

Skuteczność programu redukcji masy ciała kobiet w okresie okołomenopauzalnym w porównaniu ze skutecznością programu redukcji masy ciała kobiet w wieku 18–44 lat

Efficacy of the body mass reduction program in obese women in perimenopausal age in comparison with the efficacy of that program in obese women in 18–44 years of age

Lucyna Ostrowska¹, Medard M. Lech², Jan K. Karczewski¹

Programem redukcji masy ciała objęto 81 kobiet w wieku okołomenopauzalnym i 107 kobiet w wieku 18–44 lat, wszystkim kobietom zaproponowano dietę redukującą masę ciała, ćwiczenia fizyczne, udział w specjalnej grupie wsparcia oraz farmakoterapię. Obserwacja trwała 12 mies. Okazało się, że zaproponowany program redukcji masy ciała był mniej skuteczny u kobiet w wieku okołomenopauzalnym, a mniejsza skuteczność tego programu nie wynikała z opisywanego przez innych autorów obniżenia u nich spoczynkowej przemiany materii.

Słowa kluczowe: otyłość, kobiety, menopauza, leczenie, spoczynkowa przemiana materii.

(Przegląd Menopauzalny 2002, 2: 55–61)

Wstęp

Wielu autorów uważa, że otyłość jest jedną z najważniejszych epidemii XX wieku [5, 10]. Na podstawie badań wiadomo, że ponad 25% ogółu ludności Stanów Zjednoczonych to osoby cierpiące na otyłość [4]. Badania POL-MONICA [14] dostarczyły dowodów, że także wśród dorosłych mieszkańców Warszawy 22,4% mężczyzn i 29% kobiet to osoby otyłe.

Dla epidemiologów i klinicystów większości dyscyplin medycznych jest oczywiste, że wraz ze zwiększaniem się liczby osób z nadwagą i otyłością rośnie narażenie populacji na występowanie chorób układu krążenia i chorób metabolicznych (szczególnie – cukrzycy typu 2). Otyłość jest również uznanym czynnikiem ryzyka niektórych nowotworów (szczególnie, raka jelita grubego, raka endometrium i raka piersi). Oty-

¹ Zakład Higieny i Epidemiologii Akademii Medycznej w Białymstoku, kierownik: dr hab. n. med. J.K. Karczewski

² Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, dyrektor: prof. dr hab. J. Leowski



łość – w szczególności u osób starszych – przyczynia się do występowania chorób układu kostno-stawowego. Udowodniono, że otyli żyją krócej niż osoby z prawidłową masą ciała [20], a otyłość i nadwaga zwiększają ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego, udarów mózgowych, zawałów mięśnia sercowego i kamicy żółciowej [1]. Otyłość w wielu przypadkach jest powodem obniżenia jakości życia i pogorszenia oceny wartości swojego *ja* u pacjentów, co bywa czasami przyczyną przyjmowania przez nich negatywnych postaw i zaniku chęci do życia. Może też skutkować niechęcią do wyglądu i stanu zdrowia. Wiadomo, że np. kobiety otyłe, mające obniżone poczucie własnej wartości rzadziej korzystają z badań profilaktycznych. Powoduje to rozpoznawanie u nich nowotworów w bardziej zaawansowanych stadiach niż u kobiet z prawidłową masą ciała [21].

U kobiet w okresie okołomenopauzalnym dochodzi do obniżenia stężenia estrogenów we krwi, towarzyszy temu niższe stężenie serotoniny, cholecystokininy (hormonów sytości) i beta-endorfin [9]. W tym okresie podnosi się stężenie lipidów we krwi i zwiększa się insulinooporność [18], co przyczynia się do znacznego przyrostu masy ciała u kobiet. Według badań prowadzonych przez Klinikę Menopauzy Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki [12], aż 66% kobiet w okresie okołomenopauzalnym to osoby z nadwagą lub otyłością. Starzenie się społeczeństwa polskiego i wzrost liczby osób z nadwagą, nadciśnieniem i cukrzycą typu 2 to ogromne wyzwanie zarówno dla personelu i placówek ochrony zdrowia, jak i dla budżetu państwa. Realizacja programów redukcji masy ciała jest jednym z tych działań profilaktycznych, których znaczenia nie można przecenić [6]. W programach redukcji masy ciała dawno odstąpiono już od stosowania tylko diety niskokalorycznej i obecnie osobą otyłą zajmuje się wielodyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, rehabilitanta, dietetyka i psychoterapeuty [15, 22]. Od dawna w leczeniu otyłości próbowano stosować środki farmakologiczne. Obecnie, dzięki lekom działającym obwodowo, jak i centralnie, możliwe jest korzystanie ze skutecznej i bezpiecznej dla zdrowia farmakoterapii [2].

Dostępność wielu metod stosowanych w leczeniu otyłości nie dostarcza dowodów epidemiologicznych na zmniejszanie się odsetka osób otyłych w naszym społeczeństwie [7, 13]. Ponieważ częstość występowania otyłości i nadwagi jest znacznie wyższa wśród kobiet w wieku okołomenopauzalnym niż kobiet młodszych oraz mężczyzn, to ukierunkowanie redukcji masy ciała na tę grupę ludności powinno przynosić największe efekty.

Cel pracy

Celem pracy było porównanie skuteczności programu redukcji masy ciała u kobiet w okresie okołomenopauzalnym ze skutecznością zastosowania takiego samego programu u kobiet w wieku 18–44 lat, a także porównanie różnic w spoczynkowej przemianie materii u kobiet w tych grupach.

Materiał i metody

Badaniem objęto pacjentki, które zgłosiły się do Podlaskiego Ośrodka Kardiologii i Leczenia Otyłości w Białymstoku od 1 stycznia do 31 grudnia 2001 roku. Celem wizyt było leczenie nadwagi lub otyłości oraz ewentualnych chorób towarzyszących. U wszystkich pacjentek, obok pełnego badania podmiotowego i przedmiotowego, przeprowadzono dokładne pomiary masy ciała i wzrostu, dokonano oceny stanu odżywienia, wykorzystując współczynnik masy ciała (BMI).

U wszystkich kobiet określono zawartość tkanki tłuszczowej, tkanki pozatłuszczowej, zawartość wody w organizmie i spoczynkową przemianę materii (BMR). Pomiary przeprowadzano przy użyciu metody bioelektroimpedancji [8, 17] z wykorzystaniem aparatu MALTRON BF-905, firmy Intimex. Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w ustroju pacjentek określano na podstawie wskaźnika *talia:biodro* (WHR). Przyjmowano, że wartość $WHR > 0,8$ klasyfikowała pacjentkę do grupy osób z otyłością centralną (trzewną, androidalną), a wartość współczynnika $WHR \leq 0,8$ do grupy osób z otyłością typu pośladkowo-udowego (otyłość gynoidalna).

Do obserwacji włączono dorosłe kobiety z $BMI \geq 30$ (do badania nie włączano pacjentek mających tylko nadwagę). Pacjentki, w zależności od wieku, podzielono na 2 grupy: grupa badana (grupa I) – pacjentki w wieku okołomenopauzalnym (w wieku ≥ 45 lat) i grupa kontrolna (grupa II) – pacjentki w wieku 18–44 lat. Grupa pierwsza liczyła 81 kobiet, do grupy drugiej zakwalifikowano 107 kobiet. Pacjentkom z obu grup zalecono:

- stosowanie diety redukującej masę ciała (w granicach 1 000–1 500 kcal/dobę),
- zwiększoną aktywność fizyczną (ćwiczenia 3 razy w tyg. po 30–45 min, wg zbliżonego programu realizowanego i kontrolowanego wspólnie przez lekarza i mgr. rehabilitacji),
- stosowanie farmakoterapii (w wybranych przypadkach, nie odpowiadających na samo tylko stosowanie diety i programu ćwiczeń fizycznych),
- lekarskie badania kontrolne w odstępach miesięcznych.

Wyniki pomiarów charakteryzujących sylwetkę (i realizację programu redukcji masy ciała) pacjentek przedstawiono w postaci średnich i odchyleń standar-



dowych (SD). Porównania pomiędzy uzyskanymi parametrami (przed leczeniem i po leczeniu) w obu grupach i pomiędzy grupami, miały służyć za miarę uzyskanego efektu leczniczego. Do porównań statystycznych wykorzystano test t Studenta (przyjmując za istotne te różnice, gdzie $p < 0,05$).

Wyniki

Badania przeprowadzono w grupie 81 otyłych kobiet w wieku okołomenopauzalnym (grupa I) i 107 otyłych kobiet w wieku 18-44 lat (grupa II). Charakterystykę grupy badanej i kontrolnej przedstawia tab. I.

Większość pacjentek obu grup miała otyłość centralną (WHR $> 0,8$): 77,8% kobiet z grupy I ($n=63$) i 74,8% kobiet z grupy II ($n=80$). Otyłość pośladowo-udowa występowała u 22,2% pacjentek z grupy I ($n=18$) i 25,2% pacjentek z grupy II ($n=27$).

W ciągu pierwszych dwóch miesięcy, z programu redukcji masy ciała zrezygnowało 45,7% kobiet ($n=37$) z grupy I (badanej) i 16,8% kobiet ($n=18$) grupy II (kontrolnej).

Proces odpadania z udziału w programie i badaniu trwał dalej. Z udziału w badaniu po 2 wizytach kontrolnych zrezygnowało 13,6% pacjentek z grupy I i 22,4% pacjentek z grupy II. Po 3 wizytach zrezygnowało z udziału w badaniu – 19,7% pacjentek z grupy I i 22,4% z grupy II. Po 4 wizytach zrezygnowało

z udziału w badaniu – 7,4% pacjentek z grupy I i 15,0% pacjentek z grupy II. Pięć i więcej wizyt odbyło zaledwie 13,6% pacjentek z grupy I i 23,4% pacjentek z grupy II.

Ocenę skuteczności leczenia otyłości przeprowadzono tylko w odniesieniu do pacjentek, które zgłosiły się na badania kontrolne co najmniej 2 razy (do Ośrodka Leczenia Otyłości w Białymstoku). I tak grupa IA (pacjentki z grupy badanej, które zgłosiły się co najmniej 2-krotnie na badania kontrolne) liczyła 44 pacjentki, a grupa IIA (pacjentki z grupy kontrolnej, które zgłosiły się na badanie co najmniej 2-krotnie) liczyła 89 osób. Średnia wizyt w grupie IA wynosiła 3,8 ($\pm 2,14$), a w grupie IIA – 4,0 ($\pm 2,25$). Różnice liczby wizyt pomiędzy grupami nie były istotne statystycznie.

W obu grupach kobiet sprawdzono i porównano pomiary BMR (obrazujące spoczynkową przemianę materii) i nie stwierdzono, by różniły się one istotnie w grupie otyłych kobiet w okresie okołomenopauzalnym, w porównaniu z kobietami otyłymi w wieku 18–44 lat (tab. I.).

W obu grupach kobiet sprawdzono i porównano parametry redukcji masy ciała. Wyniki przedstawiono w tab. II.

W grupie IA otyłość centralną (androidalną) przed leczeniem miało 70,5% ($n=31$) pacjentek, a gynoidalną 29,5% ($n=13$). W grupie IIA otyłość centralną przed leczeniem miało 73,0% ($n=65$) kobiet, a pośladowo-udową 27,0% ($n=24$).

Tab. I. Zmienne charakteryzujące pacjentki z grupy badanej (grupa I) oraz z grupy kontrolnej (grupa II)

Zmienne	Kobiety grupy I ($n=81$)			Kobiety grupy II ($n=107$)		
	średnia	zakres	SD	średnia	zakres	SD
wiek (lata)	53,4*	45–72	6,72	32,4*	18–44	7,62
masa ciała (kg)	96,5	70,0–177,5	18,39	95,4	74,0–147,0	15,08
wzrost (cm)	160,4*	143,0–176,0	6,05	163,4*	150,0–179,0	5,93
BMI (kg/m^2)	37,5	30,1–62,9	6,25	35,7	30,1–54,8	4,96
obwód talii (cm)	105,6*	83,0–148,0	13,49	100,3*	81,0–127,0	11,28
obwód bioder (cm)	123,6	103,0–181,0	14,34	120,0	102,0–155,0	11,45
WHR	0,85	0,7–1,0	0,06	0,84	0,7–1,02	0,06
zawartość tkanki tłuszczowej (%)	40,4	30,9–51,0	5,42	42,15	23,2–53,6	6,20
tkanka tłuszczowa (kg)	37,2	23,0–57,0	7,87	40,6	19,0–75,0	10,88
BMR (kcal/dobę)	1650,9	1415,0–2063,0	144,35	1670,1	1415,0–2122,0	147,68

* różnice między grupami istotne statystycznie (test t Studenta, gdzie $p < 0,05$)



Tab. II. Zmienne charakteryzujące pacjentki z grupy badanej i grupy kontrolnej (przed i po leczeniu)

Zmienne	Kobiety z grupy I A (n=44)			Kobiety z grupy IIA (n=89)		
	średnia	zakres	SD	średnia	zakres	SD
liczba wizyt	3,8	2–12	2,14	4,0	2,0–12,0	2,25
masa ciała przed leczeniem	93,92	70,0–177,5	±20,31	95,85	74,0–144,0	±14,58
masa ciała po leczeniu	87,2	65,0–166,5	±20,65	86,67	62,5–126,0	±14,07
redukcja m.c. (kg)	6,69*	0,6–20,2	±4,96	9,18*	0,0–22,2	±5,50
% redukcji masy ciała	7,37*	0,6–22,0	±5,50	9,65*	0,0–26,34	±5,79
BMI przed leczeniem	36,88	30,1–62,9	±6,23	35,88	30,1–51,1	±4,66
BMI po leczeniu	34,2	26,1–59,0	±6,45	32,55	24,4–47,7	±4,51
zmiana BMI (przed i po)	2,65**	0,1–8,3	±1,96	3,44**	0,0–8,9	±2,08
% redukcji BMI	7,32*	0,25–20,7	±5,40	9,55*	0,0–24,18	±5,50

* różnice między grupami (test t Studenta, $p < 0,05$)

** różnice między grupami bliskie istotności statystycznej (test t Studenta, $p < 0,07$)

W grupie IA nie miesiączkowało 26 kobiet (59,1%), pozostałe 18 (40,9%) miesiączkowały dość regularnie, chociaż zdarzało się, że miesiączki występowały u nich w innych (niż przewidywano) terminach. Zaledwie 8 pacjentek niemiesiączkujących stosowało hormonalną terapię zastępczą (18,2% ogółu pacjentek z grupy IA).

W leczeniu otyłości stosowano dietę, zwiększoną aktywność fizyczną, parafarmaceutyki (zioła poprawiające przemianę materii, chrom organiczny, chitosan, wypełniacze) oraz farmakoterapię (sibutramina lub orlistat). Dietą i zwiększoną aktywnością fizyczną leczono otyłość u 61,7% (n=50) pacjentek grupy I (wśród nich były wszystkie, które zrezygnowały po pierwszej wizycie) oraz 36,5% (n=39) pacjentek grupy II. Różnice między grupami były istotne statystycznie. Zaobserwo-

wano, że u pacjentek w wieku okołomenopauzalnym trudniej było wyegzekwować zwiększoną aktywność fizyczną (np. aktywny udział w pracach grupy wsparcia otyłych, ćwiczenia na sali lub w wodzie).

Skuteczność leczenia otyłości dietą, zwiększoną aktywnością fizyczną, lekami OTC lub farmakoterapią w grupie IA i IIA przedstawia tab. III.

Schematy leczenia i wyniki stosowania tych schematów w redukcji masy ciała:

Schemat 1

Dietę redukującą oraz aktywność fizyczną zastosowano w leczeniu otyłości u 29,6% (n=13) pacjentek z grupy IA. Uzyskano u nich średnią redukcję masy ciała wynoszącą 4,08 kg. Ten sam schemat postępowania zastosowano u 23,6% (n=21) pacjentek z grupy IIA, wśród których uzyskano redukcję masy ciała wy-

Tab. III. Skuteczność leczenia otyłości w grupie badanej (IA) i w grupie kontrolnej (IIA) w zależności od zastosowanego schematu leczniczego

Schematy leczenia	Kobiety grupy IA (n=44)					Kobiety grupy IIA (n=89)				
	n	%	Średnia redukcja m.c. (kg)	Zakres (kg)	SD	n	%	Średnia redukcja m.c. (kg)	Zakres (kg)	SD
1) dieta + aktywność fizyczna	13	29,6%	4,08	1,0–11,5	±3,49	21	3,6%	4,57	0,0–8,6	±1,98
2) leczenie jw. + leki OTC	14	31,8%	5,98	1,2–11,6	±3,78	18	20,2%	6,06	0,9–15,6	±3,5
3) leczenie jw. + farmakoterapia	17	38,6%	9,29	0,6–20,2	±5,67	50	56,2%	12,2 kg	2,5–22,2	±5,13



Tab. IV. Ocena stanu odżywienia w obu grupach kobiet

Stan odżywienia	Kobiety grupy IA (n=44)		Kobiety grupy IIA (n=89)	
	Przed leczeniem	Po leczeniu	Przed leczeniem	Po leczeniu
nadwaga BMI (20–24,9 kg/m ²)	n=0 (0%)	n=12 (27,3%)	n=0 (0%)	n=30 (33,7%)
otyłość (30–39,9 kg/m ²)	n=33 (75,0%)	n=27 (61,4%)	n=72 (80,9%)	n=53 (59,6%)
otyłość patologiczna BMI ≥40 kg/m ²	n=11 (25,0%)	n=5 (11,3%)	n=17 (19,1%)	n=6 (6,7%)

Tab. V. Parametry charakteryzujące skuteczność wdrożenia programu redukcji masy ciała w grupie badanej i grupie kontrolnej

Grupa IA(n=44)	Zmienne	Stan przed leczeniem otyłości	Stan po leczeniu otyłości	Różnice istotne statystycznie p<0,05
	masa ciała	93,92 (±20,31)	87,21 (±20,65)	0,000000*
	BMI	36,88 (±6,23)	34,23 (±6,45)	0,000000*
	obwód talii	102,84 (±14,51)	97,84 (±15,64)	0,000000*
	obwód bioder	122,03 (±14,89)	116,10 (±13,93)	0,000000*
	WHR	0,838 (±0,07)	0,837 (±0,07)	0,806594
Grupa IIA(n = 89)	masa ciała	95,85 (±14,58)	86,67 (±14,07)	0,000000*
	BMI	35,88 (±4,66)	32,55 (±4,51)	0,000000*
	obwód talii	101,35 (±12,01)	95,82 (±12,19)	0,000000*
	obwód bioder	120,06 (±11,16)	115,06 (±11,39)	0,000000*
	WHR	0,84 (±0,08)	0,83 (±0,08)	0,000279*

noszącą 4,57 kg. Różnice między grupami nie były istotne statystycznie.

Schemat 2

Dietę redukującą, zwiększoną aktywność fizyczną oraz parafarmaceutyki zastosowano w leczeniu otyłości u 31,8% (n=14) pacjentek z grupy IA. Uzyskano u nich średnią redukcję masy ciała wynoszącą 5,98 (±3,78) kg. Ten sam program redukcji masy ciała zastosowano u pacjentek z grupy IIA, u 20,2% (n=18), uzyskując redukcję masy ciała wynoszącą 6,06 (±3,5) kg. Różnice między grupami nie były istotne statystycznie.

Wśród przyczyn, dla których część z pacjentek rezygnowała ze stosowania (lub nie decydowała się na stosowanie) parafarmaceutyków na pierwszy plan wybijały się problemy finansowe.

Schemat 3

Dietę redukującą masę ciała oraz farmakoterapię stosowano u 38,6% (n=17) kobiet grupy IA i 56,2%

(n=50) kobiet grupy IIA, uzyskując odpowiednio średnią redukcję masy ciała 9,29 (±5,67) i 12,2 kg (±5,13). Różnice w redukcji masy ciała, między obu grupami – chociaż widoczne – nie były istotne statystycznie.

Największą średnią redukcję masy ciała zaobserwowano u osób stosujących dietę, aktywność fizyczną i farmakoterapię (schemat leczenia 3) zarówno w grupie IA, jak i IIA. Ta metoda leczenia była najbardziej skuteczna w leczeniu otyłości i jej wyniki różniły się istotnie statystycznie względem metody 1 i 2 (w obu badanych grupach).

Na podstawie przeprowadzonych obserwacji stwierdzono zmianę stanu odżywienia (ocena BMI). Wyniki zebrano w tab. IV 27,3% pacjentek z grupy IA i 33,7% z grupy IIA przesunęło się z otyłości do nadwagi, a z otyłości patologicznej do otyłości 11,3% kobiet z grupy IA i 6,7% z grupy IIA. Różnice między grupami nie były istotne statystycznie.



Po ukończonym leczeniu przez kobiety obu grup, na podstawie WHR przeprowadzono analizę zmiany lokalizacji w ustroju tkanki tłuszczowej. W grupie IA: a) $WHR > 0,8$ przed leczeniem i $> 0,8$ po leczeniu miało 11,4% (n=5), b) $WHR \leq 0,8$ przed- i $> 0,8$ po leczeniu miało 4,5% (n=2), c) $WHR > 0,8$ przed – i $> 0,8$ po – miało 59,1% (n=26), d) $WHR \leq 0,8$ przed – i po – 25% (n=11). W grupie IIA: a) $WHR > 0,8$ przed leczeniem i $\leq 0,8$ po leczeniu miało 12,3% (n=11), b) $WHR \geq 0,8$ przed – i $> 0,8$ po leczeniu miało 3,4% (n=3), c) $WHR > 0,8$ przed – i $> 0,8$ po – miało 60,7% (n=54), d) $WHR \leq 0,8$ przed – i po – 23,6% (n=21).

Badano również procent redukcji masy ciała po ukończonym procesie leczenia. Stwierdzono, że w grupie IA $< 5\%$ masy ciała wyjściowej utraciło 43,2% (n=19) pacjentek, 5 – 10% straciło – 27,3% (n=12) kobiet i $> 10\%$ – 29,5% (n=13). Analogicznie w grupie IIA: $< 5\%$ – 23,6% (n=21), 5–10% masy wyjściowej – 30,3% (n=27) i $> 10\%$ – 46,1% (n=41).

Przeprowadzono porównanie badanych parametrów redukcji masy ciała przed i po leczeniu otyłości w poszczególnych grupach. Dane szczegółowe na ten temat przedstawiono w tab. V.

Wykazano, że proces redukcji masy ciała pozwolił – w obu grupach – na zmniejszenie: masy ciała, BMI, obwodów w talii i w biodrach. Różnice te wykazywały istotność statystyczną.

Dyskusja

W większości badań [11], które były prowadzone w Polsce i dotyczyły skuteczności leczenia otyłości u kobiet nie zajmowano się oddzielnie kobietami w okresie okołomenopauzalnym i w badaniach tych zwykle obserwowano pacjentki tylko przez kilkanaście tygodni [3]. Na podstawie niniejszego badania można stwierdzić, że skuteczność stosowania takich samych programów redukcji masy ciała u kobiet w okresie okołomenopauzalnym i u kobiet młodszych nie jest taka sama. Lepsze wyniki (choć różnice były nieistotne statystycznie) uzyskiwano w leczeniu kobiet przed ukończeniem 45. roku życia. Do podobnych wniosków doszli autorzy ze *Stanford Center for Research in Disease Prevention* w Stanach Zjednoczonych [19]. Z punktu widzenia patofizjologii jednym z możliwych uzasadnień takiego stanu rzeczy mogłaby być obniżona spoczynkowa przemiana materii u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Niektórzy autorzy twierdzą przeciż, że czynnikiem mającym wpływ na przyrost masy ciała u osób w wieku średnim i starszym jest utrata masy mięśniowej i równoczesne obniżenie przemiany materii, o 1–2% w każdej dekadzie życia [16]. Nasze badanie nie potwierdziło,

by przyczyną gorszej reakcji na stosowanie programu redukcji masy ciała były różnice w spoczynkowej przemianie materii pomiędzy grupami kobiet w okresie okołomenopauzalnym i kobiet młodszych. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że w naszym badaniu, podobnie jak i w wielu badaniach prowadzonych przez innych autorów, porównywano 2 grupy kobiet różniące się wiekiem, natomiast nie prowadzono obserwacji na jednej kohorcie kobiet przez kilka dekad ich życia.

Obniżenie skuteczności programu redukcji masy ciała u kobiet w okresie okołomenopauzalnym wynikało być może z mniejszej ich motywacji do leczenia, a w naszych warunkach także z gorszej sytuacji materialnej kobiet starszych. Często nie mogły one sobie pozwolić na kupowanie parafarmaceutyków i leków, a także wpłacać (symbolicznych) kwot za korzystanie z sali gimnastycznej i pływalni.

Wnioski

Skuteczność stosowania programu redukcji masy ciała u otyłych kobiet w wieku okołomenopauzalnym jest mniejsza, niż u otyłych kobiet w wieku 18–44 lat. Prawdopodobnie wynika to z ich mniejszej motywacji do leczenia oraz gorszej sytuacji materialnej. Nie stwierdzono natomiast, by otyłość u kobiet w wieku menopauzalnym wynikała z ich obniżonej spoczynkowej przemiany materii.

Ze względu na trwającą tylko 12 mies. obserwację kobiet otyłych objętych programem redukcji masy ciała, konieczne jest dokładne wyjaśnienie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Istotne jest uzyskanie środków umożliwiających leczenie otyłości u kobiet, niezależnie od ich statusu materialnego. Uzyskane wyniki uwiadamiają, że samo tylko upowszechnienie informacji o konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia (stosowaniu diety i aktywności fizycznej) nie skutkuje zmniejszaniem się odsetka ludzi otyłych i nie przyczynia się pod tym względem do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.



Summary

Design: Observational study of the group of obese patients recruited and treated in The Clinical Center for Cardiology and Body Mass Reduction in Białystok (eastern part of Poland).

Material and methods: 12 months of clinical observation of the two groups of obese women, taking part in the special body mass reduction program; Group I – 81 women in perimenopausal age, Group II – 107 women in 18–44 years of age. The proposed treatment contained diet, physical exercises, psychological support and pharmacotherapy.

Results: The positive reaction for the treatment of obesity was less visible in obese women in perimenopausal age, than in the group of obese women in 18–44 years of age. As it was observed, the worse reaction for the proposed treatment in the group of women in perimenopausal age was not connected with lower BMR, than in the group of obese women in 18–44 years of age.

Conclusion: Body mass reduction programs for women in perimenopausal age should concentrate on building the motivation of the patients, and in most cases the result of treatment is related to possibility of reimbursement of the costs of treatment from the social security system.

Key words: obesity, women, menopause, treatment, basal metabolic rate.

Piśmiennictwo

1. Field AE, Coakley EH, Must A, et al. *Impact of overweight on the risk developing common chronic diseases during a 10-year period.* Arch Int Med 2001; 161: 1581-3.
2. Glazer G. *Long-term pharmacotherapy of obesity 2000. A review of efficacy and safety.* Arch Intern Med 2001; 161: 814-24.
3. Kopeć E, Widecka K, Krzyżanowska-Świniarska B, Pilarska K. *Ocena skuteczności ambulatoryjnego, kompleksowego, niefarmakologicznego programu redukcji masy ciała.* Endokr Pol 2001; 52 (3-Suppl 1): 154.
4. Kuczmarski RL, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. *Increasing prevalence of over-weight among US adults* JAMA 1994; 272: 205-211.
5. Laurier D, Guiguet M, Chau NP et al. *Prevalence of obesity: a comparative survey in France, the United Kingdom and the United States.* Int J Obes 1992; 16: 565-72.
6. Lech M. *Refundacja programów redukcji masy ciała jako inwestycja w zdrowie.* Endokr Pol 2001; 52 (3-Suppl1): 161.
7. Łopatyński J, Mardarowicz G. *Epidemia otyłości i towarzyszących jej schorzeń wyzwaniem dla służb medycznych. Nasze obserwacje prowadzone na Lubelszczyźnie.* Endokr Pol 2001; 52 (3-Suppl1): 211-7.
8. Lukaski HC. *Methods for the assessment of the human body composition: traditional and new.* Amer Journ Clin Nutr 1987; 46: 537-56.
9. Milewicz A. *Wybrane endokrynologiczne aspekty otyłości pokarmowej.* Endokr Pol 2001; 52 (3Suppl1): 79-85.
10. Niewada M, Członkowski A, Rewerski W. *Ile kosztuje otyłość.* Med Po Dypl, 2000; 9 (4): 12-7.
11. Olszaniecka-Glinianowicz M, Zahorska-Markiewicz B, Skubacz M. et al. *Wpływ trzydniowej kompleksowej kuracji odchudzającej na identyfikację zachowań żywieniowych otyłych kobiet* Endokr Pol 2001; 52 (3-Suppl1): 165.
12. Pertyński T, Połać I. *Otyłość u kobiet w okresie pomenopauzalnym, Menopauza – Sympozjum Menopauza 2000, Łódź 9-11 marca 2002, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki – Bibl Nauk Tom III, Wyd ADI 2000: 85-92.*
13. *Porównanie sytuacji zdrowotnej ludności Polski i wybranych krajów europejskich w roku 1996, GUS, 1998, 200-1.*
14. Program Pol-MONICA Warszawa. *Kompleksowa ocena stanu zdrowia ludności Warszawy w roku 1993 i jego zmian w latach 1984–1990. Część V. Inst Kardiologii, Warszawa 1995.*
15. Pupek-Musialik. *Otyłość jako problem medyczny i społeczny. Nowe trendy w terapii.* Terapia-Medycyna Rodzinna 2002; 10: 14-7.
16. Ryan AS, Pratley RE, Elahi D, et al. *Resistive training increases fat-free mass and maintain RMR despite weight loss in postmenopausal women.* Appl Physiol, 1995; 79 (3): 818-23.
17. Segal KR, Van Loan M, Fitzgerald PI, et al. *Lean body mass estimation by bioelectrical impedance analysis: a four site cross-validation study.* Amer Journ Clin Nutr 1988; 47: 7-14.
18. Simkin-Silverman LR, Wing RR. *Weight gain during menopause.* Postgrad Med 2000; 108 (3): 47-50.
19. Stefanick ML, Mackey S, Sheehan M, et al. *Effects of diet and exercise in men and postmenopausal women with low levels of HDL cholesterol and high levels of LDL cholesterol.* NEJM 1998; 339: 12-9.
20. Stevens J, Cai J, Pamuk ER. *The effect of age on the association between body-mass index and mortality.* NEJM 1998; 338: 1-7.
21. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. *Screening for cervical and breast cancer: Is obesity an unrecognized barrier to preventive care?* Ann Intern Med 2000; 132: 697-704.
22. Zahorska-Markiewicz B. *Informacja nt. projektu MZiOŚ i KBN pt. Optymalizacja metod postępowania terapeutycznego u osób otyłych w oparciu o cechy fenotypowe na podstawie badań metabolicznych, psychologicznych i antropometrycznych.* Endokr Pol 2001; 52 (3-Suppl1): 161.

Adres do korespondencji

Zakład Higieny i Epidemiologii Akademii Medycznej w Białymstoku
ul. Mickiewicza 2c
15-222 Białystok

