

Leczenie otyłości w praktyce lekarza rodzinnego

Treatment of obesity in the practice of a family doctor

prof. dr hab. n. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

■ **Słowa kluczowe:** otyłość, leczenie otyłości, lekarz rodzinny.

■ **Keywords:** obesity, treatment of obesity, family doctor.

■ **Abstract:** Obesity is a chronic disease of a progressive nature, with no tendency to self-relapse and a tendency to relapse, resulting in numerous other diseases that are the cause of disability and premature death. Every fourth adult Pole suffers from obesity. The treatment of all obesity complications was found in the system of specialized health care. However, the treatment of obesity is included in the duties of the family doctor, who currently has no possibility of referring the patient to a specialist center. The therapeutic team consisting of a doctor, psychologist, dietitian, physiotherapist should take part in the treatment of obesity, and in the case of patients with II degree obesity and complications and third-degree of obesity, also a bariatric surgeon. A family doctor left behind has a difficult task ahead of him, which is why he often does not diagnose obesity and does not raise this topic with the patient or directs him to the dietitian. The manuscript aims to show family doctors how to take obesity treatment within a limited time and lack of support from other members of the therapeutic team.

■ Wprowadzenie

Do lekarza rodzinnego pacjenci rzadko zgłaszają się z powodu otyłości, a często z powodu jej powikłań. Lekarz rodzinny może mieć problemy z rozpoczęciem rozmowy o tym, że przyczyną choroby, z którą zgłosił się pacjent, jest właśnie otyłość. U każdego pacjenta z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby, choroby układu sercowo-naczyniowego, zespołu bezdechu sennego, z zaburzeniami płodności czy chorobami układu ruchu należy przeprowadzić diagnostykę otyłości i podjąć rozmowę o jej leczeniu. Diagnostyka jest konieczna również w przypadku pacjentów bez występujących powikłań otyłości, zgłaszających się z innych przyczyn, np. zakażeń górnych dróg oddechowych.

Bardzo ważne jest przełamanie własnych barier dotyczących braku przygotowania do rozmowy z pacjentem i leczenia otyłości. Otyłość nie jest wstydlivym problemem, tylko chorobą taką

jak każda inna i bardzo ważne jest, żeby lekarz tak do niej podchodził. Ponadto istotne jest, żeby nie mówić o odchudzaniu, tylko o leczeniu otyłości. Większość chorych na otyłość od lat się odchudza, czego efektem jest postęp choroby i rozwój jej powikłań. Odchudzanie to działania, które nie są oparte na aktualnej wiedzy medycznej, a ich celem jest uzyskanie ubytku jak największej liczby kilogramów w jak najkrótszym czasie. Natomiast leczenie otyłości ma na celu uzyskanie trwałego ubytku masy ciała, powodującego ogólną poprawę stanu zdrowia, a stosowane metody są zgodne z aktualnymi rekomendacjami towarzystw naukowych, opartych na wynikach przeprowadzonych badań (medycyna oparta na dowodach naukowych).

■ Jak w praktyce zastosować regułę pięciu „A”?

W praktyce lekarza rodzinnego zaleca się stosowanie reguły pięciu „A”:

1. Ask (wyjaśnienie istoty choroby i jej konsekwencji).
2. Assess (ocena stanu zdrowia, przyrostu masy ciała i występowania powikłań).
3. Advise (przedstawienie opcji leczenia, jakie można zastosować).
4. Agree (uzyskanie zgody pacjenta na proponowany cel terapeutyczny i plan leczenia).
5. Assist (wspieranie pacjenta w procesie terapeutycznym) [1].

1. Wyjaśnienie istoty choroby i jej konsekwencji

Należy wykonać pomiary masy ciała, wzrostu i obwodu talii oraz wyliczyć wskaźnik masy ciała (BMI) = masa ciała (kg)/[wzrost (m)]. Wartości BMI i obwodu talii trzeba odnieść do wartości prawidłowych i postawić diagnozę: (nadwaga BMI: 25-29,9 kg/m; otyłość I stopnia BMI: 30-34,9 kg/m; otyłość II stopnia BMI: 35-39,9 kg/m; otyłość III stopnia BMI 40 kg/m; otyłość trzewna – obwód talii u kobiet 80 cm, a u mężczyzn 94 cm) [2]. W rozmowie z pacjentem zawsze należy używać prawidłowej diagnozy i nie określać otyłości jako nadwagi.

Po określeniu stopnia otyłości i przekazaniu tej informacji pacjentowi, jeżeli występują jej powikłania, należy wyjaśnić, że ich leczeniem przyczynowym jest leczenie otyłości. Trzeba również wspomnieć, jakie inne powikłania mogą rozwinąć się, jeżeli pacjent nie podejmie leczenia. Natomiast pacjentom bez występujących aktualnie powikłań powinno się wyjaśnić, jakie ryzyko zdrowotne niesie za sobą otyłość i jakie korzyści odniosą z redukcji masy ciała.

Po tej rozmowie należy określić gotowość pacjenta do zmiany. Istnieje wiele zrandomizowanych kwestionariuszy stosowanych w ocenie gotowości do zmiany, jednak ich wykorzystanie w codziennej praktyce jest trudne. W warunkach praktyki lekarza rodzinnego gotowość do zmiany można ocenić na podstawie odpowiedzi na pytania, czy:

1. Chcę się leczyć z powodu otyłości, żeby poprawić swoje zdrowie.
2. Chcę trwale zmienić swój sposób jedzenia i nie uważam, że jest to walka.
3. Uważam, że mój obecny sposób jedzenia jest dla mnie szkodliwy.
4. Wiem, że leczenie będzie długie, ale jestem gotowy współpracować z lekarzem.
5. Będę akceptować proponowane mi sposoby leczenia.

Jeżeli pacjent odpowie twierdząco na 4 z powyższych pytań, można uznać, że jest gotowy do zmiany [3]. Jeżeli nie jest gotowy do zmiany, należy wracać do tematu na każdej kolejnej wizycie i motywować pacjenta.

2. Ocena stanu zdrowia, przyczyn przyrostu masy ciała i występowania powikłań spowodowanych nadmiarem tłuszczu w organizmie

Należy przeanalizować historię zmian masy ciała:

- początek zachorowania na otyłość;
- najwyższą znaną pacjentowi masę ciała;
- najniższą masę ciała w wieku dorosłym;
- okresy zmian masy ciała (redukcja masy ciała, występowanie efektu jo-jo);
- wcześniejsze próby redukcji masy ciała (na czym polegały, czy była stosowana farmakoterapia, jakie uzyskano efekty, jak długo utrzymano zredukowaną masę ciała).

Należy również przeanalizować zachowania związane z przyjmowaniem pokarmów:

- liczba posiłków spożywanych dziennie i ich regularność;
- dojadanie między posiłkami (rodzaj pokarmów, częstotliwość, okoliczności);
- pory dnia, w których potrzeba jedzenia jest największa;
- jedzenie pod wpływem emocji (jeżeli występuje – należy albo samemu przeprowadzić diagnostykę w kierunku zespołu kompulsywnego jedzenia, zespołu nocnego jedzenia i depresji, albo skierować w tym celu pacjenta do psychologa);

- rodzaje najczęściej spożywanych pokarmów i napojów, ulubione pokarmy i sposób przygotowywania posiłków;
- spożywanie alkoholu, w tym piwa; ocena poziomu aktywności fizycznej.

Jeżeli w historii choroby pacjenta nie ma wystarczających danych potwierdzających lub wykluczających występowanie powikłań otyłości, należy zaplanować i przeprowadzić diagnostykę:

- stanów przedcukrzycowych, cukrzyca typu 2,
- zaburzeń lipidowych,
- nadciśnienia tętniczego,
- chorób sercowo-naczyniowych,
- niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby,
- zespołu policystycznych jajników lub niepłodności,
- hipogonadyzmu męskiego,
- zespołu bezdechu w czasie snu,
- astmy oskrzelowej,
- zmian zwyrodnieniowych stawów,
- wysiłkowego nietrzymania moczu,
- refluksu żołądkowo-przełykowego,
- depresji [4].

Jeżeli u pacjenta występują powikłania otyłości, należy ocenić, czy w wyniku dotychczas stosowanego leczenia osiągnięto cele terapeutyczne i ewentualnie zweryfikować farmakoterapię.

Warto podkreślić, że ocenę stanu zdrowia należy przeprowadzać również u pacjentów z rozpoznaniem nadwagi. W Europie nadal posługujemy się podanymi wcześniej normami BMI Światowej Organizacji Zdrowia. Jednak w 2016 r. Amerykańskie Towarzystwa Endokrynologiczne ustanowiły nowy sposób diagnozowania stopnia zaawansowania otyłości, który znacznie lepiej pozwala ocenić ryzyko zdrowotne.

Zgodnie z tą klasyfikacją wyróżnia się: **nadwagę 0 stopnia** – BMI 25–29,9 kg/mi brak powikłań takich jak: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, choroba sercowo-naczyniowa, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, zespół policystycznych jajników, zaburzenia

plodności u kobiet, hipogonadyzm u mężczyzn, astma, zespół bezdechu sennego, zespół hipowentylacji, refluks żołądkowo-przełykowy, wysiłkowe nietrzymanie moczu, choroba zwyrodnieniowa stawów, depresja;

otyłość 0 stopnia – BMI ≥ 30 kg/m i brak wyżej wymienionych powikłań;

otyłość I stopnia – BMI ≥ 25 kg/m i ≥ 1 powikłaniem o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym;

otyłość II stopnia – BMI ≥ 25 kg/m i ≥ 1 powikłaniem o ciężkim nasileniu [4].

Polscy eksperci rekomendują stosowanie amerykańskich kryteriów diagnostycznych [5].

Kolejnym etapem tego punktu jest wyznaczenie celu terapeutycznego. Cel terapeutyczny w leczeniu otyłości powinien spełniać kryteria celu biznesowego SMART, czyli być:

- skonkretyzowany – należy dokładnie określić, jakie kroki doprowadzą do osiągnięcia celu;
- mierzalny – określenie dokładnej liczby kilogramów, jaką pacjent powinien utracić na danym etapie leczenia;
- akceptowalny – pacjent musi zaakceptować nie tylko cel, ale również metodę, która ma doprowadzić do jego osiągnięcia;
- realny – możliwy do osiągnięcia bez szkód zdrowotnych;
- terminowy – ściśle określony czas, w którym cel ma być osiągnięty.

W leczeniu otyłości należy wyznaczać cele cząstkowe i krótkoterminowe; tzw. metoda małych kroków. Najlepiej zakładać uzyskanie zmniejszenia o 5% wyjściowej masy ciała w czasie 3–6 miesięcy, a po uzyskaniu tego celu wyznaczać kolejny. Jako główny cel należy przyjąć zmniejszenie nasilenia choroby o jeden stopień, tzn.:

- u chorego z nadwagą (BMI 25–29,9 kg/m) będzie to prawidłowa masa ciała (BMI < 25 kg/m);
- u chorego z otyłością I stopnia (BMI 30–34,9 kg/m) będzie to nadwaga;
- u chorego z otyłością II stopnia (BMI 35–39,9 kg/m) będzie to otyłość I stopnia;
- u chorych z otyłością III stopnia, jeżeli

BMI mieści się w zakresie 40-50 kg/m, będzie to otyłość II stopnia, natomiast jeżeli BMI przekracza 50 kg/m, należy dążyć do zmniejszenia go o co najmniej 10 kg/m [3]. Ponieważ chorzy na otyłość często oczekują szybkiej utraty kilogramów w krótkim czasie, żeby uniknąć rozczarowań, wyznaczając cel warto wyjaśnić choremu, że:

- szybka redukcja masy ciała wiąże się ze znacznym ubytkiem masy beztłuszczowej, co skutkuje obniżeniem podstawowego wydatku energetycznego, a to znacznie utrudnia utrzymanie uzyskanych efektów;
- najważniejszym celem leczenia otyłości jest zmniejszenie ogólnego ryzyka zdrowotnego;
- wolna, ale systematyczna utrata masy ciała powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie stężenia glukozy i lipidów oraz daje możliwość zmniejszenia liczby stosowanych leków, a także poprawia jakość życia [6];
- leczenie otyłości to nie krótkoterminowe znaczne restrykcje dietetyczne i zwiększenie aktywności fizycznej, ale czas na trwałe wdrożenie zmian nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej;
- prawdziwym sukcesem terapeutycznym nie jest liczba utraconych kilogramów, ale trwałe utrzymanie uzyskanych efektów [7].

3. Przedstawienie opcji leczenia, które powinny zostać zastosowane u pacjenta

Podstawę leczenia otyłości stanowi uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego, co jest możliwe dzięki zmianom sposobu odżywiania i zwiększeniu aktywności fizycznej.

W rozmowie z pacjentem nie powinno używać się słowa dieta, ponieważ to określenie, mimo że oznacza wszystko to, co każdy spożywa, przez pacjentów kojarzone jest z krótkoterminowymi restrykcjami, po których następuje powrót do „normalności”. Nie powinno zalecać się ograniczeń ilościowych typu „proszę jeść połowę tego co teraz”, tylko zmiany jakościowe, które pozwolą na zmniejszenie energetyczno-

ści bez zmniejszenia ilości. Zmiana nawyków żywieniowych powinna obejmować regularność spożywania posiłków, niedojadanie między posiłkami i radzenie sobie ze stresem inaczej niż za pomocą jedzenia.

Zalecenia dotyczące energetyczności spożywanych posiłków powinny być zindywidualizowane. Aktualnie rekomenduje się zmniejszenie energetyczności o 500-600 kcal w stosunku do oszacowanego wydatku energetycznego pacjenta. Najprostszym sposobem obliczenia indywidualnego zapotrzebowania energetycznego jest użycie wzoru:

podstawowy wydatek energetyczny (BMR, *basal metabolic rate*) × współczynnik aktywności fizycznej, gdzie BMR:

dla mężczyzn = $11,6 \times \text{masa ciała (kg)} + 879$ kcal, dla kobiet = $8,7 \times \text{masa ciała (kg)} + 826$ kcal, a współczynnik aktywności fizycznej dla osób prowadzących siedzący tryb życia wynosi 1,3; dla średnio aktywnych – 1,5; przy regularnej aktywności fizycznej – 1,7 [8].

Po zredukowaniu przez pacjenta ok. 10% wyjściowej masy ciała albo w sytuacji, kiedy masa ciała przestaje się obniżać, należy na nowo wyliczyć zapotrzebowanie energetyczne i deficyt energetyczny. Zmiany jakościowe trzeba dostosować do upodobań smakowych pacjenta.

Zgodnie z zaleceniami WHO w składzie diety zapobiegającej rozwojowi chorób przewlekłych węglowodany powinny stanowić 55-75% [oczywiście dotyczy to węglowodanów złożonych, a spożycie węglowodanów prostych (glukoza, fruktoza, mannitol, ksylitol, sacharoza) nie powinno przekraczać 10% dobowej energetyczności diety], 15-25% tłuszczów (w tym nasyconych < 10%, cholesterolu < 300 mg), a białka do 20%, ponadto zaleca się spożycie 14 g błonnika na każde 1000 kcal [9].

Pacjent powinien kontrolować liczbę, jakość i czas spożywanych posiłków poprzez prowadzenie dzienniczka żywieniowego, należy go jednak poinstruować, że ma to sens jedynie wtedy, kiedy zapisuje przed jedzeniem i to skłania go do

przemyslenia, czy dany produkt zjeść czy nie, czy taka ilość, czy też mniejsza. Natomiast nie ma sensu „pisanie pamiętnika” wieczorem, czyli wymienienie, co pacjent już zjadł danego dnia. Ważne jest również uświadomienie pacjentowi, że decyzję o tym, co będzie jadł, podejmuje na poziomie zakupów.

Równocześnie ze zmianą nawyków żywieniowych należy zalecać zwiększanie aktywności fizycznej, w tym codziennej, np. wchodzenie po schodach, chodzenie w trakcie rozmowy telefonicznej. Rodzaj i ilość oraz częstotliwość aktywności fizycznej należy dostosować do możliwości pacjenta. Zaleca się wysiłek aerobowy minimum 5 razy w tygodniu przez 30 minut, taki jak szybki marsz, jazda na rowerze, taniec, wolny bieg, pływanie, aerobik w wodzie czy nordic walking. Nie są wskazane ćwiczenia z podskokami, które powodują duże obciążenia stawów kolanowych i skokowych. Należy również zalecać wysiłek oporowy 2-3 razy w tygodniu [10].

Pacjentów, u których występują: jedzenie pod wpływem emocji lub zaburzenia odżywiania (zespół kompulsywnego jedzenia, zespół nocnego jedzenia, nałogowe jedzenie), zaniżona samoocena i zaburzenia depresyjne, należy bezwzględnie kierować do psychoterapeuty (nie każdy psycholog jest psychoterapeutą). Rozmowa na ten temat powinna być bardzo delikatna i ma wyjaśnić, że pomoc psychologa w radzeniu sobie ze stresem i zaakceptowaniu siebie jest ważnym elementem uzyskania sukcesu w redukcji masy ciała.

Kolejnym elementem jest farmakoterapia. Można ją stosować u każdego pacjenta, u którego nie występują przeciwwskazania. Farmakoterapię należy stosować co najmniej 6 miesięcy, a optymalnie, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, długotrwale, jeżeli pacjent dobrze ją toleruje. Krótkotrwale, poniżej 6 miesięcy stosowanie farmakoterapii nie jest zalecane, ponieważ nie przynosi wymiernych korzyści zdrowotnych. Farmakoterapia nie leczy otyłości, tylko ułatwia pacjentowi realizację zmian sposobu odżywia-

nia. Można ją również stosować w celu utrzymania uzyskanych wcześniej efektów leczenia.

Farmakoterapię należy dobierać indywidualnie, uwzględniając pierwotną przyczynę rozwoju otyłości oraz przeciwwskazania do stosowania. U pacjentów z jedzeniem pod wpływem emocji i zaburzeniami odżywiania lekiem I wyboru powinno być połączenie bupropionu z naltreksonem, o ile nie występują przeciwwskazania do jego zastosowania [5].

W Polsce zarejestrowane są 3 leki wspomagające leczenie otyłości:

Orlistat (tetrahydrolipostatyna, pochodna lipostatyny wytwarzanej przez *Streptomyces toxytricini*) stosuje się p.o. w dawce 120 mg 3 × dz. przed głównymi posiłkami. Orlistat hamuje aktywność lipaz przewodu pokarmowego: żółtkowej, trzustkowej i jelitowej, zapobiegając trawieniu i wchłanianiu części tłuszczów przyjętych z pokarmem. Lek ma działanie miejscowe, nie wpływa na odczucie sytości i głodu ani apetytu. Stosowanie orlistatu jest uzasadnione u osób preferujących pokarmy tłuste i mających problemy z modyfikacją nawyków żywieniowych. Lek jednak niechętnie jest stosowany przez pacjentów z takimi preferencjami, ponieważ spożycie pokarmu, który zawiera zbyt dużą ilość tłuszczu, powoduje zwiększenie częstości wypróżnień, występowanie luźnych i płynnych stolców, stolców tłuszczowych, nagłą potrzebę defekacji, nietrzymanie stolca, wzdęcia i bóle brzucha. Dlatego jeżeli zaleca się orlistat, należy uświadomić choremu, że powyższe objawy nie są działaniami niepożądanymi leku, tylko efektem błędów żywieniowych. Przeciwwskazaniami do jego stosowania są: nadwrażliwość na lek, ciąża i okres laktacji, cholestaza oraz przewlekłe zespoły upośledzonego wchłaniania [11].

Preparat złożony zawierający 2 substancje czynne: **chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu**. Leczenie rozpoczyna się od przyjmowania 1 tabl. rano przez tydzień, w następnym tygodniu – 1 tabl. rano i 1 wieczor-

rem, w kolejnym 2 tabl. rano i 1 wieczorem, a w 4. tyg. wprowadza się dawkę docelową – 2 tabl. rano i 2 tabl. wieczorem. Połączenie bupropionu i naltreksonu wykazuje działanie hiperaddektywne w regulacji poboru pokarmu, wpływając na zwiększenie sytości w jądrze łukowatym podwzgórza i zmniejszenie uczucia apetytu w mezo- i limbicznym, dopaminergicznym układzie nagrody. Szczególne korzyści ze stosowania tego leku mogą odnieść chorzy, u których występuje depresja, jedzenie pod wpływem emocji, problemy z odbiorem bodźców płynących z organizmu i interpretujące jako głód inne bodźce, tendencja do podjadania między posiłkami, zwłaszcza pokarmów słodkich, zespół kompulsywnego jedzenia lub nałogowe jedzenie. Przeciwwskazania do leczenia bupropionem z naltreksonem obejmują: niewyrównane nadciśnienie tętnicze, padaczkę, nowotwór OUN, okres bezpośrednio po nagłym odstawieniu alkoholu lub benzodiazepin u osoby uzależnionej, chorobę afektywną dwubiegunową w wywiadzie, jadłowstręt psychiczny lub bulimię w przeszłości, przyjmowanie inhibitorów monoaminooksydazy (MAO), ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub nerek oraz ciążę [12].

Liraglutyd, długo działający analog glukagonopodobnego peptydu typu 1 (GLP-1), który stosuje się s.c. w dawce docelowej 3 mg/d. Leczenie rozpoczyna się od dawki 0,6 mg/d i co tydzień zwiększa się ją o 0,6 mg/d, aż do osiągnięcia dawki 3 mg/d. Jeżeli przez kolejne 2 tyg. po zwiększeniu dawki lek jest źle tolerowany, należy rozważyć jego odstawienie. Liraglutyd zmniejsza pobór pokarmu, aktywując w jądrze łukowatym podwzgórza uwalnianie neuroprzebieżników odpowiedzialnych za odczuwanie sytości, nie wpływa natomiast na apetyt. Inny mechanizm działania liraglutynu to stymulacja wydzielania insuliny przez komórki β trzustki, co wykorzystuje się w leczeniu cukrzycy typu 2 (dawka docelowa 1,8 mg/d). Należy podkreślić, że ta sama substancja czynna jest zarejestrowana pod innymi nazwami handlowymi w leczeniu otyłości i cukrzycy typu 2 i zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi pre-

paratów tych nie należy stosować zamiennie. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: nudności, wymioty, biegunka i zaparcie, które mogą być przejściowe. Przeciwwskazaniami do stosowania tego leku są: rak rdzeniasty tarczycy w wywiadzie rodzinnym i zapalenie trzustki w wywiadzie. Szczególne korzyści ze stosowania liraglutynu mogą odnieść chorzy na otyłość z takimi powikłaniami, jak: stany przedcukrzycowe, cukrzyca typu 2, zespół policystycznych jajników z towarzyszącymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, zaburzenia poposiłkowe odczuwania sytości, o ile nie występuje u nich jedzenie pod wpływem emocji lub zaburzenia odżywiania. W tym przypadku można rozważyć politerapię, stosując połączenie bupropionu i naltreksonu oraz liraglutynu w dawce 1,8 mg lub 3 mg [13].

U niektórych pacjentów należy rozważyć chirurgiczne leczenie otyłości. Wskazaniami do zastosowania chirurgicznych metod leczenia otyłości są: trwające co najmniej rok nieskuteczne leczenie zachowawcze obejmujące dietę, aktywność fizyczną, farmakoterapię i psychoterapię,

- BMI 40 kg/m,
- BMI 35-39,9 kg/m jeżeli występuje co najmniej jedno powikłanie otyłości,
- przy kwalifikowaniu do operacji bariatrycznej uwzględnia się także czynniki socjalne, rodzinne i psychologiczne związane z otyłością.

Przeciwwskazaniami do wykonania operacji bariatrycznej są:

- ciężkie schorzenia układu krążeniowo-oddechowego;
- zapalne choroby przewodu pokarmowego; marskość wątroby;
- żylaki przełyku;
- uzależnienie od alkoholu i narkotyków; nieleczone zaburzenia odżywiania.

W ostatnich latach zwraca się coraz większą uwagę na to, że operacje bariatryczne są najskuteczniejszą formą leczenia otyłości.

Wytyczne towarzystw naukowych dotyczących kwalifikacji do zabiegów bariatrycznych ulegają stale zmianom, a zakres wskazań poszerza się [14].

Jeżeli istnieją wskazania do leczenia chirurgicznego, nie należy zwlekać aż dojdzie do dalszego przyrostu masy ciała, ponieważ ryzyko powikłań i korzyści z zabiegu u chorych z BMI > 60 kg/m zdecydowanie się zmniejszają.

Pacjentowi należy wytłumaczyć, że operacja nie rozwiąże wszystkich problemów i nie wyleczy go ostatecznie. Zarówno przed, jak i po zabiegu pacjent wymaga długotrwałej edukacji i wsparcia dietetycznego, psychologicznego i medycznego.

Po określeniu sposobu leczenia należy ustalić harmonogram kontroli obejmujący liczbę wizyt niezbędnych do realizacji wyznaczonego celu, odstępy czasowe między wizytami (na każdej wizycie ustalić datę kolejnej), parametry, jakie zostaną skontrolowane w czasie wizyty oraz co pacjent powinien przynieść na wizytę (wyniki badań, dzienniczek żywieniowy, dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego, itp.) [3].

4. Uzyskanie zgody pacjenta na proponowany plan terapeutyczny i harmonogram leczenia

W psychoterapii funkcjonuje pojęcie kontraktu terapeutycznego, czyli umowy, jaką pacjent zawiera z terapeutą. Otyłość jest chorobą psychosomatyczną, a jej leczenie jest procesem długotrwałym, w którym kluczową rolę odgrywa współpraca pacjenta, warto zatem zawrzeć z nim rodzaj kontraktu terapeutycznego. W tej umowie powinny być uwzględnione takie elementy, jak: cel terapeutyczny, harmonogram wizyt, jeżeli zlecona jest farmakoterapia, to minimalny czas jej trwania, informacja o innych opcjach terapeutycznych i sytuacjach, w których mogą one zostać zaproponowane oraz zobowiązanie pacjenta, że będzie zgłaszał się na wizytę zwłaszcza wtedy, kiedy będzie miał problemy z realizacją zaleceń [3].

5. Wspieranie pacjenta w procesie terapeutycznym

Na każdej wizycie kontrolnej należy omówić uzyskany efekt, przejrzeć i skorygować dzienniczek żywieniowy i dzienniczek aktywności fizycznej, zweryfikować kontrolę powikłań otyłości i ich leczenie. Warto także w zależności od potrzeb modyfikować zastosowane metody leczenia otyłości oraz wdrażać postępowanie zapobiegające działaniom niepożądanym leku, jeżeli się pojawiają [3].

■ Podsumowanie

Otyłość nie może być tematem tabu w gabinecie lekarza POZ. Lekarz rodzinny powinien stosować wszystkie dostępne opcje terapeutyczne i nawiązywać współpracę z dietetykiem, psychologiem, fizjoterapeutą i chirurgiem bariatrą. ©

prof. dr hab. n. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz
magolsza@gmail.com
Nadesłano: 12-06-2019

Piśmiennictwo:

- Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight loss counseling revisited. JAMA 2003;289:1747-1750.
- Obesity: Preventing and managing the global epidemic: (1998). Report of a WHO, Geneva.
- Bieńkowski P, Szulc A, Paszkowski T, Olszanecka-Glinianowicz M. Leczenie nadwagi i otyłości – kto, kiedy i jak? Interdyscyplinarne stanowisko Zespołu Ekspertów. Nutr Met Obes Surg. 2018;5:1-10.
- Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al. Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. American Association of Clinical Endocrinologist and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. Endocr Pract. 2016;22 Suppl 3:1-203.
- Olszanecka-Glinianowicz M, Dudek D, Filipiak KJ, et al. Treatment of overweight and obesity during and after a pandemic. Let's not wait for the development of complications – new guidelines for doctors. Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery. 2020;2(7):1-13.
- Klem ML, Wing RR, McGuire MT, et al. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. Am J Clin Nutr. 1997;66:239-246.
- National Institutes of Health: Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of a overweight and obesity in adults: the evidence report. Obes. Res. 1998;6 (supl. 2):S51-209.
- World Health Organization: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization; 2003.
- Jakicic JM, Coleman E, Donnelly JE, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate intervention strategies for weightloss and prevention of weight regain for adults. Med Sci Sports Exerc. 2001;33:2145-2156.
- Zhi J, Melia AT, Guercioli R, et al. Retrospective population-based analysis of the dose-response (fecal fat excretion) relationship of orlistat in normal and obese volunteers. Clin Pharmacol Ther. 1994;56:82-85.
- Olszanecka-Glinianowicz M, Filipiak KJ, Narkiewicz K, et al. Stanowisko Zespołu Ekspertów dotyczące zastosowania produktu leczniczego Mysimba® (chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu) we wspomaganiu leczenia otyłości i nadwagi (BMI ≥ 27 kg/m²) z chorobami towarzyszącymi. Choroby Serca i Naczyń. 2016;13:333-348.
- Nuffer WA, Trujillo JM. Liraglutide: A New Option for the Treatment of Obesity. Pharmacotherapy. 2015;35:926-934.
- Wyleżoł M. Otyłość celem chirurga bariatry – kiedy rozważyć? W: Mamcarz A, red. Zespół Metaboliczny Warszawa: Medical Education; 2008. p.555-567.