

Obezita a dna ve stáří



Prevalence obezity a nadváhy v ČR (WHO)

- MUŽI:

- *Nadváha*

-2002: 56,7%

-2014: 69,6 %

- *Obezita*

-2002: 17,4 %

-2014: 26,2 %

- ŽENY:

- *Nadváha*

-2002: 47 %

-2014: 57,3 %

- *Obezita*

-2002: 20 %

-2014: 27,3 %

- Ve věku nad 60 let již obézních moc nepřibývá.

Definice obezity

- ***Nadměrné množství tuku v organizmu***
- ***BMI – hmotnost v kg/(výška v m)²***
- ***podvýživa*** - pod 18,5
- ***nadváha*** - 25-30
- ***obezita I.st.*** - 30-35
- ***obezita II.st.*** - 35-40
- ***obezita III.st.*** - 40 a více

Typy obezity

- BMI nevyjadřuje riziko komplikací, to závisí od rozložení tuku
- TYP **ANDROIDNÍ**- jablko (*válcovitý trup, úzké boky*) = CENTRÁLNÍ
 - převážně viscerální/abdominální tuk
 - vyšší riziko kardiovaskulárních komplikací!
- TYP **GYNOIDNÍ**- hruška (*zachovalý pas, boky a hýždě ženského tvaru*) = PERIFERNÍ
 - spíš podkožní tuk

Jiné metody hodnocení

- Obvod pasu:
- horizontální rovina mezi dol. žebry a hřebenem kyčelní kosti, vyjádřuje množství abdom. tuku
- **Nad 80cm ŽENY, nad 94cm MUŽI**
- Výrazné riziko: nad 88cm ŽENY, nad 102cm MUŽI
- Waste hip ratio- již se nepoužívá (poměr obvodu boků a pásu)

Vznik obezity

- **Multifaktoriální!**
- **Nepoměr mezi příjmem a výdejem energie- nutná podmínka**
- **Jiné dělení obezity: 1, primární
2, sekundární**

Primární obezita

- Nejrozšířenější, cca 95%*
- Následek nevyrovnané energet.bilance*
- **Nevhodná strava, složení stravy!***

Nedostatek pohybu,

Genetické predispozice,

Psychické faktory+ návyky

Chyby stravování

- ***Nepravidelnost stravování!***- vynechání snídaně, oběda.

Tělo si zvyká, že nemá potravu pořád- vytváří si zásoby.

- ***Složení potravy-*** mnoho tučných a sladkých potravin (uzeniny, smažené jídla, sladkosti, slané pochutiny), nedostatek vlákniny, zeleniny, mléčných výrobků.

Pokud zkonzumujeme tuky, naše tělo je v podstatě nemusí zpracovávat a může si je rovnou uložit do tukových zásob.

- ***Množství potravy-*** důležité, ale nezáleží jen na celkovém příjmu energie, ale jestli jde o bílkoviny, sacharidy nebo tuky.

Sekundární obezita

- *Jen cca 5-10%, součást jiných onemocnění, iatrogenní*
- *Poškození **hypothalamu** (neoplázie, trauma)*
- ***Endokrinní** onemocnění (Cushingův syndrom, Addisonova ch., Inzulinom, sy polycystických ovarii)*
- ***Léčiva** - kortikoidy, TCA, antikonvulziva, B - blokátory, psychofarmaka, PAD, inzulin*
- ***Genetika- monogénně podmíněné-Prader-Willy sy** (del 15q)*

Vznik obezity

- **Chronický zánět** tukové tkáně- podmiňující inzulinorezistenci, metabolický syndrom. Přítomnost imunitních buněk v tuk. tkáni
- **Endokrinní fce** tukové tkáně se mění při zánětu- produkce spíš prozánětlivých adipokinů. (známo více než 100 hormonálních působků tuk.tkáně)
- **Mikroflóra ve střevním traktu** a její složení (druh bakterií) má prokázaný vliv na vznik obezity a dalších patologických procesů v organismu.
- **Evoluční složka:** V minulosti člověk adaptován na období sníženého příjmu stravy, nyní tento problém v bohaté společnosti odpadá= tělo se nestihlo přizpůsobit.

Komplikace obezity

- MECHANICKÉ
- METABOLICKÉ- zejména kardiovaskulární
- Dle systémů/ oborů:
- **Kardiovaskulární soustava:** akcelerace aterosklerózy- ICHS, ICHDKK, CMP, hypertenze
- **Dýchací soustava:** syndrom spánkové apnoe, snížené ventilace...častější záněty, infekce
- **Metabolizmus a trávicí trakt:** DM II.typu, dyslipidemie, dna, dyspepsie, zvýšená srážlivost krve

- **Onkologie:** kolorektální CA, gynekologické nádory, urologické, ŽC, slinivka
- **Gynekologie:** poruchy cyklu
- **Psychiatrie:** depresivní syndromy
- **Ortopedie a neurologie:** artróza kloubů, vertebrogenní potíže- VAS
- **Kůže:** zapáčky v ohybech kůž

Důsledky pro starší nemocné

- **kumulace chorob- *polymorbidita!* (viz komplikace)**
- **urychlení ztráty soběstačnosti- *imobilita***
- **prokázáno významné *zkrácení délky života* – čím vyšší nadváha, tím kratší délka života**
- **Komplikace pro *rodinu i nemocniční personál* stran péče o nemocného**

Léčba obezity

- *DIETA*
- *FYZICKÁ AKTIVITA*
- *FARMAKOTERAPIE*
- *CHIRURGIE*
- *PSYCHOTERAPIE- podpůrná metoda od lékaře, psychologa*

DIETA

- **Snížení energetického příjmu. POZOR, nestačí JEN snížit příjem, tělo se může adaptovat na nižší příjem energie!**
- **Mírné, dlouhodobě udržitelné dietní omezení, založené na zvyklostech nemocného.**
- **snížit příjem energie o cca 10-15%.**
- **ve stravě zvýšit příjem bílkovin, zeleniny, ovoce, vlákniny, neslazených tekutin**
- **omezit či vyloučit příjem sladkostí, uzenin, tučného jídla**
- **potravu přijímat pravidelně, po malých porcích**

FYZICKÁ AKTIVITA

- **Zvýšení energetického výdeje- brání adaptaci organismu na snížený příjem energie+ brání sarkopenii**
- **Pravidelná (3-4xtýdně), udržitelná, středně těžké intenzity (60-75% max. tepové frekvence), trvající cca 50-60min.**
- **Chůze, kolo, plavání, rotoped, práce na zahrádce (běh není vhodný)**

FARMAKOTERAPIE

- **Při nedostačujícím účinku diety a fyzické aktivity, většinou při BMI nad 30**
- **1, látky ovlivňující vstřebávání tuků:**
 - orlistat (Xenical)- inhibitor střevní lipázy, nevhodné pro starší, vyvolává průjem**
- **2, centrálně působící- fentermin-**
 - noradrenergní a dopaminergní účinek, potlačuje chuť k jídlu- užívání max. 3 měsíce, v některých krajinách zakázán.**

FARMAKOTERAPIE

- Další nadějně léky z jiných odvětví:
- Antidiabetika s vedlejším účinkem snížení hmotnosti: glifloziny, GLP1-agonisti (inkretinová analogá- exenatid, liraglutid)
- Naltrexon (opiátový antagonistá), bupropion (antidepresivum)

CHIRURGICKÁ LÉČBA

- *indikována při BMI nad 40 nebo BMI nad 35 při dalších komorbiditách (DM, dyslipidemie...)*
- ***MALABSORPČNÍ výkony:** vyřadí část tenkého střeva ze vstřebávání, omezí resorpční plochu- dnes už málo využívané*
- ***RESTRIKČNÍ výkony:** ovlivňují množství možné přijaté potravy, vyžadují spolupráci (tubulizace, plikace žaludku, bandáž žaludku)*

CHIRURGICKÁ LÉČBA

- *KOMBINOVANÉ výkony (biliopankreatická diverze, roux en Y gastrický bypass)*
- ***liposukce** – odsátí tukových polštářů – více kosmetická záležitost – rizika*
- *Starší pacienti často nejsou k chirurgickým výkonům, vzhledem ke komorbiditám a rizikům indikováni*

DNA

- **Zánětlivé onemocnění indukované krystaly kyseliny močové (urátu), u jedinců se zvýšenou hladinou kyseliny močové.**
- **Hyperurikemie = zvýšení hladiny kys. močové v séru.**

Tedy dna ≠ hyperurikemie.

- **90% muži, souvislost s dietou, užíváním alkoholu**
- **Purinové baze (z nukleotidů) → hypoxantin → xantin → kys. močová**

Patogeneze

- **Při zvýšené hladině kys. močová v organizmu krystalizuje, ukládá se ve tkáních a vyvolává lokální zánětlivou reakci.**
- **1, *primární*- idiopatická- zvýšená syntéza de novo. Často v souvislosti s metabolickým syndromem, často spolupodíl dietních opatření.**
- **2, *sekundární*- vysoký příjem potravin bohatých na puriny (maso, vnitřnosti, luštěniny...), snížené vylučování ledvinami (CHRI...), zvýšený rozpad buněk (leukemie, cytostatika)**

Akutní dnavý záchvat

- ovlivněno **hladinou KM**, obvykle po **dietní chybě** (oslavy, svatby)
- ovlivněno **aktuálním pH** – nejnižší v **pozdních nočních hodinách**
- nad ránem vznik **vlastního záchvatu** – „**sub galli cantu**“ – za kohoutího **kokrhání**
- **Krysaly v oblasti kloubu dráždí synoviální membránu** → **indukce akutní zánětlivé odpovědi**

Akutní dnavý záchvat

- **bolest kloubu (nesnese ani přikrývku)**
- **zarudnutí (až nafialovělé , šířící se do okolí), otok kloubu**
- **Celková alterace stavu- zvýšení teploty, nechutenství, trávicí obtíže.**
- **Typická lokalizace: I.MTP- kloub palce („podagra“),**
taky nártý,
kolena.



Chronická tofózní forma

- ***U pac. s opakovanými častými záchvaty může stav přejít do chron. trvajícího zánětu s občasnými záchvaty vyšší intenzity.***
- ***Dnavé tofy***= depozta urátu v tkáních, zejména ušní boltce, okolí kloubů
- ***Dnavá artritida, chronická synovitida- až deformity, destrukce kloubů***
- ***Postižení ledvin: nefrolithiáza, chronická intersticiální nefropatie, až selhání ledvin***

Dnavé tofy



Dnavá artritida



Dna ve vyšším věku

- *snižuje **soběstačnost** (bolestivost, destrukce kloubů)*
- *Poškození **ledvin***
- *rizikový faktor rozvoje **aterosklerotických změn**, souvislost s **metabolickým syndromem** a s tím spojenými **komorbiditami***

Léčba dny

- **Terapie akutního záchvatu:**

kolchicin (specifický pro dnu, neúčinkuje u jiných zánětů- kolchicinový test)-
během 24-48h

NSA (diklofenak, indometacin) – lék
1.volby dnes, maximální dávky

kortikoidy – při intoleranci,
nedostatečnosti léčby, systémové
podání

lokální chlazení

- ***Při akut. záchvatu neléčíme hladinu
KM!***

Léčba dny

. Terapie v klidovém období:

Dieta – základ (bez vnitřností, masných výrobků, alkoholu...)

Inhibitory syntézy KM (alopurinol, febuxostad) -cílem hladina KM v séru cca pod 360 $\mu\text{mol/l}$

Urikosurika (benzbromaron, probenecid) - zvyšují sekreci urátů

Biologická léčba (inhibitor Il-1)

. Event. chirurgická léčba velkých tofů

Děkuji za pozornost

