

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Karolina KłodaSamodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
MEDFIT, Karolina Kłoda

Leczenie nadwagi i otyłości u dorosłych – praktyczne wskazówki dla lekarza POZ

Treatment of overweight and obesity in adults – practical indications for a primary care physician

Streszczenie

Otyłość jest chorobą przewlekłą oznaczoną kodem E66 w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-10. Nie ustępuje samoistnie i ma tendencję do nawrotów. Jej etiologia jest złożona, odgrywają w niej rolę m.in. czynniki środowiskowe, genetyczne, psychologiczne i zaburzenia osi hormonalnych regulujących pobór pokarmu. W Polsce nie istnieje finansowany ze środków publicznych, zorganizowany system leczenia nadwagi i otyłości. Brakuje również obesitologii – odrębnej specjalizacji lekarskiej skupiającej się kompleksowo na otyłości. Dlatego leczeniem pacjentów chorych na otyłość zajmują się głównie lekarze POZ, chirurdzy bariatryczni oraz lekarze reprezentujący specjalizacje obejmujące powikłania otyłości. Celem niniejszego artykułu jest wprowadzenie do najważniejszych zagadnień dotyczących leczenia otyłości u dorosłych pacjentów POZ na podstawie istniejących wytycznych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów praktycznych.

Słowa kluczowe

bariatria, nadwaga, otyłość

Abstract

Obesity is a chronic disease with the E66 code in the *International Statistical Classification of Diseases and Health Problems* ICD-10. It does not withdraw spontaneously and has a tendency to relapse. It has also a complex aetiology in which role are playing e.g. environmental, genetic, and psychological factors and disorders of the hormonal axis regulating food intake. In Poland, there is no publicly funded system for the treatment of overweight and obesity. There is also a lack of obesitology – a separate medical specialisation that focuses comprehensively on obesity. Therefore, patients are mainly treated by primary care physicians, bariatric surgeons, and physicians representing specialties including complications of obesity. The aim of this article is to introduce the most important issues regarding the treatment of obesity in adult patients of primary care, on the basis of existing guidelines, with particular emphasis on practical aspects.

Key words

bariatrics, overweight, obesity

Wstęp

Otyłość jest chorobą przewlekłą oznaczoną kodem E66 w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-10. Nie ustępuje samoistnie i ma tendencję do nawrotów. Świadomość lekarzy i pacjentów, że otyłość jest chorobą, a nie defektem kosmetycznym czy też „problemem”, jest kluczem do jej skutecznego leczenia. Kolejną pułapką myślenia jest przekonanie, że otyłość wynika wyłącznie z winy chorego. W rzeczywistości ma złożoną etiologię, w której rolę odgrywają głównie czynniki środowiskowe, genetyczne, psychologiczne i zaburzenia osi hormonalnych regulujących pobór pokarmu. Nadmiar tkanki tłuszczowej obarczony jest licznymi i poważnymi powikłaniami. Należą do nich nie tylko choroby układu sercowo-naczyniowego, lecz także zespół bezdechu sennego, obciążenie układu kostno-stawowego, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej, obniżenie nastroju, niska samoocena, nowotwory złośliwe i inne [1–3].

W Polsce nie istnieje finansowany ze środków publicznych, zorganizowany system leczenia nadwagi i otyłości. Brakuje również obesitologii – odrębnej specjalizacji lekarskiej skupiającej się kompleksowo na otyłości. Dlatego leczeniem pacjentów chorych na otyłość zajmują się głównie lekarze POZ, chirurdzy bariatryczni oraz lekarze reprezentujący specjalizacje obejmujące powikłania otyłości (np. diabetolodzy czy kardiologowie) [2]. W ostatnich latach Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością wraz z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej wyszły naprzeciw potrzebom lekarzy POZ i wydały „Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego”. Publikacja ta, opracowana w formie wytycznych, przedstawia najważniejsze elementy profilaktyki, diagnostyki i leczenia otyłości [4]. Aktualnie Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością prowadzi bezpłatny program certyfikacji lekarzy *online* w celu stworzenia podwalin pod kompleksową opiekę nad chorymi na otyłość. Do zdobywania certyfikatów z zakresu leczenia nadwagi i otyłości zostali zaproszeni również lekarze rodzinni. Szkolenia mają być kontynuowane w następnych latach, a szczegółowe informacje można znaleźć na stronie www.certyfikacjaptbo.pl [5].

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest wprowadzenie do najważniejszych zagadnień dotyczących leczenia

otyłości u dorosłych pacjentów POZ na podstawie istniejących wytycznych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów praktycznych.

Rozpoznanie nadwagi i otyłości

Podjęcie leczenia jest uzależnione od rozpoznania. Nadwagę u dorosłych stwierdza się, jeżeli wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) mieści się w granicach 25–29,9 kg/m². Aby wyliczyć BMI, należy podzielić masę ciała pacjenta podaną w kilogramach przez wzrost podany w metrach podniesiony do kwadratu. Otyłość rozpoznaje się przy BMI ≥ 30 kg/m². Nasilenie choroby określa się w stopniach. Otyłość I stopnia stwierdzamy, jeżeli wartości BMI wynoszą 30–34,9 kg/m², otyłość II stopnia przy BMI 35–39,9 kg/m², a otyłość III stopnia przy BMI ≥ 40 kg/m². Należy jednak pamiętać, że BMI nie jest miarodajny dla całej populacji, ponieważ nie uwzględnia indywidualnych różnic w budowie ciała. Kolejnym przydatnym wskaźnikiem jest obwód talii. Należy go mierzyć w połowie odległości między najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej a najniższą częścią łuku żebrowego w linii pachowej środkowej. Zgodnie z kryteriami *International Diabetes Federation* (IDF) dla populacji europejskiej otyłość trzewną rozpoznaje się przy obwodzie talii u kobiet ≥ 80 cm, a u mężczyzn ≥ 94 cm. Opisane wyżej pomiary należy przeprowadzać jako badania przesiewowe u dorosłych pacjentów co roku, a uzyskanie BMI ≥ 25 kg/m² powinno skutkować obserwacją w kierunku powikłań związanych z nadwagą i otyłością. W warunkach praktyki lekarza rodzinnego powinno się wykonywać pomiary antropometryczne (BMI, obwód talii) w każdej sprzyjającej sytuacji: podczas zapisania się pacjenta do lekarza rodzinnego, przy konsultacji dotyczącej nadwagi lub otyłości, przy konsultacji z powodu ich powikłań oraz w czasie każdej wizyty, kiedy podejrzewa się nieprawidłową masę ciała lub wzrost masy ciała od ostatniej konsultacji [4, 6].

Leczenie nadwagi i otyłości – zmiana stylu życia

W codziennej praktyce autorka spotyka się z niezrozumieniem lub nieprzykładaniem należytej wagi do zmiany stylu życia, która jest podstawą leczenia nadwagi i otyłości. Kluczem jest tutaj słowo „leczenie”, a ściślej rzecz biorąc – leczenie nefarmakologiczne. Warto włożyć wysiłek w wytłumaczenie pacjentowi zasadności takiego postępowania. Bez trwałej zmiany nie osiągnie się długofalowego sukcesu. Pacjenci otyli często słyszą zalecenie: „proszę mniej jeść i wię-

cej się ruszać”. Jednak przedstawienie potencjalnej terapii w ten sposób nie jest motywujące, wystarczające ani nie wyczerpuje tematu leczenia otyłości. Pacjenci, którzy są zmotywowani i gotowi do podjęcia leczenia, powinni mieć możliwość skorzystania z ustrukturyzowanego programu interwencji zmieniającej styl życia, obejmującej modyfikację sposobu odżywiania się, utrzymywanie aktywności fizycznej i zmianę zachowań. Warto dodać, że osoby decydujące się na podjęcie leczenia powinny być monitorowane pod kątem zaburzeń nastroju, objawów depresji, lęku i myśli samobójczych [4, 7].

Opracowanie programu powinno rozpocząć się od ustalenia celu leczenia. Pierwszym jest redukcja o 5–10% wyjściowej masy ciała w ciągu 3–6 miesięcy. Ważnym następnym elementem jest utrzymanie zredukowanej masy ciała przez kolejnych 3–6 miesięcy, a następnie powtórzenie okresu redukcji, jeśli są do tego wskazania. Pacjenci zazwyczaj akceptują pierwszy cel leczenia, ale niekiedy proszą o wyznaczenie tzw. celu cząstkowego – uzyskiwanego z wizyty na wizytę. W rozmowie na ten temat pomaga przekazanie informacji, że z punktu widzenia zdrowia pacjenta oraz utrzymania efektu leczenia korzystna jest wolna, ale trwała redukcja masy ciała, czyli ok. 1 kg na tydzień w pierwszym miesiącu i ok. 0,5 kg na tydzień w kolejnych miesiącach leczenia. Żeby mieć możliwość utrzymania motywacji, kontrolowania postępów i upewniania się w poprawności wprowadzanych zmian, pacjenci powinni przez co najmniej rok odbywać comiesięczne konsultacje lekarskie. Samodzielne zarządzanie procesem leczenia jest w takim przypadku nieodzwonne. Pacjenci powinni ważyć się nie rzadziej niż raz w tygodniu. W praktyce można spotkać się z pacjentami, którzy ważą się codziennie, oraz takimi, którzy nie chcą stawać na wadze w obawie przed utratą motywacji [4, 8].

Zmiana sposobu odżywiania

Zmniejszenie liczby spożywanych kalorii jest warunkiem uzyskania redukcji masy ciała. Problem stanowi jednak sposób przeprowadzenia takiej interwencji. W świadomości społecznej rozpowszechnione są „diety cud”, diety eliminacyjne (bez wskazań medycznych), diety monoskładnikowe itp. Abstrahując od ich potencjalnej szkodliwości – okazało się, że tylko u niektórych osób chorych na otyłość można rozważyć zastosowanie specjalnie skomponowanej diety w celu poprawy stosowania się do zaleceń. W przypadku większości pacjentów trzymanie się sztywno rozpisanych posiłków nie ma istotnego znaczenia dla utraty masy ciała, ponieważ

traktują oni takie postępowanie jako przejściowe. Jeśli trwale przestrzegają zaleceń co do ograniczenia ilości kalorii i wybierania zdrowszych produktów, ich masa ciała będzie się zmniejszała. Jednym z takich zaleceń jest spożywanie 3–5 posiłków dziennie i przenoszenie ładunku energetycznego z ostatniego na wcześniejsze, ponieważ do częstych błędów dietetycznych należy zjadanie dużego posiłku (bogatego w węglowodany i tłuszcze) w godzinach wieczornych. Kolejnym ważnym zaleceniem jest zmniejszenie energetyczności posiłków o 600 kcal dziennie względem oszacowanego całkowitego wydatku energetycznego pacjenta. Jeśli lekarz dysponuje analizatorem składu ciała w gabinecie, ocena podstawowej przemiany materii (PPM) jest wykonywana przez aparat. Jeśli nie dysponuje analizatorem, to może skorzystać ze wzoru – dla mężczyzn: $11,6 \times \text{masa ciała (kg)} + 879 \text{ kcal}$, dla kobiet: $8,7 \times \text{masa ciała (kg)} + 826 \text{ kcal}$. Aby oszacować całkowity wydatek energetyczny, należy dodać do wartości PPM ok. 10% PPM przeznaczonych na proces trawienia (zwykle ok. 120–200 kcal) oraz ok. 200–300 kcal na codzienne czynności. Innym sposobem obliczania wydatku dobowego jest pomnożenie PPM przez współczynnik aktywności fizycznej – 1,3 dla prowadzących siedzący tryb życia, 1,5 dla średnio aktywnych oraz 1,7 dla regularnie aktywnych fizycznie [4].

Komfortową sytuacją dla lekarza rodzinnego byłaby stała współpraca z dietetykiem, która w obecnych warunkach publicznego finansowania jest niemożliwa. Jeśli pacjent wykazuje chęć i ma taką możliwość, warto zalecić konsultację dietetyczną. Jak wspomniano wyżej, nie u wszystkich ułożona i skomponowana dieta poprawi efekt leczenia, ale edukacja żywieniowa prowadzona przez dietetyka może znacząco poprawić wiedzę na temat odżywiania i wpłynąć pozytywnie na wybory dokonywane przez pacjenta. Można też wyposażyć pacjenta w pewne narzędzia edukacyjne. Jednym z nich jest piramida zdrowego żywienia, która stanowi wytyczne przygotowane przez *Harvard School of Public Health*, przyjęte nie tylko w Stanach Zjednoczonych, lecz także wielu innych krajach, w tym w Polsce. Najnowsza piramida została wzbogacona o podstawę, którą jest codzienna aktywność fizyczna i kontrola masy ciała. Dzięki temu zyskała nową nazwę: piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej lub piramida stylu życia. W przystępny sposób przybliżyła ona ogólne zalecenia dietetyczne. Inną propozycją tej samej szkoły jest talerz zdrowego odżywiania prezen-

tujący, jaką część posiłku powinny stanowić dane produkty. Kolejnym narzędziem mogą być aplikacje telefoniczne zastępujące dzienniczki żywieniowe, bardzo niechętnie i niesumienne wypełniane przez pacjentów. Obecnie większość takich aplikacji nie tylko zapisuje liczbę spożytych kalorii, ale pozwala również na kontrolowanie ilości spożytych głównych składników pokarmowych, pokazując zawartość (w gramach) węglowodanów, białek i tłuszczów w posiłku, oraz na ocenę wydatku energetycznego podczas ćwiczeń [9, 10].

Aktywność fizyczna

Podstawową formą wysiłku dla pacjentów powinny być dynamiczne ćwiczenia aerobowe (tlenowe). Zazwyczaj zaczyna się od poprawy wydolności, ponieważ większość polskiej populacji długoletnio nie utrzymuje żadnej aktywności fizycznej [11]. Zaleceniem w tym przypadku jest 150 min tygodniowo średnio intensywnych ćwiczeń podzielonych na 3–5 sesji (optymalnie nie mniej niż 30 minut na jedną sesję). Jeśli pacjent utrzymuje aktywność fizyczną lub poprawił swoją wydolność, powinien realizować codziennie 60–90 min umiarkowanego wysiłku. Optymalne i zalecane formy ćwiczeń to aktywność angażująca duże grupy mięśniowe z jednoczesnym niskim ryzykiem urazów: szybki marsz, *nordic walking*, jazda na rowerze, pływanie lub ćwiczenia w wodzie. W codziennej praktyce autorka obserwuje, że pacjenci najchętniej wybierają szybki marsz lub *nordic walking*, należy jednak pamiętać, że preferencje te są bardzo indywidualne. Pomocne może być omówienie powyższych form aktywności z pacjentem i zapytanie, którą z nich mógłby wykonywać. Pacjenci nie powinni rezygnować z ćwiczeń oporowych, które wspierają utratę tkanki tłuszczowej przy zachowaniu masy mięśniowej. Takie ćwiczenia, angażujące główne grupy mięśniowe w 30–50% ich maksymalnej siły, powinny odbywać się 2–3 razy w tygodniu po 12–15 powtórzeń [2, 4]. Wyzwanie mogą stanowić pacjenci z BMI > 40 kg/m². Niektóre osoby z otyłością III stopnia utrzymują aktywność fizyczną, jednak u tych, które prowadzą siedzący tryb życia, ćwiczenia powinno się wprowadzać pod nadzorem medycznym, rehabilitacyjnym lub z trenerem personalnym mającym doświadczenie w pracy z pacjentami otyłymi [4, 11]. Podobnie jak w przypadku dietetyka, stała współpraca z fizjoterapeutą w warunkach POZ jest najczęściej niemożliwa. Dlatego w praktyce klinicznej przydatna jest znajomość miejsc, w których pacjent może brać udział w ćwiczeniach grupowych i w treningach

indywidualnych. Preferencje osobnicze są w tym przypadku różne. Niektóre osoby wolą ćwiczyć w grupie, korzystając ze wzajemnej motywacji i wsparcia, inne wolą indywidualne treningi, nawet w zaciszu domowym.

Terapia behawioralna

Niezbędnym elementem interwencji zmieniającej styl życia jest terapia behawioralna. Dzięki niej pacjenci w większym stopniu przestrzegają zaleceń dietetycznych i podejmują aktywność fizyczną. Zakres takiej terapii może być bardzo różny – od samokontroli w zakresie masy ciała, edukacji, zmiany odżywiania i ćwiczeń, poprzez branie udziału w indywidualnych i grupowych rozmowach, aż do kognitywnej terapii behawioralnej czy konsultacji psychologicznej. Należy również podkreślić znaczenie wsparcia najbliższego otoczenia pacjenta, nie tylko w zakresie poparcia dla podjęcia terapii, lecz także uczestniczenia w niektórych jej elementach. Pacjenci chętniej podejmują zdrowe wybory żywieniowe i aktywność fizyczną, jeśli towarzyszy im w tym osoba bliska [2, 4]. Konsultacja psychologa lub psychiatry może odbyć się w ramach finansowania publicznego, ale nie każdy specjalista zajmuje się leczeniem otyłości. Dlatego aby pokierować pacjenta do osoby kompetentnej, można skorzystać z listy certyfikowanych profesjonalistów dostępnej na stronach Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

Leczenie farmakologiczne

Planując terapię chorego na otyłość, należy zawsze pamiętać, że jej podstawą jest zmiana stylu życia. Farmakoterapia stanowi dodatek do leczenia, ważny o tyle, że zwiększa redukcję masy ciała i długoterminowe powodzenie terapii. Wybór preparatu należy uzależnić od jego skuteczności, wskazań i przeciwwskazań występujących u danego pacjenta oraz potencjalnych działań niepożądanych. Krótkotrwałe stosowanie farmakoterapii (3–6 miesięcy) nie jest rekomendowane i nie przynosi odległych korzyści zdrowotnych. Obecnie w Polsce w leczeniu nadwagi i otyłości można stosować preparat chlorowodoru naltreksonu z chlorowodorkiem bupropionu, orlistat i liraglutyd [4]. Preparat naltreksonu z bupropionem działa na ośrodki głodu i sytości oraz na układ nagrody. Działanie addytywne tych substancji powoduje stymulowanie i wydłużanie odczucia sytości z jednoczesnym zmniejszeniem apetytu. Praktycznie przekłada się to na zjedanie mniejszych porcji i brak podjadania między posiłkami, a także eliminowanie

„nagradzania się” słodyczami lub innym pokarmem. Wskazaniami do zastosowania leku są: utrzymywanie zmiany w sposobie odżywiania się i aktywności fizycznej, wiek ≥ 18 lat i BMI ≥ 30 kg/m². Preparat można zastosować również u pacjentów z BMI ≥ 27 kg/m², jeśli występuje u nich przynajmniej jedno powikłanie otyłości (takie jak cukrzyca typu 2, dyslipidemia czy wyrównane nadciśnienie tętnicze). Wśród przeciwwskazań wymienia się m.in.: nadwrażliwość na preparat, niewyrównane nadciśnienie tętnicze, padaczkę występującą obecnie lub w wywiadzie, uraz lub guz nowotworowy ośrodkowego układu nerwowego, okres bezpośrednio po odstawieniu alkoholu lub benzodiazepin, chorobę afektywną dwubiegunową, żarłoczność psychiczną i/lub jadłowstręt psychiczny obecnie lub w przeszłości, przyjmowanie naltreksonu i/lub bupropionu z innych wskazań [12]. Lek wykazuje skuteczność kliniczną, co zostało potwierdzone licznymi badaniami [13–15]. Ważną sugestią praktyczną jest możliwość stosowania preparatu naltreksonu z bupropionem z wydłużeniem eskalacji dawki. Standardowy schemat przyjmowania leku jest następujący: 1 tabletkę przez 7 dni, następnie 2 razy 1 tabletkę przez 7 dni, następnie 2 tabletki rano i 1 tabletkę wieczorem przez 7 dni i w końcu 2 razy 2 tabletki, jednak w przypadku wystąpienia działań niepożądanych można ten okres wydłużyć. Jak wynika z obserwacji własnych, u niektórych pacjentów przyjmowanie pierwszej dawki przez 14 dni skutkowało brakiem działań niepożądanych lub nieznacznym ich nasileniem, akceptowalnym dla pacjenta na tyle, by kontynuować terapię. Należy również pamiętać, że w razie konieczności odstawienia leku powinno się zmniejszać dawkowanie w odwróconym schemacie – czyli o 1 tabletkę co 7 dni. Kolejną wskazówką praktyczną, którą autorka chciałaby przekazać, jest stosowanie tego preparatu u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, której częstość występowania w populacji gwałtownie wzrasta. Chociaż przeciwwskazaniem do podania leku jest schyłkowa niewydolność nerek, to w umiarkowanych zaburzeniach (eGFR 30–60 ml/min/1,73 m²) możliwe jest stosowanie leku w maksymalnej dawce 2 razy 1 tabletkę [16]. Otyłość zwiększa ryzyko progresji przewlekłej choroby nerek, dlatego możliwość farmakoterapii wspierającej proces leczenia otyłości jest nie do przecenienia [17]. Orlistat ogranicza trawienie i wchłanianie tłuszczów przyjętych z posiłkiem poprzez hamowanie lipaz przewodu pokarmowego, dlatego poprawia efekty leczenia u pacjentów, którzy spożywają

wysokotłuszczowe pokarmy. Jeśli jednak pacjent przyjmujący orlistat nie zastosuje się do zaleceń ograniczenia tłuszczów w diecie, może spodziewać się działań ubocznych, takich jak: wzdęcia, biegunki tłuszczowe i wyciek tłuszczu z odbytnicy. Objawy te mogą się przyczynić do rezygnacji z leczenia, ale jednocześnie pokazują pacjentowi, jakie popełnia błędy dotyczące odżywiania. Wskazania do zastosowania orlistatu obejmują utrzymanie niskokalorycznej diety u pacjentów z BMI ≥ 30 kg/m² lub z BMI ≥ 28 kg/m² z występującymi jednocześnie czynnikami ryzyka. Lista przeciwwskazań obejmuje: przewlekły zespół złego wchłaniania, cholestazę, ciążę, karmienie piersią i nadwrażliwość na lek. U pacjentów z cukrzycą typu 2 utrata masy ciała podczas leczenia orlistatem była mniej nasiloną, a jednocześnie wymagali oni większej kontroli leczenia przeciw cukrzycowemu [18].

Liraglutyd, zarejestrowany do tej pory w Polsce wyłącznie do leczenia cukrzycy typu 2, od niedawna jest dostępny w formie preparatu służącego leczeniu otyłości. Lek podawany jest drogą podskórną – w iniekcjach. Liraglutyd, który jest analogiem glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1), zwiększa uczucie sytości i zmniejsza uczucie głodu, nie działając na układ nagrody. Wskazania do jego zastosowania są takie same jak w przypadku preparatu naltreksonu z bupropionem. Skuteczność obu leków jest podobna, różnią się one przeciwwskazaniami i działaniami niepożądanymi. Liraglutyd może zwiększać ryzyko zapalenia trzustki, kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego. Ponadto należy stosować go ostrożnie u pacjentów z chorobami tarczycy. Do najczęstszych działań niepożądanych należą biegunka i nudności, a także wymioty, zaparcia i dolegliwości bólowe brzucha. Dawka początkowa wynosi 0,6 mg na dobę i powinna być zwiększana o 0,6 mg co tydzień, do maksymalnej dawki 3,0 mg na dobę. Ze względu na profil działania liraglutylu przed rozpoczęciem terapii u pacjentów z cukrzycą typu 2 powinno się rozważyć zmniejszenie dawki insuliny lub leków zwiększających jej wydzielanie (np. pochodnych sulfonilomocznika). W trakcie leczenia liraglutylidem należy zwrócić uwagę na przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów [19].

Leczenie chirurgiczne (bariatryczne)

Leczenie chirurgiczne w otyłości, podobnie jak farmakoterapia, pełni funkcję wspomagającą wobec zmiany stylu życia. Bez trwałych postanowień

dotyczących sposobu odżywiania i aktywności fizycznej nastąpi wzrost masy ciała mimo jej początkowej utraty po operacji. Do poradni chirurgii bariatrycznej (metabolicznej) może kierować pacjentów lekarz rodzinny. Wskazania do wykonania operacji obejmują m.in.: wiek 18–60 lat, BMI ≥ 40 kg/m² lub BMI ≥ 35 kg/m² ze współistniejącym przynajmniej jednym powikłaniem otyłości (np. cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, zespołem bezdechu sennego, niealkoholową stłuszczeniową chorobą wątroby, chorobą zwyrodnieniową stawów). Kolejne wskazania to brak skuteczności dotychczasowego leczenia lub przyrost masy ciała po jej znacznym ubytku w wyniku leczenia zachowawczego. Warunkiem jest też brak przeciwwskazań ogólnych do znieczulenia i zabiegu chirurgicznego oraz zgoda pacjenta i świadomość konieczności zaangażowania się, czyli wspomnianej już zmiany stylu życia. Pacjenci przechodzą kwalifikację do zabiegu w ośrodku prowadzącym leczenie bariatryczne z zachowaniem wymogu podjęcia leczenia zachowawczego przed operacją. Powinno ono być prowadzone przez lekarza posiadającego kompetencje w zakresie terapii otyłości. Autorka obserwuje, że dość często pacjenci nie są kwalifikowani do operacji z powodu przeciwwskazań do znieczulenia i zabiegu. Pacjenci z długoletnią otyłością mają szereg powikłań, które najczęściej przyczyniają się do wzrostu ryzyka okołoperacyjnego. Pacjenci niezakwalifikowani do zabiegu powinni rozpocząć leczenie zachowawcze, jeśli wcześniej go nie podjęli, lub wrócić do leczenia zachowawczego. Dlatego decyzja o przeprowadzeniu zabiegu powinna następować po całościowej i wielospecjalistycznej ocenie stanu zdrowia pacjenta. Ocena ta dotyczy również stanu psychicznego, więc obecność w zespole psychologa lub psychiatry jest nieodzowna [2, 4].

Opieka pooperacyjna powinna być domeną chirurga i specjalisty leczenia otyłości (obesitologa), współpracujących z lekarzem rodzinnym. Z racji braku obesitologów spoczywa ona głównie na lekarzu rodzinnym, który nie zawsze jest przeszkolony w tym kierunku. Ponadto sami pacjenci zaprzestają wizyt u specjalistów po operacji bariatrycznej, dlatego odpowiedzialność za przekazywanie informacji o konieczności i zasadności kontynuowania leczenia spoczywa na lekarzu rodzinnym. W opiece pooperacyjnej należy skupić się przede wszystkim na wyrównywaniu niedoborów witaminowych odpowiednimi suplementami, modyfikacji leczenia powikłań otyłości, wykonywaniu kontrolnych

badan laboratoryjnych i monitorowaniu późnych powikłań zabiegu bariatrycznego [2, 4].

Podsumowanie

Lekarz POZ odgrywa ważną rolę w diagnostyce i leczeniu pacjentów z nadwagą i otyłością. Mając wiedzę, że otyłość jest chorobą przewlekłą bez tendencji do samoistnego ustępowania, powinien ustalić rozpoznanie u każdego pacjenta, u którego ją podejrzewa. Zmiana stylu życia jest podstawą leczenia otyłości. Obecnie lekarz rodzinny prócz zaproponowania programu leczenia otyłości opartego na zmianie nawyków ma możliwość korzystania z farmakoterapii, którą powinien prowadzić długoterminowo. Pacjentów spełniających kryteria może kierować do poradni chirurgii bariatrycznej, pamiętając o konieczności sprawowania opieki nad nimi również po operacji.

Piśmiennictwo

1. Olszanecka-Glinianowicz M, Ostrowska L. Otyłość. W: Gajewski P (red.). Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018; 2262-2279.
2. Bieńkowski P, Szulc A, Paszkowski T, Olszanecka-Glinianowicz M. Leczenie nadwagi i otyłości – kto, kiedy i jak? Interdyscyplinarne stanowisko Zespołu Ekspertów. *Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery* 2018; 5: 1-10.
3. Yumuk V, Tsigos C, Fried M i wsp.; Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts* 2015; 8: 402-424.
4. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. *Lekarz Rodzinny – Wydanie specjalne* 2017; 3: 1-56.
5. <https://certyfikacjaptbo.pl/10897.html> (data dostępu 22.07.2019 r.)
6. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D i wsp. *European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts* 2019; 12: 40-66.
7. Pjanic I, Müller R, Laimer M i wsp. Evaluation of a multi-professional, nonsurgical obesity treatment program: which parameters indicated life style changes and weight loss? *J Eat Disord* 2017; 8: 14.
8. Welzel FD, Stein J, Pabst A i wsp. 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.
9. Talati Z, Pettigrew S, Moore S, Pratt IS. Adults and children prefer a plate food guide relative to a pyramid. *Asia Pac J Clin Nutr* 2017; 26: 169-174.
10. Kim Y, Sysko R, Michaelides A i wsp. 92 Effects of smartphone coaching intervention on dietary intake for bariatric surgery candidates: a pilot randomized controlled trial. *CNS Spectr* 2019; 24: 220-221.
11. Dąbek J, Piotrkowicz J, Michalski A, Korzeń D. Knowledge on physical activity and nutrition behaviours in patients with increased body weight and cardiovascular diseases. *Health Probl Civil* 2018; 12: 196-203.

12. Olszanecka-Glinianowicz M, Filipiak KJ, Narkiewicz K i wsp. Stanowisko Zespołu Ekspertów dotyczące zastosowania produktu leczniczego Mysimba® (chlorowodorek bupropionu i chlorowodorek naltreksonu) we wspomaganiu leczenia otyłości i nadwagi (BMI \geq 27 kg/m²) z chorobami towarzyszącymi. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13: 333-348.
13. Greenway FL, Fujioka K, Plodkowski RA i wsp. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-I): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2010; 376: 595-605.
14. Wadden TA, Foreyt JP, Foster GD i wsp. Weight loss with naltrexone SR/bupropion SR combination therapy as an adjunct to behavior modification: the COR-BMOD trial. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19: 110-120.
15. Apovian CM, Aronne L, Rubino D i wsp.; COR-II Study Group. A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-II). *Obesity (Silver Spring)* 2013; 21: 935-943.
16. Charakterystyka Produktu Leczniczego Mysimba. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mysimba-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 24.07.2019 r.).
17. Brymora A, Badurek S, Muszytowski M. Związek pomiędzy otyłością a ryzykiem progresji przewlekłej choroby nerek u osób z cukrzycą typu 2 oraz wybrane możliwości hamowania nefropatii. *Diabetol Klin* 2013; 6: 226-235.
18. Charakterystyka Produktu Leczniczego Xenical. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/xenical-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 24.07.2019 r.).
19. Charakterystyka Produktu Leczniczego Saxenda. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/saxenda-epar-product-information_pl.pdf (dostęp 24.07.2019 r.).

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Karolina Kłoda
Samodzielna Pracownia Kształcenia Lekarza Rodzinnego
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Rybacka 1
70-204 Szczecin
e-mail: wikarla@gazeta.pl