, onemocnění pohybového aparátu a mnoha typů nádorů. Obezita zkracuje očekávanou délku života. Jedno úmrtí z každých 13 je v zemích Evropské unie vázáno na nadměrnou hmotnost a další zdravotní komplikace s ní spojené. Naprosto zásadní úlohu má obezita ve vývoji diabetu 2. typu – dvě třetiny mužů a tři čtvrtiny žen s diabetem mají nadváhu nebo jsou obézní.

V nárůstu obézních Česká republika kopíruje celosvětový trend. V produktivním věku (25 až 65 let) je více než 200 000 vysoce obézních pacientů (obezita 3. stupně) a dalších 500 000 s 2. stupněm obezity. Průměrné roční náklady na léčbu takového pacienta dosahují 115 000 Kč a narůstají se zvyšujícím se počtem přidružených komplikací, zejména metabolických. Přímé náklady na zdravotní péči o vysoce obézní (BMI ≥ 35) jsou trojnásobně vyšší v porovnání s náklady u osob s normální hmotností a tvoří až 9 % z celkových zdravotních výdajů, tedy desítky miliard Kč. Přitom nejsou zdaleka jedinými výdaji. Těžce obézní pacienti se častěji a v mladším věku stávají práce neschopnými, jsou také mnohem častěji dlouhodobě nezaměstnaní.

Nejúčinnější způsob léčby obezity i provázejících metabolických onemocnění je chirurgický výkon (bariatrická, resp. metabolická chirurgie). V případě diabetu 2. typu se dosahuje vyléčení (vymizení příznaků a možnosti vysazení inzulinu i jiných léků) u 57 až 95 % pacientů podle typu operace. Jsou-li pacienti komplexně léčeni v interdisciplinárních centrech pro léčbu obezity a metabolických onemocnění s kvalifikovaným personálem a odpovídajícím vybavením, dochází podle dlouhodobého sledování k podstatnému poklesu nemocnosti, úmrtnosti i ke snížení rizika vývoje nových chorob souvisejících s obezitou, ke snížení potřeby zdravotní péče a k poklesu přímých nákladů na ni.

Jestliže nebudou přijata zásadní léčebná a preventivní opatření, stanou se obezita a přidružená metabolická onemocnění během několika následujících let ekonomicky i zdravotnický neřešitelným problémem.

Fakta o obezitě

Obezita je závažné chronické metabolické onemocnění, které charakterizuje zvýšené ukládání tělesného tuku. Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za globální epidemii, představující jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů současnosti. Nadváha a obezita se vyskytují celkem u 80 % evropských pacientů s diabetem mellitus 2. typu, u 35 % těchto pacientů s ischemickou chorobou srdeční a u 55 % pacientů s vysokým krevním tlakem. Odhaduje se, že jedno z třinácti úmrtí ročně v Evropě přímo souvisí s nadváhou a obezitou, každé čtvrté úmrtí souvisí s obezitou či s ní souvisejícím přidruženým onemocněním.

WHO označila v roce 2002 problém nadváhy za šesté nejdůležitější riziko ohrožující lidské zdraví.

V mužské populaci v Evropě se obezita vyskytuje u 10 až 25 % a u žen je to 10 až 30 procent. V posledních deseti letech došlo k vzestupu prevalence obezity o 10 až 40 % ve většině evropských zemí. Obezita a nadváha postihují více než 50 % obyvatel Evropy a vyskytují se ve vyšším procentu u mužů. Rychlý vzestup prevalence v uplynulých 20 letech je výsledkem sociálně-kulturních vlivů.

Chirurgická léčba těžké obezity

Bariatrická chirurgie (chirurgická léčba obezity) prokázala, že je nejúčinnějším způsobem léčby pacientů se 3. (nejtěžším) stupněm (morbidní) obezity. Současné dlouhodobé studie ukazují, že po bariatrickém výkonu dochází k podstatnému snížení úmrtnosti i k poklesu rizika vývoje nových chorob souvisejících s obezitou, ke snížení potřeby zdravotní péče a k poklesu přímých nákladů na ni.

Počet bariatrických operací za rok

| Země | Počet všech bariatrických výkonů | Z toho bandáží žaludku | Počet všech operací na 100 000 obyvatel |
|----------------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| Francie | 17 441 | 11 950 | 27,0 |
| Belgie | 8 078 | 2 961 | 75,0 |
| Skandinávie a baltské země | 5 700 | 900 | 22,8 |
| Itálie | 5 100 | 3 500 | 8,5 |
| Velká Británie | 5 348 | 2 852 | 8,7 |
| Španělsko | 5 176 | 660 | 11,3 |
| Řecko | 3 230 | 2 650 | 28,8 |
| Nizozemsko | 2 694 | 1 950 | 16,3 |
| Německo | 2 621 | 1 500 | 3,1 |
| Izrael | 2 546 | 2 100 | 34,9 |
| Švýcarsko | 2 000 | 100 | 26,3 |
| Rakousko | 1 940 | 1 115 | 23,3 |
| Portugalsko | 1 685 | 1 240 | 15,9 |
| ČR/SR | 950 | 800 | 5,9 |
| Irsko | 110 | 45 | 2,5 |

trickém výkonu dochází k podstatnému snížení úmrtnosti i k poklesu rizika vývoje nových chorob souvisejících s obezitou, ke snížení potřeby zdravotní péče a poklesu přímých nákladů na zdravotní péči. Bariatrická chirurgie je zavedenou a nedílnou součástí komplexní léčby vysoce obézních nemocných.

Následná doporučení byla vytvořena mezioborovou spoluprací významných odborníků mezinárodních lékařských společností na poli obezitologie:

- ▶ IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity,
- ▶ IFSO-EC – International Federation for the Surgery of Obesity/European Chapter,
- ▶ EASO – European Association for the Study of Obesity,
- ▶ IOTF – International Obesity Task Force,
- ▶ ECOG – European Childhood Obesity Group.

Indikace bariatrických výkonů

Pacienti ve věku 18 až 60 let

1. s BMI ≥ 40 kg/m²;
2. s BMI 35 až 40 kg/m² s komplikacemi, u nichž je předpoklad zlepšení po snížení hmotnosti navozeném chirurgickým výkonem (tj. metabolické poruchy, kardiopulmonální choroby, závažná kloubní onemocnění, závažné psychologické problémy vázané na obezitu);

Čeští odborníci patří ke světové špičce, v počtu bariatrických operací však Česko zaostává. V současnosti se tvoří evropský systém akreditovaných a certifikovaných pracovišť, jeho kritéria nyní splňuje asi 50 evropských bariatrických center, v ČR je takové pracoviště jediné – OB klinika. V průběhu příštích let se předpokládá, že celkový počet certifikovaných Centers of Excellence bude v Evropě činit asi 200, v České republice zhruba šest.

V současnosti je léčen chirurgicky jen zlomek obézních, kteří splňují indikační kritéria pro bariatrický výkon.

Nejvýznamnější novinkou je potvrzení významu bariatrie

Již mnoho let se ví, že obezita jde ruku v ruce s dalšími chorobami, a to především s diabetem druhého typu. Společně představují i významné kardiovaskulární riziko pro pacienty. Proto jsme požádali o názor předního českého odborníka, prof. MUDr. Štěpána Svačinu, DrSc., přednostu III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Můžete, prosím, pro čtenáře MT shrnout nejnovější poznatky týkající se obezitologie?

Novinek je mnoho a bariatrie mezi nimi zaujímá přední místo. Například na letošním kongresu Evropské společnosti pro výzkum diabetu (45th Annual Meeting of European Association for the Study of Diabetes, EASD), konaném koncem září ve Vídni, se diskutovalo hodně o tom, že bariatrie je nejspěšnějším postupem v léčbě nejen závažné obezity, ale i diabetu 2. typu. Navíc poukazuje na další možné mechanismy působení i konzervativní léčby tím, že dává impuls dalšímu výzkumu na poli farmakologie.

Chirurgie a farmakologie nemají na první pohled př-

liš mnoho společného. Lékařská (i laická) veřejnost je vnímá jako dvě odlišné metody. Bariatrickou operací se zmenší žaludek, obézní pacient má dříve pocit sytosti při nižším přísunu potravy čili i kalorií. Existují tedy i další změny v organismu operovaného?

Ano, právě proto se v poslední době mluví o metabolické chirurgii. Na uvedeném kongresu bylo například prezentováno, že po transpozici ilea, tedy když se „přešije“ terminální úsek ilea do proximální části trávicí trubice bez vzniku jakéhokoli zkratu či zmenšení kapacity GIT, se zlepšil a často úplně vymizel diabetes 2. typu. Je známo, že tento efekt má transpozice ilea i u lidí s normální hmotností nebo

s hmotností v pásmu mírné nadváhy. Také u obézních došlo u řady typů výkonů k pozitivnímu působení na diabetes dříve, než došlo k podstatnější redukci hmotnosti.

Čím se tento jev vysvětluje?

Existuje horní střevní hypotéza a dolní střevní hypotéza. Horní střevní hypotéza se pokouší vysvětlit situaci, kdy se operací obejde proximální část tenkého střeva, tedy duodenum, které by mohlo produkovat diabetogenní látky, a proto vymizí diabetes. Proti tomu však stojí fakt, že v duodenu se vylučují látky podobné inkretinovým analogům využívané dnes v léčbě diabetu.

Dolní střevní hypotéza předpokládá, že transpozice ilea nebo rychlý průnik tráveniny do ilea vyvolá změny metabolismu, což ukazuje, že jsou zde určité látky, které produkuje střevní sliznice a jež mají metabolický efekt. Tuto skutečnost lze chápat jako výzvu farmaceutickému průmyslu a on se jí ochotně ujal. Je pravděpodobné, že za pět deset let budeme léčit obezitu zcela jinak než nyní. Už v sou-



Prof. Štěpán Svačina

časnosti víme, že bariatrie pomáhá i neobézním.

Avšak farmaceutický výzkum v minulosti už jednou vsadil na špatnou kartu, jsou tedy předpoklady, že se v blízké budoucnosti dočkáme nových farmakologických možností léčby obezity?

Farmaceutický průmysl se už několikrát dostal do slepé uličky při vývoji

antiobezitik. Pamatuji si na nenaplněná očekávání při vývoji některých přípravků ovlivňujících opioidní receptory, cholecystokininových mimetik nebo beta-mimetik. Naproti tomu se ukazuje velký potenciál léčby obezity v léčích, jež mají jako indikaci léčbu diabetu 2. typu, konkrétně jde o inkretinová analoga. Jsou dvě – exenatid, dostupný i u nás, a liraglutid, který je registrován, ale zatím není v ČR distribuován. Jejich „vedlejším“ účinkem je redukce hmotnosti. Již jsou k dispozici výsledky tříletých klinických studií prokazující, že po exenatidu dochází ke kompenzaci diabetu po dobu jednoho roku. Pak se koncentrace glykovaného hemoglobinu u většiny pacientů ustálí a dále neklesá. K redukci hmotnosti však u nich dochází i mezi prvním a druhým a třetím rokem. Výhodou inkretinových analogů je, že nevyvolávají hypoglykémii a od obou látek existují i studie u obézních nediabetiků.

V čem vidíte nedostatky současné farmakologické léčby obezity?

K dispozici máme dvě antiobezitika – orlistat a sibutramin. Oba

přípravky vedou k úspěšné redukci. Nevýhodou sibutraminu je věkové omezení 65 lety a některými komorbiditami. Proto nyní netrpělivě čekáme na výsledky studie SCOUT, jež budou představeny v březnu příštího roku na kongresu American College of Cardiology (59th Annual Meeting of ACC v Atlantě). Do této studie bylo totiž zahrnuto více než deset tisíc pacientů vyššího věku s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Právě tyto pacienti by měli z úspěšné redukce hmotnosti značný prospěch. I relativně malé snížení hmotnosti by jim mohlo prodloužit a zkvalitnit život.

Obézní pacient je mnohdy pokládán za člověka, který si vědomě a nezodpovědně poškozuje své zdraví. Vždyť údajně stačí, aby jedl méně a více se hýbal. Jaký je váš pohled na obézního pacienta?

Ano, to byl starší přístup k léčbě obezity, ale dnes už víme, že funguje jen při výrazné personální

[Dokončení na str. 4](#)

- požadovaná hodnota BMI může být aktuální nebo dokumentovaná dřívější; přitom
 - pokles hmotnosti, jenž je výsledkem intenzivní léčby před chirurgickým výkonem (pacienti, kteří dosáhli hmotnosti pod požadovanou hodnotou BMI pro chirurgickou léčbu), není kontraindikací plánovaného bariatrického výkonu;
 - bariatrický výkon je indikován u nemocných, kteří podstatně zhubli při konzervativní léčbě, ale začali znovu přibývat.

Chirurgický výkon zvažujeme, jestliže pacient přes odpovídající nechirurgickou péči nehubne nebo není schopen dlouhodobě udržet nižší hmotnost. Musí být zřejmé, že pacient dodržuje lékařská doporučení.

Bariatrické výkony po 60. roce věku

Indikaci bariatrického chirurgického výkonu po 60. roce věku pacienta je nutno zvažovat individuálně. U těchto nemocných musí být doložen příznivý poměr rizik a prospěchu. Základním cílem chirurgického výkonu u starších pacientů je zvýšení kvality života, protože prodloužení doby dožití díky operaci je nepravděpodobné.

Specifické kontraindikace bariatrického výkonu

- Nelze-li doložit žádnou dosavadní obezitologickou péči.
- Není-li pacient schopen účasti v dlouhodobém medicínském sledování.

Česká statistika

V ČR je v dospělé populaci 23 % obézních a dalších téměř 30 % osob s nadváhou, to je celkem více než 1 500 000 obyvatel.

V produktivním věku (mezi 25 až 65 lety) je více než 200 000 vysoce obézních pacientů (obezita 3. stupně) a dalších 500 000 s 2. stupněm obezity.

Průměrné roční náklady na léčbu těžce obézního pacienta dosahují 115 000 Kč a narůstají se zvyšujícím se počtem přidružených komplikací, zejména metabolických.

Přímé náklady na zdravotní péči o těžce obézní (BMI ≥ 35) jsou trojnásobně vyšší v porovnání s náklady u osob s normální hmotností

a tvoří až 9 % z celkových zdravotních výdajů, tedy desítky miliard Kč.

Vysoce obézní pacienti se častěji a v mladším věku stávají práce neschopnými. Jsou také mnohem častěji dlouhodobě nezaměstnaní.

Zdravotní důsledky obezity

Obezita představuje:

- více než trojnásobné riziko pro vznik diabetu 2. typu, onemocnění žlučníku, hypertenze, zvýšení hladin krevních tuků (dyslipidémie), onemocnění dýchacího traktu;
- více než dvojnásobné riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění a chorob velkých kloubů;

- Dekompenzovaná psychotická onemocnění, závažné deprese a poruchy osobnosti, pokud léčba není doporučena psychiatrem se zkušeností s obézními.
- Abusus alkoholu anebo drogová závislost.
- Nemoc v dohledné době ohrožující život.
- Neschopnost sebezpečí bez dlouhodobého rodinného či sociálního zázemí, které by péči zajistilo.

Operační rozhodnutí

Rozhodnutí o chirurgickém výkonu musí předcházet komplexní interdisciplinární vyšetření. Základní tým pro takové vyšetření optimálně sestává z následujících specialistů se zkušenostmi s konzervativní a chirurgickou léčbou obezity:

- internista obezitolog,
- chirurg,
- anesteziolog,
- psycholog nebo psychiatr,
- odborník na výživu (nutriční pracovník anebo dietolog),
- všeobecná sestra/sociální pracovník.

Pacient indikovaný k bariatrickému výkonu musí podstoupit rutinní předoperační vyšetření jako před jakoukoli jinou větší břišní operací.

Zdroj: *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Obezita, novelizace 2009*

- téměř dvojnásobné riziko pro vznik karcinomu prsu u žen v menopauze, karcinomu děložní sliznice, hormonálních poruch, neplodnosti a výskytu vrozených vad u dětí obézních matek.

Odhaduje se, že nadváha či obezita je příčinou (v západní Evropě, podle European Code Against Cancer, study supported by EC; 2006):

- 11 % všech karcinomů tlustého střeva,
- 9 % karcinomů prsu,
- 39 % karcinomů endometria,
- 37 % ezofageálních adenokarcinomů,
- 25 % karcinomů ledvin,

- 24 % karcinomů žlučníku.

Snížení předčasné mortality u obézních (pětileté sledování)

- Kontrolní skupina: 6,17 %
- Po bariatrické operaci: 0,68 %
- Snížení: 89 % (p < 0,001)

Snížení nákladů na léčbu obézních

Přímé náklady na zdravotní péči (1996 až 2000)

- Kontrolní skupina: 11 853 \$
- Po bariatrické operaci: 8 183 \$
- Snížení: 45 %

Zdroj: *Christou NV, et al. Ann Surg 2004;240:416–424.*

Koncentrace bariatrie do center – lepší výsledky

| | Centra > 100 výkonů za rok | Centra < 100 výkonů za rok |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Celkový počet komplikací | 10,2 % | 14,5 % |
| Pooperační mortalita (krátkodobá v průběhu hospitalizace po bariatr. oper.) | 0,3 % | 1,2 % |
| Pooperační mortalita u pacientů s věkem > 55 let (krátkodobá v průběhu hospitalizace po bariatr. oper.) | 0,9 % | 3,1 % |
| Délka hospitalizace (dny) | 3,8 | 5,1 |
| Náklady na hospitalizaci | 10 292 \$ | 13 908 \$ |

Zdroj:

- Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007;357(8):753–761.
- Basdevant A, Paita M, Rodde-Dunet M, et al. A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years prospective follow-up. *Obes Surg* 2007;17(1):39–44.
- Busetto L, Mirabelli D, Petroni ML, et al. Comparative long-term mortality after laparoscopic adjustable gastric banding versus nonsurgical controls. *Surg Obes Relat Dis* 2007;3(5):496–502; discussion 502.
- Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004;240(3):416–423; discussion 423–424.
- Favretti F, Segato G, Ashton D, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding in 1791 consecutive obese patients: 12-year results. *Obes Surg* 2007;17(2):168–175.
- Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357(8):741–752.

Zlepšení/vyléčení komorbidit po bariatrických výkonech

| | |
|---------------------------|---------------|
| Refluxní choroba | 98 % pacientů |
| Cholesterol | 97 % pacientů |
| Diabetes 2. typu | 95 % pacientů |
| Zlepšení srdečních funkcí | 95 % pacientů |
| Hypertenze | 92 % pacientů |
| Osteoartritida | 82 % pacientů |
| Stresová inkontinence | 87 % pacientů |
| Spánková apnoe | 75 % pacientů |

Zdroj: *Wittgrove AC, Clark GW. Laparoscopic gastric bypass. Roux-en-Y-500 patients: technique and results, with 3-60 month follow-up. Obes Surg 2000;10(3):233–239.*

Nejvýznamnější novinkou...

► **Dokončení ze str. 3**

náročnosti a trvalém velkém tlaku na nemocného. Názor, že obézní jsou nezodpovědní jedlíci, se změnil. Vystřídal jej profesionální pohled lékaře na nemocného. Obezita byla definována jako choroba těla i duše, která se má (a musí) léčit a lékař má být rádcem nemocného. Mezi obézními je více depresivních, hovoří se i o mozkové inzulinové rezistenci.

► Prvním lékařem, který se s dospělým obézním potká, je praktický lékař. Jaké má léčebné možnosti?

Přístup k obéznímu by měl být podobný jako přístup k vrcholovému sportovci, mělo by se mu dostat péče celého týmu, který ho pozitivně motivuje a edukuje. Realita je však jiná, málokterý praktický lékař má čas a možnosti plně se věnovat edukaci obézního pacienta. Měl by mít možnost jej odeslat na specializované pracoviště, kde bude pacient vyšetřen, navržen terapeutický postup a zahájena léčba, případně i s bariatrickou operací. Po učení a motivovaní pacient by se pak vrátil do péče praktického lékaře. Umím si představit, že počátky konzervativní léčby, tedy změnu stravovacího a pohybového režimu by mohli vést odborníci – nelékaři. Teprve když pokus o konzervativní léčbu selže, by měl být pacient odeslán do bariatrického centra. Je totiž známou a prokázanou skutečností, že pouze 5 % vysoce obézních si po konzervativní léčbě svou hmotnost udrží. Je i na praktickém lékaři, aby včas pacientovi chirurgickou léčbu obezity doporučil. Indikací k operaci je BMI vyšší než 40 kg/m² nebo BMI 35 kg/m² při přítomnosti zdravotních rizik, jako je diabetes, hypertenze, muskuloskeletální onemocnění apod. Operování jsou dnes běžně i obézní, kteří mají BMI nižší, ale uvedená kritéria BMI mají v anamnéze.

► Praktický lékař by však měl myslet i na prevenci obezity. Jsou prediktivní faktory jejího výskytu?

Hodně se mluví i v laických médiích o FTO genu, jehož význam však byl nedávno zpochybněn. Četnost jeho výskytu se lišila o 1 % ve skupině obézních od lidí s normální hmotností. Zatím považujeme za nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik a rozvoj obezity vlivy pocházející z prostředí, i když se v poslední době objevují také informace o vlivu virové infekce.

Pro predikci obezity stačí například položit dvě anamnestické otázky: Má někdo z přímých příbuzných esenciální hypertenzi? Má někdo z přímých příbuzných diabetes 2. typu? Pokud i zdravý neobézní pacient odpoví na jednu z nich kladně, pak má vyšší riziko vzniku obezity. Při zjištění alespoň jednoho z těchto dvou „rodinných“ rizikových faktorů by měl být pacient poučen o zásadách prevence obezity.

► V čem spočívají účinná preventivní doporučení?

V první řadě v úpravě skladby jídelníčku. K nejméně vhodným potravinám patří druhotné upravené

masné výrobky, což jsou uzeniny, paštiky, jídla z „rychlého občerstvení“, fast food. Když pacient nebude jíst tato jídla, sníží si tím současně i riziko diabetu 2. typu.

Dietetická doporučení lze nejjednodušeji vyjádřit formou děleného talíře: třetinu až polovinu jeho obsahu by měla tvořit zelenina, o zbytek se dělí bílkoviny se sacharidy, nikoli však jednoduché cukry. Tučky by měly tvořit maximálně 30 % energetického příjmu, a to převážně ve formě rostlinných olejů. Je nesmírně důležité vyhnout se nápojům s vysokým energetickým obsahem, nejen limonádám, ale v českých poměrech i pivo a destilátům, likérům. Za každou potravu, již je nutné z jídelníčku vyloučit, lze najít vhodnou náhradu. Pokud to nestačí a hmotnost stále stoupá, je nutné snížit množství přílohy a zmenšit i velikost porcí, případně jídlo rozložit do vícera fází v průběhu celého dne.

► Zásady racionální výživy jsou snad dostatečně známy, problém je však dodržet je. Existuje způsob, jak zjistit, že pacient rozumí správné skladbě jídelníčku?

Určitě nefunguje edukace spočívající v podání letáku s ukázkovým jídelníčkem. Pacient musí rozumět podstatě nutných změn a pochopit, jaká jídla jsou pro něj vhodná. Zpětnou vazbou jsou dotazy, jak často jí pacient konkrétní potravu. Příkladem takové otázky je třeba – kolikrát jste za poslední měsíc jedl klobásu? Kolikrát jste si dal velké pivo? Jak často jíte zeleninu? Podle odpovědí může lékař poznat, čemu pacient nerozumí, kde dělá chyby.

► K redukci hmotnosti vede i pohyb, tedy zvýšený energetický výdej. Jsou ochotni obézní redukovat hmotnost i tímto způsobem?

Mnoho obézních se nerado hýbe, stydí se vyjít mezi lidi, stydí se svléknout do tepláků. Ti, co v mládí sportovali, se dají spíše přesvědčit, že jim pohyb pomůže nejen po stránce tělesné, ale i duševní. V podpoře pohybové aktivity si pomohou často pacienti sami mezi sebou v klubech, sdruženích při obezitologických ordinacích apod.

► Kteří pacienti jsou v redukci nejméně úspěšní?

Jak už bylo řečeno, nejméně úspěšní metodou je v současnosti bariatric. Z odoperovaných pacientů mají největší šanci zhubnout a hmotnost si udržet ti, kteří šli k operaci dobře připravení, edukovaní a motivovaní vydržet. Pacient musí vědět předem, co od operace očekávat, jaké změny v životě mu přinese. Od bariatricie nemůže primárně chtít zlepšení vzhledu (i když to také přichází), ale především zlepšení zdraví. Sama obezita je nemoc, která je spojena s dalšími komorbiditami. Úspěšná redukce hmotnosti vede ke snížení rizika (nebo úspěšné léčbě) diabetu, hypertenze i snížení rizika zhubných a dalších onemocnění. Nejde jen o samotný chirurgický výkon, ale o kontinuální terapii, v níž má bariatricie z mnoha již zmíněných důvodů své nezastupitelné místo. ■

Obezita je život ohrožující onemocnění

O obezitě, bariatrické chirurgii a pozornosti, kterou jim věnuje společnost Johnson & Johnson, hovoří MUDr. Helena Nebeská, ředitelka divize Ethicon Endo-Surgery.



► Co se vám vybaví pod pojmem obezita?

Obezita je závažné a život ohrožující onemocnění a zároveň pojem vyjadřující rostoucí problém pro většinu zemí.

► Vědecký obor bariatric patří k tématům, jimž se společnost Johnson & Johnson velmi intenzivně věnuje, proč tomu tak je?

Dnes již odborníci nepochybně uznávají význam chirurgické léčby jako nejúčinnějšího způsobu léčby těžce obézních pacientů, a to i v souvislosti s provázejícími metabolickými onemocněními. V případě diabetu 2. typu se dosahuje vyléčení u 57 až 95 % nemocných podle druhu bariatrické operace. U obézních pacientů bez přidružených onemocnění pak bariatrická operace znamená účinnou prevenci metabolických komplikací. Společnost J&J má ve svém Krédu na prvním místě odpovědnost vůči pacientům, a jejím cílem je tedy maximálně zvýšit přístup pacientů k tomuto účinnému způsobu léčby závažné obezity a jejích komplikací. Věříme, že – jak to deklaruje Expertní skupina pro obezitu – zvýšením přístupu indikovaných pacientů k bariatrickým operacím lze významně snížit náklady na zdravotní péči spojenou s léčbou závažné obezity a jejích komplikací.

► Můžete nám trochu přiblížit, v čem spočívá od-

borné bariatrické vzdělávání, které vaše společnost organizuje?

V souladu s výše uvedenými fakty se společnost J&J, divize Ethicon Endo-Surgery, zaměřuje na řadu aktivit nutných k tomu, aby se zvýšil přístup pacientů k chirurgické léčbě obezity. Ve všech zemích je samozřejmě základním předpokladem dostatek erudovaných odborníků v této problematice. Již dlouhou řadu let je J&J vedoucí společnos-



ti spolupracující s předními evropskými centry na výuce chirurgů v bariatrické chirurgii. Jsme hrdí na to, že jedním z celosvětově nejrespektovanějších lektorů v bariatrické chirurgii je prof. MUDr. Martin Fried, CSc., a jeho tým, za kterým jezdí odborníci z celého světa. Výrazně diferencujícím a progresivním prvkem ve školicích aktivitách, jež probíhají v České republice, je tzv. multidisciplinární přístup k léčbě obezity, účinně spojující provedení chirurgického výkonu s profesionální péčí obezitologa, endokrinologa,

diabetologa, psychologa a dalších oborů. Z tohoto přístupu pak samozřejmě profituje především pacient, který získává ideálně v jednom centru všechna potřebná vyšetření nejlépe v co nejkratší době.

► Jakým způsobem podporuje vaše společnost obezitologické praxe?

Věříme, že v současnosti naše společnost může prospět nejen obezitologickým praxím, ale také praktickým lékařům, především spoluprací na zvýšení informovanosti pacientů s cílem zajistit včasnou léčebnou intervenci u těžce obézních. Věříme, že i zlepšení znalostí u dalších lékařských oborů napomůže zvýšení přístupu pacientů k účinné léčbě a že se bude postupně měnit vnímání obezity z „kosmetického“ problé-

védi; jedině souhra a komunikace všech zúčastněných zdravotnických profesionálů je klíčem. Zahraniční, ale i české dlouholeté zkušenosti jasně prokázaly, že tohoto „ideálu“ v léčbě a péči o těžce obézního pacienta lze dosáhnout pouze ve „velkoobjemových“ a multidisciplinárně organizovaných centrech pro léčbu obezity. Jsou organizována jako vysoce průchodná zdravotnická zařízení, která vzhledem ke své specializaci a speciálně vyskoleným odborníkům jsou schopna vyšetřit a indikovat obézního pacienta ve velice krátké době, a tím „netratit“ jeho motivaci k léčbě. Tato centra jsou schopna zajistit nejnižší míru potenciálních komplikací u již tak dost komplikovaných pacientů. Poradí si s velice specifickými problémy těžké obezity (zhoršené hojení, kožní problémy, psycholo-

gický profil pacienta apod.) a jsou k tomu vybavena i technicky speciálními zařízeními pro „XXL pacienty“, jímž běžná zdravotnická zařízení většinou nedisponují.

► Obézní pacient vyžaduje co nejužší kontakt a velmi osobní přístup. Jakým způsobem podporujete tuto oblast?

Věřím, že tato otázka byla částečně zodpovězena již v předchozí odpo-

mu na problém „zdravotní“. Právě multidisciplinární pojetí léčby obézního pacienta a lepší komunikace všech zúčastněných oborů je klíčem ke zrychlení „klinické cesty“ pacienta k nejúčinnější léčbě pro něj samotného.

Komplexní přístup v léčbě obezity

Společnost Johnson & Johnson si uvědomuje kritickou závažnost obezity jakožto choroby, která dosahuje pandemických rozměrů a výrazně snižuje kvalitu života. Divize Ethicon Endo-Surgery (EES) společnosti Johnson & Johnson proto založila BariatricEdge přinášející komplexní přístup zaměřený na léčbu obezity. Obezita se dá zvládnout pouze multidisciplinárním přístupem. Znamená to, že se na léčbě bude podílet celá řada vzájemně spolupracujících odborníků, jako jsou internisté, praktičtí lékaři, dietolog, fyzioterapeut, chirurg a psycholog.

BariatricEdge, divize EES, poskytuje komplexní péči i v oblasti chirurgického výkonu. Nabízí kompletní sortiment osvědčených, vysoce kvalitních chirurgických prostředků určených k léčbě těžké obezity, umožňující chirurgovi postupovat flexibilně a zvolit takový operační postup, který je vzhledem ke zdravotnímu stavu a životnímu stylu pacienta nejvhodnější. Pouze tímto

BARIATRIC EDGE™

způsobem je možné zajistit maximální bezpečí pacienta a zajistit mu kvalitní péči.

Instrumenty pro bariatrické zákroky

Bandáž SAGB VC + Velocity + injekční port
Adjustační port a jeho aplikátor SAGB VC a Velocity
Tato sada je konstruována tak, aby vyhověla potřebám vaší chirurgické praxe a zajistila snadné použití. SAGB VC navazuje na tradici pů-

vodní švédské adjustabilní žaludeční manžety a ve spojení s adjustačním portem a aplikátorem Velocity nabízí nové funkční vlastnosti, které usnadňují zavedení žaludeční manžety i následnou péči pro vás i vašeho pacienta.

Staplery Echelon 60 ENDOPATH

Tyto robustní staplery jsou konstruovány pro bariatrické chi-

rurgické zákroky, např. gastrický sleeve. Vytváří plnohodnotnou linii stehu o rozměru 60 mm. Staplery Echelon umožňují dosáhnout lepší komprese tkáně, a tím lepší hemostázy. Mají širokou škálu zásobníků.

Endoskopické intraluminální staplery ENDOPATH ILS

Tyto staplery jsou určeny například pro gastrojejunostomie. Umožňují nastavit výšku svorek a míru komprese tak, aby odpovídala různým tloušťkám tkání. Nástroj má vysoce ergonomický design.

Harmonic ACE – instrument harmonického skalpelu

Harmonic ACE – instrument harmonického skalpelu, je navržen pro klasickou otevřenou i laparoskopickou operativu. Na jeho vzniku se podílelo přes 200 chirurgů po celém světě a výsledkem je dokonalé ergonomický a účinný nástroj. Při zákroku umožňuje postupovat rychle a bezpečně. Instrument současně disekuje a koaguluje až 5 mm silné cévy. Dlouhé laparoskopické nůžky Harmonic ACE nabízejí prodlouženou konstrukci, která je vhodná

nemocnění

Operační léčba obezity



MUDr. Helena Nebeská

i na straně plátců zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny jistě v budoucnu úhradově podpoří vznik chybějících center pro komplexní léčbu obezity, protože je prokázáno, že budou nepostradatelná pro snížení, nebo alespoň zastavení rychle rostoucích nákladů na léčbu obezity.

V poslední době je velmi populární téma bezpečí pacienta. V čem vy osobně vidíte prostor pro jeho zvýšení?

Bezpečí pacienta je nyní často citované téma z mnoha zjevných důvodů. Především je srozumitelné pro stále emancipovanějšího pacienta, protože se přirozeně chce cítit v nemocnici bezpečně. Zdravotnická zařízení, která procházejí procesy akreditací, nastavují řadu procesů vedoucích ke zvýšení bezpečí pacientů. A je to téma atraktivní i pro výrobce techniky a medicínsky stále dokonalejších zdravotnických prostředků, protože právě díky řadě moderních zdravotnických prostředků mohou zdravotnická zařízení poskytovat stále bezpečnější prostředí pro své pacienty. Příkladem mohou být jednorázové zdravotnické prostředky, antimikrobiální šicí materiály, metody pro bezkrevní medicínu a velká řada dalších. Tak zajímavé a široké téma je nicméně příležitostí pro další rozhovor.

Bariatrická operace léčí obezitu a k ní závažná přidružená onemocnění, není kosmetickým zákrokem (jako např. liposukce). Pro lidi s vysokými stupni obezity je bariatrická chirurgie jedinou zdokumentovanou metodou vedoucí k výraznému zhubnutí a dlouhodobému udržení dosažené hmotnosti, a to i tehdy, když už všechny ostatní metody selhaly.

Například studie (1), která sledovala více než 20 000 pacientů, prokázala, že průměrně lékaři zredukovali 62,1 % jejich nadvahy po bariatrické chirurgii. Nechirurgický způsob léčby byl úspěšný pouze u jednoho z 20 pacientů s morbidní obezitou.

Druhy chirurgické léčby

Restriktivní operace = zmenšení kapacity žaludku

Chirurg během operace zmenší žaludek, a tím omezí možnost příjmu většího množství potravy najednou. Menší žaludek se rychleji zaplní, což pomáhá pacientovi k rychlému pocitu nasycení, navíc s menším množstvím potravy.

- ▶ Gastrická bandáž (adjustable gastric banding).
- ▶ Gastrický sleeve/tubulizace žaludku (gastric sleeve).

Malabsorpční operace = omezení vstřebávání potravy

Při této operaci chirurg rozdělí tenké střevo na část alimentární, část odvádějící trávicí šťávy a na úsek, kde se obě části střeva spojují a potrava se mísí s trávicími enzymy. Až teprve tady dochází ke vstřebávání živin (a také tuků). S vytvořením tří funkčně odlišných ramen tenkého střeva se zkrátí délka střeva, na níž dochází ke vstřebávání složek potravy. Taková operace tedy sníží kromě absorpce živin také vstřebávání kalorií.

- ▶ Biliopankreatická diverze (biliopancreatic diversion – Scopinaro).

- ▶ Biliopankreatická diverze s duodenální výhybkou (biliopancreatic diversion with duodenal switch).

Kombinované operace

Některé operace kombinují oba výše uvedené principy, tj. malabsorpční a restriktivní.

- ▶ Gastrický bypass (gastric bypass).

Adjustabilní bandáž žaludku (Adjustable Gastric Banding – AGB)

AGB je čistě restriktivní výkon, při němž se laparoskopicky zavede kolem žaludku nastavitelná silikonová manžeta, jejíž vnitřní část je tvořena měkkým balonem. Žaludek je tak rozdělen na dvě části tvaru nesympetrických přesýpacích hodin. Horní malá část žaludku pojme pouze omezené množství potravy, navíc se tato malá část rychle naplní, což vyvolá časný pocit sytosti.

Zaškrcení žaludku lze pooperačně ovlivňovat přes malou komůrku umístěnou na konci výkonu v podkoží. Tzv. adjustabilita (upravitelnost) bandáže dává tak možnost upravit zúžení žaludku větším či menším naplněním balonu manžety tekutinou (fyziologickým roztokem). Při větším zaškrcení se zomaluje průchod potravy do dalších částí žaludku a zažívacího traktu.

Adjustace se využívá v závislosti na pocitech sytosti a na rychlosti redukce váhy.

Úprava nastavení manžety je součástí pooperační péče a provádí se ambulantně.

Operace AGB je velmi šetrná, neboť žaludek není narušen žádným řezem, nejsou nutné žádné anastomózy a nejsou použity svorky. Po zavedení bandáže žaludku se nemění ani proces trávení a vstřebávání potravy.

Tato operace je plně anatomicky vratná, to znamená že v pří-

padě nutnosti lze bandáž bez následků odstranit. Laparoskopicky prováděná adjustabilní bandáž žaludku je nejběžnější bariatrický výkon, zejména na evropském kontinentu.

Gastrický sleeve – laparoskopická tubulizace žaludku

Gastrický sleeve je chirurgický zákrok, při kterém se zmenší objem žaludku, a tak se omezí možnost přijetí většího množství potravy najednou.

Při této operaci se odstraňuje velká část žaludku, v níž se nacházejí buňky produkující hormon ghrelin – hormon hladu. Nižší tvorba tohoto hormonu po operaci vede k výrazné ztrátě pocitu hladu.

Gastrický bypass

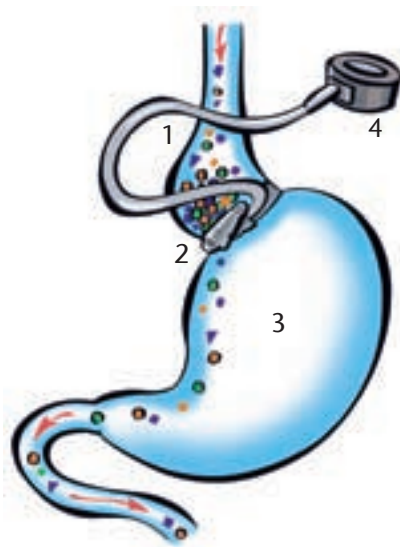
Gastrický bypass kombinuje prvky restriktive a malabsorpce. K re-

strikci dochází vytvořením malého horního žaludečního vaku (o objemu přibližně 30 ml), spojeného malým vývodem s tenkým střevem, což urychluje vznik pocitu nasycení. K tomu přidává gastrický bypass i malabsorpční část, již dociluje vyřazením (obejitím, bypassesem) části tenkého střeva z procesu trávení a vstřebávání živin a kalorií. Rozsah malabsorpce závisí na délce vynechaného úseku tenkého střeva, což znamená, že část přijaté potravy odchází z těla ven nedostatečně natrávená a vstřebaná.

Ke snížení hmotnosti obvykle dochází v průběhu 1. a 2. roku po zákroku, po němž někdy může tělesná hmotnost opět stoupnout (až do 20 % původní ztráty hmotnosti).

1. Buchwald H, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2004;292(14):741–752.

Adjustabilní bandáž žaludku



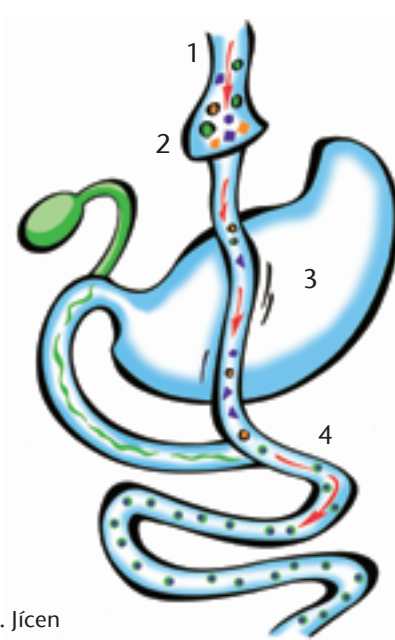
1. Horní zmenšená část žaludku (kapsa)
2. Švédská adjustabilní žaludeční bandáž (SAGB)
3. Větší spodní část žaludku
4. Vstupní port

Gastrický sleeve



Zmenšení objemu žaludku

Gastrický bypass



1. Jícen
2. Žaludeční kapsa
3. Žaludek
4. Jejunum

ty

pro bariatrickou chirurgii. Multifunkčnost instrumentu umožňuje chirurgovi provádějícímu bariatrický zákrok pracovat bez nutnosti měnit další instrument během výkonu.

Goldfinger

Ergonomický endoskopický instrument určený k jednorázovému použití pro zavedení a správné umístění žaludeční manžety



vždy vyhoví vašim potřebám. Nástroj se snadno ovládá díky velkému úhlovému rozpětí a umožňuje bezpečně zachytit smyčku mezi manžetou a stehem, popř. uchopit zaváděcí část manžety a zajišťuje tak rychlé a snadné zavedení manžety kolem žaludku.

Trokary ENDOPATH XCEL bez ostří

Tyto trokary lépe drží v břišní stěně, čímž umožňují bezproblémovou výměnu nástrojů jednou rukou. Jsou také vybaveny trychtýřovým membránovým ústím, jež umožňuje použití širokou škálu instrumentů různých průměrů bez nutnosti používat redukci. Trokar o velikosti 15 mm je konstruován tak, aby kladl při zavádění žaludeční manžety co nejmenší odpor, což minimalizuje riziko jejího poškození.



Webové stránky www.chcizhubnout.cz a www.bandazzaludku.cz

Úvodní stránka
Co je to obezita?
Léčba obezity
Bariatric Edge
Těhotenství a obezita

Bariatric Edge - multidisciplinární přístup

Obezitu zvládneme, když si podáme ruce.

Obezita se dá zvládnout pouze multidisciplinárním přístupem. Znamená to, že na vaší léčbě se bude podílet celá řada vzájemně spolupracujících odborníků, jako jsou:

- internisté
- praktičtí lékaři
- dietolog
- fyzioterapeut
- chirurg
- psycholog

Obezitu zvládneme, když si podáme ruce.

- ▶ Obsahují kontakty na bariatrická centra.
- ▶ Napomáhají orientaci v problematice léčby obezity a jejich různých aspektech, včetně kvality péče.
- ▶ Jsou určeny pro všechny laiky, kteří se zajímají o závažnou obezitu a její léčbu.

Bariatrie na vlastní kůži

Paní Marie N. (57 let, vysokoškolačka) nikdy nevypadala jako Twiggy. S kontrolou hmotnosti má více než třicetileté zkušenosti. Podle komentářů odborníků ji lze považovat za typickou pacientku i za důkaz, že jednoduchá cesta k trvalé redukci hmotnosti za pomoci „zázračných“ diet neexistuje. Nyní je již déle než dva roky po bariatrické operaci, hmotnost snížila o třicet kilogramů a je důvodný předpoklad, že si svou sníženou hmotnost udrží. Se čtenáři MT se podělila o své zkušenosti.

Anamnéza: Na váze jako na houpačce

První dietu jsem držela v roce 1975 před svatbou, abych nevypadala ve svatebních šatech jako koule. Vážila jsem asi 72 kg, měřila 160 cm. Tenkrát jsem šla za soukromým lékařem, který léčil podle čínských metod. Doporučil mi, že mám jíst vše, co roste a klíčí, a rozepsal mi dietu. Byla velmi zajímavá. Ráno jsem měla snídat syrovou mrkev, večerět vařené brambory se syrovou cibulí! Jedla jsem do sytosti a ručička váhy ukázala za 3 týdny 68 kilogramů.

Při prvním těhotenství jsem přibrala až na 98 kg, po porodu jsem šla na endokrinologii. Prozkoumali mi štítnou žlázu – máme to v rodině – ale bez výsledků. Nemohla jsem se na ni vymlouvat, a tak mi lékař napsal fenmetrazin. Byla jsem velmi aktivní, neměla jsem moc hlad a kila šla dolů. Jenže záhy jsem otěhotněla podruhé. Před porodem jsem vážila 88 kg a po porodu 81 kg. Po nějaký čas se mi dařilo držet stabilní hmotnost, s nástupem do práce a rodinnými starostmi mě však zase dostihl stres, který jsem řešila sladkým a přejídáním.

Od roku 1978 do roku 1998 jsem držela dietu každý rok. V roce 1998 jsem si zakoupila HERBALIFE, v roce 1999 jsem hubla s cambridgeskou dietou, zkusila jsem Meridii a průběžně hubla a tloustla.

Nemoc duše i těla

Byla jsem od puberty děvče „krev a mlíko“, takže si můj muž sňatkem nekupoval zajíce v pytli, viděl, jak vypadám a jak vypadá celá má rodina. Avšak v průběhu společného života, jak jsem začala nabírat, mi občas naznačil, že bych měla něco shodit, ale on sám na svém způsobu života nic neměnil. Bolely mne kyčle, byla jsem dýchavičná, styděla se za nadváhu, halila se do příšerných hábitů, nerada jsem chodila do neznámé společnosti atp., ale nic z toho mě nedonutilo zhubnout natrvalo.

Nedovedla jsem se přesvědčit, že bych měla změnit životní styl, začít zdravě jíst, cvičit a nenergovat se problémy, které vyplývaly z nespokojenosti v manželství. Od počátku všech diet jsem si vědoma, že za moji nadváhu, jež nebyla způsobena zdravotními problémy, mohl stres, nespokojenost, slabá vůle.

Bod zlomu

Přestala jsem si už věřit, že jednou všechno překonám a že zhubnu jen díky práškům a vůli. V dubnu 2007 jsem konečně vyřešila svůj první „psychický problém“ a odešla ze společné domácnosti od manžela. Díky tomu jsem přestala vyvažovat a nakupovat spoustu jídla, abych zabezpečila rodinu. Od roku 1991, kdy začal manžel podnikat, jsme totiž žili ve „víkendovém manželství“, které za pár let přestalo být absolutně funkční.

Koncem května přišel na návštěvu bratr (150 kg) a svěřil se mi, že absolvoval bandáž žaludku. Po čase volal, jak se úžasně cítí, že zhubl 25 kg. Tak jsem začala hledat další argumenty na internetu. Brzy jsem se rozhodla pro operaci a pro vyřešení svého druhého problému, „obezity“. Mé rozhodnutí mě zastihlo na váze přes 100 kg. Když jsem šla na zákrok (srpen 2007) musela jsem začít s dietou a do nemocnice šla s váhou 98 kg.

Vše kolem operace

Předoperační vyšetření slibovalo kromě klasických vyšetření i rozhovor s psychologem. Očekávala jsem, že mě trochu rozebere, najde kořeny mého přejídání a mého bolestivost. Psychoterapie se však před operací nekonala, škoda.

Samotná operace (bandáž žaludku) proběhla bez problémů. Ráno jsem nastoupila a dopoledne byl zákrok provedený. Čtyři malé dírký do břicha! Rekonvalescence proběhla bez komplikací.

Nejdůležitější úkol: naučit se jíst

Po operaci jsem si nemohla zvyknout na „prtavé“ porce. Koupila jsem si dětské hrníčky, měřítka a váhy a začala jsem odvažovat a odměřovat jídlo a pití. Musela jsem si rovněž zvyknout na velmi pomalé přijímání potravy a hlavně na důkladné kousání. Občas se stávalo, že jsem přece jenom snědla větší sousto a pak mě tlačil žaludek, nemohla jsem zvracet, ale jen jsem plivala husté sliny. Teprve za 20 až 30 minut se žaludek zklidnil. Tyto stavy mívám někdy i nyní, když něco pořádně nerozkořím.

Změna k novému životu?

Zpočátku šla kila dolů docela rychle, pak se asi za dva měsíce hubnutí trochu pozastavilo. V květnu 2008 jsem jela na turistický zájezd a během něj zjistila, že mě vlastně baví chodit a hýbat se. Do té doby jsem cvičila jen nárazově, nikdy to nebylo mé hoby.

Od června 2008 jsem začala chodit pravidelně cvičit dvakrát týdně (cykling) a od července téhož roku mi cvičitelka upravila jídelníček na šest až sedm malých porcí denně. A tak začala kila opět ubývat a tuk se začal měnit ve svalovou hmotu. Mám to ověřené, protože si chodím dvakrát ročně měřit tuk do nemocnice, kde byla provedena operace.

Zcela jiná žena

V současnosti dodržuji rozepsaný jídelníček, třikrát týdně cvičím (spinning a walking). Občas trochu zahřeším sladkým jídlem, ale už ne v takovém množství a frekvenci. Zvedlo se mi sebevědomí, našla jsem si přítele a se svými 73 kg se vznáším v oblacích. Pomohlo mi i kamarádství se spolupacientkou z nemocnice. Spojil nás stejný osud a přání konečně zhubnout! Naši ošetřující lékaři nás obě nabádali, abychom zůstaly v kontaktu a vyměňovaly si zkušenosti. Opravdu si celou tu dobu od operace voláme, píšeme e-maily a setkáváme při pravidelných kontrolách, i když kamarádka dojíždí až z Děčína. Ona však má s udržením váhy velké problémy.

Svého rozhodnutí nelituji, naopak si zazlívám, že jsem to neudělala dříve, a tím se o pár let dříve nezbavila svých problémů. Dokonce si i věřím, že vytrvám! Ale ruku bych za to do ohně nedala; budu to moci říct až za pět let. Jako se říká „abstinující alkoholik“, tak já jsem „ukázněný zROUT“.



Před bariatrickou operací



Po bariatrické operaci



Ilustrační fotografie speciálního vyšetřovacího lůžka pro pacienty s vysokou obezitou.

tiráž

NEMOCNIČNÍ
SPECIÁL

číslo 6 | ročník 4

Komerční příloha společnosti Johnson & Johnson s.r.o.

Karla Engliš 3201/6, 15000 Praha 5 ■ Telefon: +420 227 012 111 ■ Fax: +420 227 012 300

E-mail: info@jnzc.cz ■ www.jnzc.cz ■ Koordinátor: Lenka Holá ■ Redakce: MUDr. Marta Šimůnková

Grafická úprava a zlom: MEDICAL TRIBUNE CZ ■ Vyšlo 23. 11. 2009 jako příloha Medical Tribune 33/2009.

komentáře ke kasuistice

Bariatricke nezkrášluje, ale uzdravuje

Bariatricke sama o sobe nevyřeší všechny problémy obezdních. Je však zatím jedinou účinnou metodou, jak trvale snížit hmotnost. Někdy považujeme za úspěch i to, když kilogramy přestanou přibývat. Centrum pro léčbu obezity a metabolických onemocnění OB klinika v Praze nabízí „koncentrovanou“ péči všech odborníků k léčbě, motivaci a pomoci pacientům.

Příběh paní Marie můžeme označit jako zcela typický. Pacienti postupně přibírají na váze, přičemž se jim do určitého stupně obezity daří přechodně hmotnost snížit, problém však je hmotnost udržet. Mnoho z nich má za sebou stejně jako paní Marie zkušenosti s alternativními způsoby redukce hmotnosti (klíčky, HERBALIFE), jež mají v nejlepším případě dočasný efekt. V určitém stadiu už není pacient schopen hubnout, jen přibírá. Obezita pak začne představovat problém nejen zdravotní, ale i sociální. Obezdní mají vyšší nemocnost, a to nejen pro samotnou obezitu, ale i pro častější komorbiditu. Proto jsou i častěji nezaměstnaní, což jejich stav ještě zhoršuje. V Evropě se obezdní (na rozdíl od USA) často ocitají v sociální izolaci.

Jen mizivé procento (5 %) pacientů s těžkou (morbidní) obezitou je schopno si bez chirurgické pomoci svou redukovanou hmotnost udržet. Proto by měli být při neúspěchu odesláni na specializované pracoviště. Indikací k bariatrické operaci je v současnosti BMI 40 kg/m², jsou-li přítomna další zdravotní rizika, například hypertenze, diabetes apod., pak by měla být bariatrická operace doporučena už při BMI 35 kg/m². K chirurgickému výkonu přistupujeme i při nižším BMI, když pacient s těžkou

obezitou hmotnost zredukoval, ale kilogramy začaly zase přibývat. Pak zpravidla nečekáme, až dosáhne BMI původní výše.

Některé pacienti, především ženy, aktivně hledají pomoc ve specializovaném centru. Pro jiné je důvodem rozhodnutí doporučení praktického lékaře. Ten pošle obezdního k léčbě na základě zdravotního stavu, pro diabetes, onemocnění kloubů, dyslipidémii, hypertenzi apod. Pak začíná pouť za zdravím.

Léčba obezity vyžaduje multidisciplinární přístup, který je zajištěn ve specializovaném bariatrickém centru. Je nutné, aby byl zdravotní stav obezdního posouzen zkušeným internistou obezitologem, psychologem, dietologem, gastroenterologem a pochopitelně velmi zkušeným bariatrickým chirurgem. V případě potřeby je možné přizvat další odborníky (diabetologa, fyzioterapeuta apod.). Právě dostupnost všech těchto v obezitologii zkušených odborníků ve specializovaném centru je jedním z klíčových faktorů dlouhodobé efektivity a úspěšnosti léčby. A nejen to, přítomnost obezitologických odborníků a jejich celoživotní kontinuální péče o bariatrické pacienty je prokazatelně zásadní při minimalizaci možných komplikací.

Obezdní jsou většinou unavení dlouhou a neúspěšnou léčbou,

proto by měla být operace provedena v co nejkratší době od příchodu do centra, aby pacient neztratil motivaci. Optimální je, když může „obejít“ všechna vyšetření během jednoho či dvou dnů. Pak se podaří provést bariatrický výkon v rádu několika týdnů.

Nezbytnou součástí předoperační přípravy je poučení pacienta, jaké změny mu bariatricke přinese. Jde totiž o zásadní změnu životního stylu. Bude se muset naučit odlišovat, co je hlad, a kdy jde jen o „chut““. Bariatrickým výkonem se zmenší objem žaludku či překlenu část střeva, ale „nezašijí se ústa“. Pokud se pacient bude dále přejídat, může si způsobit zdravotní komplikace. Pokud se pokusí „přelstít zmenšený žaludek“ vysokoenergetickými nápoji, častým jídlem s přemírou kilojoulů, pak bude jeho hmotnost i po operaci vzrůstat. Bariatricke je účinnou pomocí, rozhodující je odhodlání a vůle pacienta, který musí změnit přístup k příjmu potravy. S nadškovou lze přirovnat léčbu obezdního k terapii závislosti, avšak léčba obezity je svým způsobem v mnohem složitější. Chtějí-li se vyléčit závislí, musejí již napořád abstínovat. Při léčbě obezity však pacientovi jídlo, jehož konzumace vzbuzuje libé pocity, nemůžeme zcela odebrat. V tom souhlasím s paní Marií: „Jako se říká abstinující al-

koholik, tak já jsem „ukázněný zrouť“.

Je nutné zdůraznit, že chirurgie těžké obezity není estetická chirurgie! Bariatricke neprovádí liposukce, modelační zákroky apod. Není podstatné, jak pacient po operaci vypadá, a nakonec ani kolik konkrétně zhubne. Podstatou je vyléčit pacienta a umožnit mu normální život, resp. vyléčit jeho onemocnění obezitou a komorbiditu – diabetes, hypertenzi apod. Bariatricke z nikoho neudělá Twiggy, ani nezachrání rozpadající se manželství.

V našem bariatrickém centru podporujeme patientská přátelství, kluby, protože pacienti si jsou mezi sebou příkladem, oporou i zdrojem zkušeností. Centrum poskytuje v případě krize i akutní pomoc. Krizí myslíme stav, kdy pacient může ztratit kontrolu nad svými kilogramy. Může jí být těhotenství, kdy je hmotnostní přírůstek normální. Pak s pacientkou pracujeme v tom smyslu, že nyní sice přibere, ale po porodu a kojení společně hmotnost upravíme. Život není jednoduchý a mnozí lidé „lěčí“ jídlem ztrátu zaměstnání, rodinné starosti, rozchod s partnerem. Tehdy můžeme na velmi přechodnou dobu „povolit“ více oblíbeného pokrmu, za předpokladu, že dodrží určitá pravidla, aby nenastaly komplikace po bariatrické operaci, a s upozorněním, že po vyřešení krize budeme společně kilogramy snižovat.

Prof. MUDr. Martin Fried, CSc.

Obézni vyžadují citlivější přístup

Úspěch bariatrického výkonu závisí na zručnosti a zkušenostech chirurga. Na úspěšnosti celého terapeutického postupu se významnou měrou podílejí také sestry, které jsou s pacientem v úzkém kontaktu a provázejí jej při putování za zdravím. Vrchní sestra OB kliniky Michaela Fraňková má pro obezdní velké pochopení a oplývá nezměrnou trpělivostí. Navíc patří k těm šťastným, pro něž je práce současně koníčkem.

Obézni pacienti jsou lidé jako jiní, ale...

Pacienti potřebují citlivější přístup, protože se většinou za svou obezitu stydí. Při vyšetření i ošetření nechtějí mít kolem sebe více lidí, ideálně jen jednu sestru a lékaře, dávají přednost soukromí. Jsou to lidé jako jiní, ale cítí se diskriminováni.

V komunikaci s obezdními je lépe zastávat osobnější, empatický přístup k pacientům. Je nutné je podpořit, třeba i historikou z vlastní zkušenosti. V žádném případě by je zdravotník neměl odsuzovat, ale měl by jim podat pomocnou ruku. Oni často nevědí, co dělat, potřebují poradit a motivovat v tom smyslu, že se svou obezitou mohou něco dělat a že se to společnými silami podaří.

Dalším rozdílem je fyzická zátěž personálu. Transport a mobilizace obezdních je náročnější. Například když pacient po operaci vstává z lůžka, musí jej podírat alespoň dvě sestry.

Vybavení bariatrického pracoviště

Krátce řečeno: všechno je tu větší, jen místičky na jídlo malé. Sedátka v čekárně, lůžka i ta vyšetřovací musejí být širší a musejí mít vyšší nosnost nejen proto, aby byly pro obezdní bezpečné, ale i kvůli komfortu pacientů. Ti by měli mít pocit, že je vše připravené speciálně pro ně. Operační stoly, vozíky musejí být širší a s nosností do 250 kg. Pro dobrý přístup do sprchy raději volíme bezbariérový typ místo klasického sprchového boxu.

Přání a příprava na jeho realizaci

Pacienti přijdou s představou, že chtějí zhubnout pomocí operace. Většinou si neuvědomují, že je čeká velká změna životního stylu. Proto ještě před zařazením do operačního programu absolvují pohovor s internistou obezitologem, který jim podle obecných kritérií a svého uvážení může nabídnout chirurgické řešení, nebo konzervativní léčbu obezity. Když obezitolog po sehlání konzervativní léčby nebo pro jiné důvody operaci doporučuje, čeká adepty ještě pohovor s psychologem, protože existují i určité kontraindikace z hlediska duševních poruch nebo předvidatelné neschopnosti pacienta dodržovat nový stravovací režim. Pacienta v rámci indikačního kolečka prohlédne gastroenterolog a bariatrický chirurg.

Užitečný je pohovor s dietní sestrou, s níž pacienti mohou rozebrat svůj jídelníček a která jim pomůže najít a odstranit



M. Fraňková vystudovala obor dietní sestra a vzdělání si rozšířila o obor všeobecná sestra nástavbovým studiem. Pracovala jako chirurgická sestra. K bariatrii, v níž pracuje již šest let, ji přivedl profesor Martin Fried ještě za svého působení na I. chirurgické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

chyby ve stravování. Dietní sestra jim také vysvětlí, jak se budou stravovat po operaci.

Kromě běžného předoperačního vyšetření bariatrický pacient absoluuje zpravidla gastroskopii a ultrazvukové vyšetření břicha. Důležité je i spirometrické vyšetření, protože obezdní mohou mít sníženou funkční kapacitu plic, s čímž je nutné počítat i při operaci i v operační péči.

Menší porce už před bariatrií

Mnozí si chtějí ještě před operací „naposlady užít“, což jim nedoporučujeme. Naopak je žádoucí, aby za posledních 14 dnů před operací už shodili 3–5 kg, a to nejen proto, aby si vyzkoušeli nové stravovací návyky. Bývá totiž nutné, aby se zmenšila i steatotická játra, která by mohla představovat ztížený přístup k žaludku.

Již před operací by se měli naučit zcela jinak jíst: po malých dávkách, často a pravidelně. Žaludek má po bandáži objem 20 mililitrů, může se zvětšit na 100 až 150 mililitrů. Říkáme jim, že najednou mohou sníst, co se vejde do kelímku od jogurtu. Důležité je, aby nevynechávali jídla, aby dodržovali pět, optimálně šest porcí během dne.

Od příjmu k propuštění

Při příjmu se pacient opět váží, měří se krevní tlak, zkontrolují se výsledky

Dokončení na str. 8

Případ paní Marie očima psycholožky

Kolem psychiky obezdních a pomoci v redukci hmotnosti panuje mnoho mýtů. Na konkrétním příkladě paní Marie můžeme demonstrovat ty z typičtějších, s nimiž se často setkáváme v psychologické praxi.

Cyklení diet

Paní Marie si zažila opakující se cyklus diet a přibírání, což bývá u našich pacientů velmi časté. Zkušenost s nadšením při hubnutí vystřídána zklamáním a pocitem viny při opětovném růstu váhy bývá vyčerpávající. S každou další dietou člověk více očekává i po ní následující neúspěch a to ho odrazuje s dietou vůbec začít. Zároveň se pak po selhání v dietě objeví silnější nutkání dietu porušit „pořádně“, to znamená, že k jedné oslazené kávě si dáme ještě dva majonézové chlebičky, protože „teď už je to jedno“.

Boj do konce života

Setkávám se s přesvědčením klientů, že pro zhubnutí a vyřešení problémů spojených s obezitou musejí držet dietu. Dieta znamená úpravu jídelního a pohybového režimu, která trvá určitou (různě dlouhou) dobu. Ve skutečnosti však nebývá problém kilogramy shodit, ale udržet je dole po zbytek života. Paní Marie to hezky vystihla: „Jako

se říká abstinující alkoholik, tak já jsem „ukázněný zrouť.“ Bludný kruh jídla a hubnutí skutečně může mít rysy závislosti. Hubnutí z 2. a 3. stupně obezity (BMI nad 35) bývá boj do konce života a obdivuji lidi, kteří se k němu odhodlali a nechtějí ho vzdát.

„Měla bych“

Odhodlání k hubnutí a schopnost vydržet u něj ztěžují naše vlastní přesvědčení. Jde třeba o stanovení cílů. Pro názornost cituji jednu větu paní Marie, i když je vytržena z kontextu: „... nedověděla jsem se přesvědčit, že bych měla změnit životní styl, začít jíst zdravě, cvičit a nenervovat se problémy...“ Takový životní cíl je krásný, bohužel však také příliš dokonalý a lidsky nedosažitelný. Nelze udělat všechny kroky najednou, např. pokud máme blízké lidi a záleží nám na nich, asi jejich problémy budeme prožívat, budou nás trápit, budeme „se nervovat“. Nemá proto cenu se do takového cíle nutit a říkat si, že bych

to „měla“ zvládnout. Reálnější je cíl typu „chci si najít jiný způsob uklidňování ve stresu, než je jídlo“, nebo zvažení, zda nebude lepší vyřešit problém, kvůli němuž se nervujeme.

Partner

Paní Marie zmiňuje, že ji manžel pro nadváhu kritizoval. Nadváha a obezita jsou velmi citlivá témata, partneři a další blízcí lidé by si to měli uvědomit. Výchytky nebo „dobré rady“ situaci jen zhorší. Pokud vám na někom záleží a obáváte se o něj kvůli jeho/její obezitě, nejlepší cestou je, abyste sami začali jíst zdravěji a hýbat se. Zároveň dejte partnerovi/partnerce možnost se k vám připojit, nikoli výčitkou nebo doporučením, co by pro ni/pro něj bylo dobré, stačí se jen zeptat, jestli nechce třeba jít s vámi na procházku.

Psychoterapie, která „se nekonala“

Účelem psychologického vyšetření před bariatrickou operací je zjistit, zda změny v životě, jež krok přináší, nejsou pro klienta v současnosti ohrožující. Psycholog musí posoudit, zda pacient dobře chápe, co ho čeká, a zda neexistuje skutečnost, která by aktuálně bránila dodržování redukčního režimu.

Práce se zmíněnými prameny zvyku jíst v obdobích stresu (tzv. zajídání starostí, emoční jídlo) není možné podrobněji probrat při předoperačním vyšetření. Pokud chceme řešit psychický původ, například nadměrného jídla nebo těžko ovladatelných chutí, je na to vhodná psychoterapie. Jde o dlouhodobější setkávání s psychologem, kde je více prostoru mluvit o důvodech jídla. Psychoterapii buď nabídne psycholog, nebo si o ni může říci sám klient. Praktické překlady občas způsobí, že je klient doporučen k psychologovi na jiném pracovišti, například kvůli velké vzdálenosti bydliště klienta a pracoviště psychologa, u něž byl na vyšetření.

Každý psycholog pracuje trochu jinak, záleží na typu jeho vzdělání a osobnosti. Já se zaměřuji na „tady a teď“: co vás nyní trápí, co je nejhorší, jak vás to ovlivňuje? Na to pak navazuje: „co byste nyní chtěl/a, co lze změnit, zda vůbec a jak změny fungují k vaší spokojenosti“. V odborném názvosloví pracuji formou kognitivně-behaviorální terapie, která má v léčbě obezity velké úspěchy.

PhDr. Jitka Herlesová

