Praca specjalna

Leczenie nadwagi i otyłości – kto, kiedy i jak? Interdyscyplinarne stanowisko Zespołu Ekspertów

Treatment of overweight and obesity – who, when and how?

Interdisciplinary position of the Expert Team

Przemysław Bieńkowski¹, Agata Szulc², Tomasz Paszkowski³, Magdalena Olszanecka-Glinianowicz⁴¹Zakład Farmakologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie²Klinika Psychiatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny³Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie⁴Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Katedra Patofizjologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Rosnąca częstość występowania nadwagi i otyłości oraz brak skoordynowanej opieki zdrowotnej nad tą grupą chorych, a także fakt, że większość lekarzy w swojej praktyce spotyka się z powikłaniami nadmiaru tłuszczu w organizmie, skłoniły nas do odpowiedzi na pytania, kto, kiedy i jak powinien leczyć nadwagę i otyłość. W stanowisku zawarto aktualne podejście do celów leczenia, metod, jakie należy zastosować, biorąc pod uwagę indywidualne potrzeby pacjenta, oraz właściwe spojrzenie na rolę farmakoterapii w leczeniu nadwagi i otyłości. Podkreślono również znaczenie udziału pacjenta w procesie terapeutycznym z uwzględnieniem nowego podejścia, jakim jest zawarcie kontraktu terapeutycznego. Niniejsze opracowanie skierowane jest do lekarzy praktyków i zostało poszerzone o załączniki, takie jak wywiad do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta i listę czynności minimalnych, które powinny zostać przeprowadzone podczas wizyty rozpoczynającej leczenie i w trakcie wizyt kontrolnych. Mamy nadzieję, że ułatwią one lekarzom rozpoczęcie i prowadzenie leczenia nadwagi i otyłości. Ponadto w stanowisku zawarto informacje, gdzie lekarz może skierować chorego z nadwagą lub otyłością, w przypadku gdy nie czuje się kompetentny lub uważa, że nie wystarczy mu czasu na prowadzenie leczenia otyłości, a jest świadomy, że jest to leczenie przyczynowe powikłania, którym się zajmuje. Interdyscyplinarny Zespół Ekspertów ma nadzieję, że informacje zawarte w niniejszym stanowisku poprawią jakość leczenia chorych z nadwagą i otyłością w Polsce, zanim zostanie stworzony zintegrowany system opieki zdrowotnej nad tą grupą chorych.

Słowa kluczowe: nadwaga, otyłość, plan leczenia, cele leczenia, farmakoterapia.

Abstract

The increasing incidence of overweight and obesity and the lack of coordinated health care for this group of patients, as well as the fact that most doctors meet in their practice with complications of excess fat in the body, prompted us to answer the questions who, when and how should treat overweight and obesity. The position includes an up-to-date approach to treatment goals and methods to be used, taking into account the individual needs of the patient and proper view on the role of pharmacotherapy in the treatment of obesity, and the role of the patient partnership in the therapeutic process was stressed, including a new approach to the therapeutic contract. This description is addressed to practitioners and has been extended to include attachments, such as an interview for patient self-fulfillment questionnaire and a check list of basic activities that should be carried out during the first and follow-up visits. We hope that this position statement and attachments will help doctors to start and conduct treatment of overweight and obesity. In addition, the position also includes information where the patient with overweight or obesity can be directed, in case a physician does not

Adres do korespondencji: Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Katedra Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, tel./faks: +48 32 25 26 091, e-mail: magolsza@gmail.com

feel competent or has not enough time to conduct obesity treatment, but is aware that it is a causative treatment of the complication he is dealing with. The Interdisciplinary Team of Experts hopes that the information contained in the position will improve the quality of treatment for overweight and obese patients in Poland before formation of an integrated health care system for this group of patients.

Key words: overweight, obesity, treatment plan, goals of treatment, pharmacotherapy.

Kto powinien leczyć nadwagę i otyłość?

Zgodnie z aktualnym, idealnym modelem opieki zdrowotnej nad pacjentem z otyłością leczenie tej choroby powinno być podejmowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie lekarz rodzinny ma możliwość współpracy z interdyscyplinarnym zespołem złożonym z dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty. Jeżeli na tym etapie leczenie jest nieskuteczne, chory powinien zostać skierowany do specjalistycznego ośrodka, w którym zespołem terapeutycznym, w skład którego wchodzi chirurg bariatryczny, kieruje lekarz obesitolog. Taki model funkcjonuje już w kilku krajach europejskich [1–4]. W Polsce nie ma nie tylko specjalistycznych ośrodków, lecz także interdyscyplinarnych zespołów dostępnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego wspierających lekarza rodzinnego w leczeniu otyłości. Otyłość jednak jest niewątpliwie chorobą, którą należy leczyć, i nie można czekać na zmiany w organizacji opieki zdrowotnej.

Leczenie otyłości powinien podejmować każdy lekarz, który edukował się w tym zakresie. Należy jednak pamiętać, że za leczenie nie można uznać zaleceń typu *Proszę jeść mniej i więcej się ruszać*, *Jest pani otyła, proszę coś z tym zrobić* lub *Proszę iść do dietetyka*. Jeżeli lekarz nie czuje się kompetentny lub nie chce podejmować leczenia otyłości, np. z braku czasu, powinien skierować pacjenta do innego lekarza, który takie leczenie poprowadzi.

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami amerykańskich towarzystw endokrynologicznych, każdego pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (*body mass index* – BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ należy diagnozować w kierunku występowania takich powikłań, jak:

- stany przedcukrzycowe,
- cukrzyca typu 2,
- zaburzenia lipidowe,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroby sercowo-naczyniowe,
- niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby,
- zespół policystycznych jajników lub niepłodność,
- hipogonadyzm męski,
- zespół bezdechu w czasie snu,
- astma oskrzelowa,
- zmiany zwyrodnieniowe stawów,
- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- refluks żołądkowo-przełykowy,
- depresja.

Jednocześnie wszystkich pacjentów, u których stwierdzono wyżej wymienione choroby, należy diagnozować w kierunku występowania nadwagi lub otyłości [5].

Leczenie nadwagi i otyłości należy uznać za leczenie przyczynowe ww. powikłań, co oznacza, że leczenie przyczynowe powinien podejmować każdy specjalista, który rozpoznaje te powikłania, a jeżeli sam nie czuje się kompetentny, powinien skierować chorego do innego lekarza, który to leczenie przeprowadzi.

Kiedy należy rozpocząć leczenie nadwagi i otyłości?

Otyłość jest chorobą postępującą, bez tendencji do samoistnego ustępowania i z tendencją do nawrotów, charakteryzującą się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej, czego konsekwencją jest rozwój powikłań metabolicznych i niem metabolicznych oraz pogorszenie jakości życia i skrócenie czasu jego trwania. Nadwaga przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) określana jest również jako przedotyłość. Zatem biorąc pod uwagę postępujący charakter choroby, skuteczne leczenie metodami dostosowanymi do indywidualnych potrzeb chorego należy rozpocząć na etapie nadwagi. Jeżeli doszło do postępu choroby, każdy moment jest dobry, aby wdrożyć leczenie, którego celem jest zahamowanie dalszego rozwoju choroby, uniknięcie nawrotów, zapobieganie wystąpieniu powikłań spowodowanych nadmiarem tłuszczu w organizmie lub ograniczenie ich nasilenia oraz ogólna poprawa stanu zdrowia i jakości życia chorego, a także przedłużenie jego życia. Wśród wielu specjalistów w Polsce istnieją kontrowersje co do tego, czy leczyć czy nie chorych z rozpoznaną nadwagą na podstawie kryteriów WHO (BMI 25–29,9 kg/m^2). Za twierdzeniem, że chorobę należy leczyć na jak najwcześniejszym etapie, przemawia nowy podział nasilenia choroby zaproponowany w 2016 r. przez amerykańskie towarzystwa endokrynologiczne. W klasyfikacji wyróżniono:

- 1) **nadwagę 0 stopnia** – BMI 25–29,9 kg/m^2 i brak powikłań, takich jak: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, choroba sercowo-naczyniowa, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, zespół policystycznych jajników, zaburzenia płodności u kobiet, hipogonadyzm

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

- 2) **otyłość 0 stopnia** – BMI ≥ 30 kg/m² i brak wyżej wymienionych powikłań;
- 3) **otyłość I stopnia** – BMI ≥ 25 kg/m² i $z \geq 1$ powikłaniem o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym;
- 4) **otyłość II stopnia** – BMI ≥ 25 kg/m² i $z \geq 1$ powikłaniem o ciężkim nasileniu [5].

Jak leczyć nadwagę i otyłość?

Leczenie nadwagi i otyłości jest procesem długotrwałym, wymagającym prawidłowego rozpoznania przyczyn dodatniego bilansu energetycznego, a w konsekwencji – rozwoju choroby. Szczególnie ważne jest zdiagnozowanie takich zaburzeń odżywiania, jak zespół kompulsywnego jedzenia, zespół nocnego jedzenia lub nałogowe jedzenie.

W leczeniu nadwagi i otyłości lekarz powinien stosować regułę 5A:

- **Ask** – wytłumaczenie pacjentowi istoty choroby i jej konsekwencji oraz ocena jego gotowości do zmiany,
- **Assess** – ocena stanu zdrowia, przyczyn przyrostu masy ciała i występowania powikłań spowodowanych nadmiarem tłuszczu w organizmie,
- **Advice** – przedstawienie metod leczenia, które można zastosować u konkretnego pacjenta,
- **Agree** – uzyskanie zgody pacjenta na proponowany cel terapeutyczny i plan leczenia,
- **Assist** – wspieranie pacjenta w procesie terapeutycznym [6].

Opcje terapeutyczne w leczeniu nadwagi i otyłości

Podstawą leczenia nadwagi i otyłości jest uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego poprzez zmianę nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności fizycznej. Pozostałe opcje terapeutyczne, takie jak farmakoterapia, psychoterapia i leczenie chirurgiczne, pomagają uzyskać ujemny bilans energetyczny, ale żadna z nich nie gwarantuje, że nie dojdzie do nawrotu choroby, jeżeli ponownie wystąpi dodatni bilans energetyczny w wyniku zwiększenia spożycia pokarmów i/lub zmniejszenia aktywności fizycznej.

Zmiana nawyków żywieniowych

1. Nie należy używać słowa dieta, tylko zmiana nawyków żywieniowych.
2. Należy określić dzienne zapotrzebowanie energetyczne.

3. Należy wdrożyć indywidualną terapię dietetyczną:

- posiłki o obniżonej energetyczności,
- wybieranie pokarmów o mniejszej energetyczności a podobnym smaku,
- brak przekąsek między posiłkami,
- niepomijanie śniadań, unikanie podjadania w nocy,
- unikanie objadania się.

4. Edukacja dietetyczna pacjenta i jego rodziny.

5. Monitorowanie leczenia – dzienniczek żywieniowy.

Obecnie zaleca się energetyczność dobowego spożycia pozwalającą na uzyskanie redukcji masy ciała o 0,5 kg tygodniowo. Jest to umiarkowany deficyt energetyczny – średnio kobietom zaleca się spożywanie 1200–1500 kcal/dobę, a mężczyznom 1500–1800 kcal/dobę.

6. Prawidłowe żywienie to uwzględnienie ilości i jakości pokarmu oraz regularności spożywania posiłków.

7. Rekomendowany skład diety o obniżonej energetyczności to: 55% węglowodanów (w tym < 10% węglowodanów prostych, takich jak glukoza, fruktoza, sacharoza i ksylitol, a błonnika pokarmowego 25–40 g/dobę), 25% tłuszczów i 20% białek. Warunkiem uzyskania takiego składu diety jest ograniczenie spożycia: tłustego mięsa, wędlin i nabiałów, słodczy, cukru i słodzonych napojów, i zwiększenie spożycia: pełnoziarnistego pieczywa, kasz, brązowego ryżu, razowych makaronów, roślin strączkowych, warzyw i ryb. Należy także zmienić metody przygotowywania posiłków:

- gotować w wodzie i na parze, piec i dusić bez dodatku tłuszczu,
- zupy przygotowywać na wywarach warzywnych, podawać chudym mlekiem, kefirem lub jogurtem,
- nie należy rozgotowywać produktów zbożowych oraz warzyw,
- należy ograniczyć sól, stosować przyprawy ziołowe,
- nie powinno się stosować cukru.

Aktywność fizyczna

Zaplanowanie aktywności fizycznej obejmuje:

- rodzaj aktywności fizycznej,
- intensywność,
- czas trwania,
- częstotliwość.

Zaleca się wybór takich ćwiczeń, których wykonywanie nie sprawia trudności i jest dla pacjenta przyjemne.

Poza ćwiczeniami należy zwiększyć codzienną aktywność, np. nie korzystać z windy, chodzić w czasie rozmowy telefonicznej.

Rekomendowane formy aktywności fizycznej: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie, *nordic walking*.

Przeciwwskazane formy aktywności fizycznej: skoki, szybkie bieganie, zjazdy na nartach, wspinaczka górską.

Łączne stosowanie diety i zwiększonej aktywności fizycznej powoduje największe obniżenie masy ciała.

Terapia behawioralna

Terapia behawioralna skupia się na analizie i modyfikacji zachowań żywieniowych oraz związanych z aktywnością fizyczną i może być prowadzona przez odpowiednio wyszkolonego psychologa, lekarza, dietetyka czy rehabilitanta.

W ramach tych działań:

- ustala się z chorym realny, możliwy do osiągnięcia cel,
- wyznacza się kolejne działania, które pozwolą ten cel osiągnąć,
- w celu poprawy samokontroli zaleca się prowadzenie dzienniczka żywieniowego, w którym pacjent codziennie zapisuje spożywane pokarmy, w tym ilość i kaloryczność, może również odnotowywać realizację aktywności fizycznej oraz raz w tygodniu masę ciała.

Psychoterapia

Psychoterapii bezwzględnie wymagają pacjenci z niską samooceną, zaburzeniami depresyjnymi, zespołem kompulsywnego jedzenia i zespołem nocnego jedzenia oraz nałogowym jedzeniem.

Farmakoterapia

Obecnie w Polsce dostępne są dwa leki wspomagające leczenie nadwagi i otyłości:

- orlistat (inhibitor lipaz przewodu pokarmowego) – ma zastosowanie wyłącznie u pacjentów preferujących pokarmy tłuste i niemających problemów z kontrolą ilości pobieranego pokarmu (nie wpływa na odczucie sytości i apetyt);
- złożony produkt leczniczy zawierający dwie substancje czynne: chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu, które dzięki synergistycznemu działaniu na neurony jądra łukowatego podwzgórza nasilają wydzielanie proopiomelanokortyny, prekursora α -melanotropiny (α -MSH) (bupropion), i wydłużają jej uwalnianie (naltrekson), dzięki czemu **zmniejszają ilość spożywanego pokarmu**. Ponadto bupropion poprzez hamowanie wychwytu zwrotnego dopaminy w synapsach mezo-limbicznego układu nagrody i naltrekson poprzez blokowanie receptorów opioidowych **zmniejszają apetyt** (poszukiwanie konkretnego pokarmu w celu odczucia przyjemności z jego zjedzenia, a nie z powodu odczucia głodu). Zatem lek ten działa zarówno na biologiczny, jak i psychologiczny aspekt regulacji poboru pokarmu, co przekłada się na ułatwienie choremu realizacji zaleceń dotyczących zmian nawyków żywieniowych.

Leczenie chirurgiczne

Wskazaniami do leczenia chirurgicznego otyłości są:

- BMI ≥ 40 kg/m²,
- BMI 35–39,9 kg/m² z powikłaniami otyłości, takimi jak zaburzenia metaboliczne, choroby układu sercowo-

-naczyniowego i oddechowego, zmiany zwyrodnieniowe stawów i psychologiczne problemy związane z otyłością.

Do przeciwwskazań należą:

- brak właściwej opieki medycznej,
- brak możliwości uczestniczenia w długoterminowym leczeniu pooperacyjnym,
- zaburzenia osobowości, ciężka depresja i niestabilne zaburzenia psychiczne, chyba że ten sposób leczenia będzie zalecany przez psychiatrę doświadczonego w leczeniu otyłości,
- nadużywanie alkoholu, uzależnienie od leków,
- nałogowe jedzenie, zespół kompulsywnego jedzenia i zespół nocnego jedzenia,
- choroby zagrażające życiu w krótkim czasie,
- niezdolność do sprawowania opieki nad sobą i brak wsparcia w rodzinie.

Optymalnie zespół kwalifikujący do leczenia bariatrycznego powinien składać się z:

- specjalisty w zakresie leczenia otyłości lub odpowiednio przeszkolonego lekarza POZ,
- chirurga wyspecjalizowanego w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej,
- anestezjologa,
- psychologa lub psychiatrę zajmującego się zaburzeniami odżywiania,
- dietetyka,
- pielęgniarki środowiskowej lub pracownika socjalnego.

Poniżej zostaną omówione bardziej szczegółowo niektóre elementy terapii behawioralnej i czynniki wpływające na skuteczność farmakoterapii [7].

Cele leczenia a oczekiwania pacjenta

Celem leczenia nadwagi i otyłości nie jest szybka i znaczna utrata masy ciała, ale taka utrata masy ciała, która spowoduje poprawę stanu zdrowia i będzie utrzymana długotrwale. Należy podkreślić, że powtarzające się epizody znacznej utraty masy ciała, a następnie jej przyrost większy niż utrata (efekt jo-jo) nie tylko nie poprawiają stanu zdrowia, ale wręcz prowadzą do jego pogorszenia. W czasie redukcji masy ciała traci się nie tylko tłuszcz, lecz także masę mięśniową, natomiast w czasie przyrostu zwiększa się wyłącznie masa tłuszczu. W efekcie skład organizmu zmienia się tak, że odsetek tłuszczu może przekraczać 50%. Rośnie również pole tłuszczu trzewnego, co skutkuje rozwojem powikłań metabolicznych otyłości. W leczeniu otyłości przeciwnie niż w odchudzaniu rekomenduje się metody powodujące powolny ubytek masy ciała [7].

Aby osiągnąć nadrzędny cel leczenia, otyłości należy zrealizować cele częściowe. **W leczeniu otyłości cel, podobnie jak np. w biznesie, powinien być zgodny z tzw. regułą SMART, czyli powinien być:**

- **skonkretyzowany** – pacjent musi wiedzieć, co ma robić, żeby osiągnąć cel,

- **mierzalny** – należy dokładnie określić, osiągnięcie ilu kilogramów jest celem leczenia na danym etapie,
- **akceptowalny** – zarówno cel, jak i metody, za pomocą których ma zostać uzyskany, muszą zostać zaakceptowane przez pacjenta,
- **realny** – cel musi być możliwy do osiągnięcia,
- **terminowy** – należy ściśle określić czas osiągnięcia celu.

W leczeniu otyłości w realizacji celu powinno się stosować metodę małych kroków, tzn. wyznaczać cele częściowe i krótkoterminowe. Nie należy zakładać powrotu do prawidłowej masy ciała w ciągu roku lub dwóch lat, ponieważ może to już na wstępie przerazić chorego, zwłaszcza gdy masę ciała należy zredukować o np. 30–50 kg lub więcej. Najlepiej założyć 3- lub 6-miesięczne okresy do uzyskania redukcji 5% wyjściowej masy ciała.

Zwykle żeby cel został zaakceptowany przez pacjenta, musi zostać skonfrontowany z oczekiwaniami chorego. Jest to trudny etap, ale bardzo ważny dla osiągnięcia finalnego sukcesu, ponieważ chory zazwyczaj oczekuje szybkiej i znacznej redukcji masy ciała, najlepiej bez zbytniego zaangażowania z jego strony, np. zastosowania tabletek, dzięki którym nic nie robiąc, osiągnie cel, albo przeprowadzenia operacji, która wyleczy go na zawsze. Do takich potrzeb chorego odwołują się autorzy diet cud, suplementów diety na odchudzanie, a także osoby odchudzające, a nie leczące, oferujące metody niezgodne ze współczesną wiedzą medyczną. Zadaniem lekarza jest wytłumaczenie choremu, że spełnienie jego oczekiwań jest dla niego szkodliwe, jak wspomniano powyżej.

Tabela 1. Cele leczenia otyłości zgodne z rekomendacjami amerykańskich towarzystw endokrynologicznych [6]

Powikłanie		Cel w aspekcie redukcji masy ciała (vs początkowa masa ciała)	Cel w aspekcie powikłania
stan przedcukrzycowy		10%	• zapobieganie rozwojowi cukrzycy typu 2
cukrzyca typu 2		5–15% lub więcej	• obniżenie odsetka HbA _{1c} • zmniejszenie liczby i/lub dawek stosowanych leków hipoglikemizujących • remisja cukrzycy, zwłaszcza jeżeli jej czas trwania jest krótki
zaburzenia lipidowe		5–15% lub więcej	• zmniejszenie stężenia triglicerydów w krążeniu • zwiększenie stężenia cholesterolu frakcji HDL w krążeniu • zmniejszenie stężenia cholesterolu nie-HDL w krążeniu
nadciśnienie tętnicze		5–15% lub więcej	• obniżenie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego • zmniejszenie liczby i/lub dawek leków nadciśnieniowych
niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby	stłuszczenie	5% lub więcej	• zmniejszenie nagromadzenia lipidów w wątrobie • zmniejszenie nasilenia zapalenia i włóknienia
	zapalenie stłuszczeniowe	10–40%	
zespół policystycznych jajników		5–15% lub więcej	• owulacja • regularne miesiączki • zmniejszenie nasilenia hirsutyizmu • poprawa w zakresie insulinowrażliwości • zmniejszenie stężenia krążących androgenów
niepłodność żeńska		10% lub więcej	• owulacja • ciąża i urodzenie żywego noworodka
hipogonadyzm męski		5–10% lub więcej	• zwiększenie stężenia krążącego testosteronu
zespół bezdechu w czasie snu		7–11% lub więcej	• zmniejszenie nasilenia objawów • poprawa wskaźnika bezdech/sptylenie oddechu
astma oskrzelowa		7–8% lub więcej	• poprawa w zakresie natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej • zmniejszenie nasilenia objawów
zmiany zwyrodnieniowe stawów		≥ 10%	• zmniejszenie dolegliwości • poprawa funkcji ruchowych
wysiłkowe nietrzymanie moczu		5–10% lub więcej	• zmniejszenie częstości epizodów nietrzymania moczu
reflaks żołądkowo-przetykowy		10% lub więcej	• zmniejszenie nasilenia objawów
depresja		nie określono	• zmniejszenie nasilenia objawów • poprawa na podstawie kwestionariuszy

To, jakie cele stanowią minimum do osiągnięcia, zależy od tego, czy występują powikłania otyłości. W zapobieganiu powikłaniom otyłości początkowym celem jest redukcja o 5–10% początkowej masy ciała w ciągu 3–6 miesięcy. Potem przez podobny okres należy utrzymać obniżoną masę ciała i jeżeli jest to wskazane – w kolejnym okresie zredukować masę ciała o 5–10%. Jako cel nadrzędny należy przyjąć zmniejszenie nasilenia choroby o jeden stopień, tzn.:

- u chorego z nadwagą (BMI 25–29,9 kg/m²) będzie to prawidłowa masa ciała (BMI < 25 kg/m²),
- u chorego z otyłością I stopnia (BMI 30–34,9 kg/m²) będzie to nadwaga,
- u chorego z otyłością II stopnia (BMI 35–39,9 kg/m²) będzie to otyłość I stopnia,
- u chorych z otyłością III stopnia, jeżeli BMI mieści się w zakresie 40–50 kg/m², będzie to otyłość II stopnia, natomiast jeżeli BMI przekracza 50 kg/m², należy dążyć do zmniejszenia go o co najmniej 10 kg/m².

Minimalne cele w zależności od powikłań zostały określone w rekomendacjach amerykańskich towarzystw endokrynologicznych z 2016 r. i przedstawione w tabeli 1. Trzeba podkreślić, że nie u każdego chorego cel minimalny pozwoli na uzyskanie poprawy i wtedy należy rozpocząć kolejny etap osiągania celu zwiększonego o podobną wartość [6].

Ocena gotowości do zmiany

Dostępne są kwestionariusze, za pomocą których można w pełni profesjonalnie ocenić gotowość chorego do zmiany. Przeprowadzenie takiej oceny w warunkach codziennej praktyki klinicznej jest trudne, dlatego proponujemy, aby w celu oceny gotowości do zmian, które mają doprowadzić do długotrwałej redukcji masy ciała, zadać choremu 5 poniższych pytań i jeżeli na co najmniej 4 udzieli on odpowiedzi twierdzącej, można uznać, że pacjent jest gotowy do zmian, a jego oczekiwania nie rozmiągają się z możliwościami terapeutycznymi.

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

Harmonogram kontroli

Harmonogram kontroli, podobnie jak wyznaczenie celu terapeutycznego, jest ważny dla chorego, ponieważ

każda wizyta stanowi element realizacji celu cząstkowego. W harmonogramie kontroli powinno się określić liczbę wizyt niezbędnych do realizacji celu terapeutycznego, minimalne i maksymalne odstępy czasowe między wizytami (dokładna data kolejnej wizyty powinna być ustalana na wizycie poprzedzającej), parametry, które będą kontrolowane na wizycie, oraz co należy przynieść na kolejną wizytę, np. dzienniczek żywieniowy i aktywności fizycznej, wyniki badań dodatkowych.

Kontrakt terapeutyczny – czy warto go zawrzeć, rozpoczynając leczenie nadwagi i otyłości

Pojęcie kontraktu terapeutycznego pochodzi z psychoterapii. Jest to umowa pacjenta z terapeutą, dzięki której pacjent dokładnie wie, jakie są zasady terapii. Ponieważ otyłość coraz częściej jest określana jako choroba psychosomatyczna, a jej leczenie podobnie jak psychoterapia jest procesem długotrwałym i wymagającym dużego zaangażowania pacjenta, wzorem psychoterapeutów warto zawrzeć z pacjentem kontrakt terapeutyczny. W kontrakcie tym powinny być zawarte:

- cel terapeutyczny,
- harmonogram wizyt,
- zobowiązanie pacjenta, że będzie się zgłaszał na wizyty niezależnie od zrealizowania zaleceń, a zwłaszcza wtedy, gdy wystąpią problemy z ich realizacją,
- informacja o tym, jaki jest najkrótszy czas stosowania farmakoterapii, jeżeli zostanie zalecona,
- informacja o dodatkowych opcjach terapeutycznych (farmakoterapia, psychoterapia i leczenie operacyjne) oraz sytuacjach, w których zostaną one zaproponowane.

Wydaje się, że zawarcie kontraktu terapeutycznego wzmocni poczucie partnerstwa u pacjenta oraz pozwoli mu na świadome zaakceptowanie terapii.

Co należy zrobić przed zastosowaniem farmakoterapii?

Należy wyjaśnić choremu, że farmakoterapia pomaga we wprowadzeniu zmian związanych z nawykami żywieniowymi, a nie leczy z otyłości. Farmakoterapia jest skuteczna, jeśli chory współpracuje i realizuje całokształt zaleceń lekarza, w tym regularnie stosuje lek w zaleconych dawkach. Poza tym, jak już wspomniano, należy ocenić gotowość do zmiany i określić cel terapeutyczny, a także zalecić choremu odpowiednie zmiany nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej – farmakoterapia nie zastępuje zmiany nawyków żywieniowych i zwiększonej aktywności fizycznej, a jedynie uzupełnia i pomaga choremu wdrożyć postępowanie nefarmakologiczne.

Złożony produkt leczniczy zawierający chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu działa na

funkcje mózgu odpowiadające za pobór pokarmu poprzez wpływ na wydzielanie i wychwyt niektórych neuroprzekaźników. **Działanie tego typu leków jest osobniczo zmienne i nie jest natychmiastowe. Pierwszych efektów działania leku należy się spodziewać po 4 tygodniach stosowania zaleconych dawek**, o udowodnionej w badaniach klinicznych skuteczności. **Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego [8] farmakoterapię należy zakończyć, jeżeli po 16 tygodniach nie uzyska się co najmniej 5-procentowej redukcji masy ciała. Wcześniejsze zakończenie leczenia ma uzasadnienie tylko w przypadku występowania u chorego działań niepożądanych powodujących znaczny dyskomfort.** Najczęściej raportowane działania niepożądane z przewodu pokarmowego (np. nudności, wymioty i zaparcia) pojawiają się zwykle na początku terapii i na ogół ustępują w miarę jej trwania. W celu zmniejszenia nasilenia działań niepożądanych dawkę leku zwiększa się stopniowo – rozpoczyna się od 1 tabletki rano w pierwszym tygodniu, następnie w drugim tygodniu stosuje się 1 tabletkę rano i 1 wieczorem, w trzecim tygodniu – 2 tabletki rano i 1 wieczorem, a w czwartym osiąga się dawkę docelową – 2 tabletki rano i 2 wieczorem. Trzeba wyjaśnić choremu, że wystąpienie działań niepożądanych nie powinno być powodem samodzielnego podjęcia decyzji o przerwaniu leczenia. W takiej sytuacji należy się skontaktować z lekarzem. Lekarz może wydłużyć czas eskalacji dawki, zatrzymać eskalację dawki lub zmniejszyć obecnie stosowaną dawkę. Może również zalecić stosowanie leku przed lub po posiłku, co obniża biodostępność substancji czynnych. W ramach profilaktyki zaparcia może zalecić zwiększenie spożycia błonnika pokarmowego, np. 3 łyżki otrąb owsianych w 150 ml jogurtu naturalnego jako 1 śniadanie, i zwiększenie spożycia płynów do co najmniej 2 litrów dziennie. W ramach leczenia zaparcia może włączyć odpowiednie leki, np. laktulozę lub makrogol, a w przypadku problemów ze snem – leki nasenne, np. zolpidem, zopiklon. Nie stwierdzono interakcji pomiędzy tymi lekami a złożonym produktem leczniczym zawierającym chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu; leki te były również stosowane w badaniach klinicznych nad tym złożonym produktem leczniczym.

Bardzo istotne dla kontynuacji leczenia i skuteczności terapii jest wyjaśnienie choremu, że lek nie działa od razu, a działania niepożądane najczęściej występują na początku leczenia.

Przed włączeniem farmakoterapii otyłości złożonym produktem leczniczym zawierającym chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu zawsze należy sprawdzić, czy u pacjenta nie występują przeciwwskazania do takiego leczenia. Należą do nich:

- **niewyrównane nadciśnienie tętnicze**,
- **padaczka** obecnie lub napady drgawek w wywiadzie,

- **choroba afektywna dwubiegunowa** w wywiadzie,
- uzależnienie od długotrwanie przyjmowanych opioidów lub agonistów receptora opioidowego (np. metadonu) oraz okres bezpośrednio po nagłym odstawieniu opioidów u osoby uzależnionej,
- okres bezpośrednio po nagłym odstawieniu alkoholu lub benzodiazepin u osoby uzależnionej,
- przyjmowanie bupropionu lub naltreksonu w innym wskazaniu niż obniżenie masy ciała,
- żarłoczność psychiczna lub jadłowstręt psychiczny – obecnie lub w przeszłości,
- przyjmowanie inhibitorów monoaminoooksydazy (inhibitorów MAO) – od odstawienia inhibitorów MAO do rozpoczęcia przyjmowania produktu leczniczego zawierającego chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu powinno upłynąć co najmniej 14 dni,
- guz nowotworowy w ośrodkowym układzie nerwowym,
- ciężkie zaburzenia czynności wątroby,
- schyłkowa niewydolność nerek,
- nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą [8].

Przed włączeniem leku poza zebraniem wywiadu należy zmierzyć ciśnienie tętnicze (i monitorować je podczas każdej wizyty kontrolnej). Warto również ocenić wydolność wątroby i nerek (aktywność transaminaz i stężenie kreatyniny w osoczu).

Zgodnie z rekomendacjami amerykańskich towarzystw endokrynologicznych krótkotrwałe (3–6 miesięcy) leczenie farmakologiczne otyłości nie wykazało w badaniach klinicznych długotrwałych korzyści zdrowotnych i nie jest zalecane [6]. Dlatego też dla uzyskania wstępnych celów terapeutycznych lek powinno się stosować minimum 6 miesięcy (oczywiście jeżeli jest dobrze tolerowany i pacjent uzyskał redukcję masy ciała o co najmniej 5% początkowej masy ciała w czasie pierwszych 16 tygodni terapii). Decyzję o kontynuacji leczenia należy podejmować indywidualnie. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, ponieważ otyłość jest chorobą przewlekłą, zaleca się przewlekłe stosowanie farmakoterapii. Podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, farmakoterapia jest skuteczna wtedy, kiedy jest stosowana. Wiele osób cierpiących z powodu otyłości ma duże trudności w uzyskaniu w relatywnie krótkim czasie trwałych zmian stylu życia. Dlatego też zbyt wczesne odstawienie farmakoterapii, tzn. zanim pacjent bez jej pomocy będzie potrafił realizować zalecenia dotyczące zmian sposobu odżywiania, spowoduje ponowny przyrost masy ciała. Nie jest to dowód na nieskuteczność stosowanej farmakoterapii, ale na to, że zbyt wczesnie zaprzestano jej stosowania. Mediana czasu obserwacji w najdłużej prowadzonym badaniu klinicznym, w którym stosowano produkt leczniczy zawierający chlorowodorek naltreksonu i chlorowodorek

bupropionu, wynosiła 121 tygodni [10]. Nie oznacza to jednak, że leku nie można stosować dłużej.

Należy także podkreślić, że moment zastosowania farmakoterapii powinien być dobrany indywidualnie. U niektórych chorych będzie to początek leczenia, u innych może być ona potrzebna w trakcie, a u jeszcze innych – na etapie utrzymania uzyskanych rezultatów. U chorych, u których występują zaburzenia odżywiania (zespół kompulsywnego jedzenia, zespół nocnego jedzenia, nąlogowe jedzenie), zaburzenia depresyjne i obniżona samoocena, łącznie z farmakoterapią należy zalecać psychoterapię [8, 9].

Podsumowanie

Nadwagę (przedotyłość) i otyłość powinien diagnozować każdy lekarz. W miarę możliwości i własnych umiejętności leczenie chorych z tymi rozpoznaniem także powinien podejmować każdy lekarz, a jeżeli tego nie robi, powinien skierować pacjenta do innego lekarza, który to leczenie podejmie i poprowadzi. Wobec braku zorganizowanego systemu leczenia nadwagi i otyłości proponujemy, żeby chorych kierować do lekarzy mających certyfikaty Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (lista znajduje się na stronach internetowych www.ptbo.edu.pl lub www.certyfikacjaptbo.pl).

W celu ułatwienia pracy lekarzom, którzy nie podejmują się leczenia chorych z nadwagą i otyłością z powodu braku czasu, opracowaliśmy dwa kwestionariusze. Pierwszy pacjent może wypełnić w poczekalni, co usprawni zebranie wywiadu, a drugi pozwoli lekarzowi na niepominięcie istotnych elementów w czasie kolejnych wizyt. Mamy nadzieję, że ułatwią one pracę i spowodują, że więcej chorych będzie prawidłowo zdiagnozowanych i leczonych.

Piśmiennictwo

1. Forgione N, Deed G, Kilov G, Rigas G. Managing obesity in primary care: breaking down the barriers. *Adv Ther* 2018; 35: 191-198.
2. Jennings A, Hughes CA, Kumaravel B, et al. Evaluation of a multidisciplinary Tier 3 weight management service for adults with morbid obesity, or obesity and comorbidities, based in primary care. *Clin Obes* 2014; 4: 254-266.
3. Baillargeon JP, St-Cyr-Tribble D, Xhignesse M, et al. Impact of an integrated obesity management system on patient's care – research protocol. *BMC Obes* 2014; 1: 19.
4. McGowan BM. A practical guide to engaging individuals with obesity. *Obes Facts* 2016; 9: 182-192.
5. Garvey WT, Mechanick JL, 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.
6. Welzel FD, Stein J, Pabst A, et al. Five A's counseling in weight management of obese patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial (INTERACT). *BMC Fam Pract* 2018; 19: 97.
7. Olszanecka-Glinianowicz M, Ostrowska L. Otyłość. W: Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2018; 2262-2279.
8. Charakterystyka Produktu Leczniczego Mysimba. Ostatnia aktualizacja 07.2018. http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/003687/WC500185580.pdf (dostęp 08.08.2018)
9. Olszanecka-Glinianowicz M, Filipiak KJ, Narkiewicz K, et al. Stanowisko Zespołu Ekspertów dotyczące zastosowania produktu leczniczego Mysimba® (chlorowoderek bupropionu i chlorowoderek naltreksonu) we wspomaganiu leczenia otyłości i nadwagi (BMI ≥ 27 kg/m²) z chorobami towarzyszącymi. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13: 333-348.
10. Nissen SE, Wolski KE, Prcela L, et al. Effect of naltrexone-bupropion on major adverse cardiovascular events in overweight and obese patients with cardiovascular risk factors a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315: 990-1004.

Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta

Imię i nazwisko Wiek

1. Kiedy po raz pierwszy doszło do istotnego przyrostu masy ciała?
 - a) w okresie dzieciństwa
 - b) w okresie dojrzewania
 - c) po ciąży
 - d) po zmianie charakteru pracy
 - e) po zmianach aktywności fizycznej
 - f) po przejściu na emeryturę
 - g) inne, kiedy – proszę opisać:
2. Proszę podać: najwyższą masę ciała w dorosłym życiu:, kiedy:
najniższą masę ciała w dorosłym życiu:, kiedy:
3. Czy podejmowano próby leczenia otyłości? TAK/NIE
Jeżeli tak – jakie:, kiedy:
Uzyskane efekty:
Czas utrzymania obniżonej masy ciała:
4. Występujące choroby przewlekłe:
 - a) nadciśnienie tętnicze
 - b) stan przedcukrzycowy
 - c) cukrzyca typu 2
 - d) zaburzenia lipidowe
 - e) choroba wieńcowa
 - f) zespół policystycznych jajników
 - g) choroba refluksowa
 - h) zwyrodnienia stawów
 - i) depresja
 - j) inne – jakie:
5. Leki stosowane przewlekłe:
6. Liczba posiłków zjadanych przy stole: regularnie: TAK/NIE
7. Dojadanie między posiłkami: TAK/NIE
Jeżeli tak, jak często:, co:, w jakich okolicznościach: stres, nuda, inne – jakie:
8. Pora dnia z największym nasileniem głodu:
9. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały epizody nadmiernego objadania się (zjedanie większej liczby posiłków, niż miałyby to miejsce normalnie w określonym czasie)? TAK/NIE
Jeżeli tak, to:
Czy czujesz się zaniepokojony epizodami objadania się? TAK/NIE
Czy podczas epizodów objadania się występowało uczucie utraty kontroli? TAK/NIE
Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się jadłeś dalej, mimo że nie czułeś się głodny:
Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się czułeś się zawstydzony tym, ile zjadłeś:
Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się czułeś się zdegustowany sobą lub winny później:
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy prowokowałeś wymioty w celu kontroli masy ciała? TAK/NIE
10. Jak oceniasz swoją aktywność fizyczną: mała/średnia/duża
Proszę określić rodzaj:, czas trwania dziennie:
11. Używki
Palenie: TAK/NIE
Alkohol, w tym piwo: jak często:, jaki:, ile:
12. Charakter pracy: umysłowa/fizyczna/mieszana/nie pracuję

Kwestionariusz do wypełnienia przez lekarza

Lista czynności minimalnych, które powinny zostać przeprowadzone podczas wizyty rozpoczynającej leczenie i w trakcie wizyt kontrolnych

Wizyta I			
		Wykonano	Nie wykonano
pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu talii i jeżeli to możliwe – składu ciała metodą bioimpedancji, wyliczenie BMI	określenie stopnia zaawansowania choroby		
wywiad dotyczący przebiegu choroby i jej przyczyn	określenie głównego czynnika dodatniego bilansu energetycznego		
wywiad dotyczący występowania powikłań otyłości	określenie ryzyka		
wyznaczenie celu terapeutycznego			
edukacja dotycząca zmian nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej	określenie energetyczności diety i poziomu aktywności fizycznej oraz uzyskanie akceptacji propozycji przez chorego		
inne zaproponowane metody terapii	farmakoterapia psychoterapia leczenie chirurgiczne		
harmonogram wizyt	uzyskanie akceptacji pacjenta		
ewentualne zawarcie kontraktu terapeutycznego	uzyskanie akceptacji pacjenta		
Wizyty kontrolne			
kontrola masy ciała i obwodu talii	ocena uzyskania celu częstotkowego		
kontrola realizacji zaleceń dotyczących zmiany nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej (dzienniczek prowadzony przez pacjenta)	ocena realizacji zaleceń, weryfikacja błędów, motywacja chorego do dalszych działań		
monitorowanie stosowania się do zaleceń dotyczących farmakoterapii wspomagającej leczenie nadwagi lub otyłości, jeżeli została zalecona	sposób i regularność stosowania leku występowanie działań niepożądanych		
rozmowa o problemach z realizacją zaleceń i poszukiwanie rozwiązań			
modyfikacja stosowanych metod terapeutycznych w razie potrzeby	zastosowanie farmakoterapii zalecenie psychoterapii propozycja leczenia chirurgicznego		
monitorowanie wpływu leczenia nadwagi lub otyłości na wyrównanie istniejących powikłań oraz w razie potrzeby – modyfikacja stosowanej z ich powodu farmakoterapii			