

Obézní pacient v lékařské ordinaci

MUDr. RNDr. Tomáš Brychta, Ph.D.¹, MUDr. Svetlana Brychtová, Ph.D.²

¹NZZ Centrum léčby diabetu a obezity, Olomouc

²Ústav patologické anatomie, LF UP Olomouc

Dynamicky rostoucí počet obézních obyvatel v rozvinutém i rozvojovém světě klade stále větší nároky na zdravotní, sociální a ekonomický systém v jednotlivých zemích. Na boj proti obezitě musí být připraveni prakticky všichni lékaři, protože obézní budou tvořit stále větší část jejich pacientů. V krátkém souhrnu je podán stručný návod, jak přistupovat k obézním pacientům, jak je vyšetřovat a léčit.

Klíčová slova: obezita, vyšetření obézního pacienta, terapie obezity.

An obese patient at a doctor's surgery

The dynamically growing numbers of obese people in both the developed and developing world pose greater demands on health, social, and economic systems in individual countries. Virtually all physicians must be prepared to fight obesity since increasing numbers of their patients will be obese persons. The paper provides basic instructions on how to approach obese patients, how to examine and treat them.

Key words: obesity, examination of an obese patient, obesity therapy.

Urolog. pro Praxi, 2009; 10(4): 38–40

DEFINICE													
Obezita neboli otylost je chronické onemocnění, definované zvýšenými zásobami tělesného tuku. Podíl tuku v organismu určuje pohlaví, věk a etnický charakter populace. Fyziologický je podíl tuku u žen do 30 % a u mužů do 25 % celkové tělesné hmotnosti.													
PREVALENCE													
V Evropě se pohybuje od 10–25 % u mužů a od 10–30 % u žen, nárůst za posledních 10 let je o 10–40 %, v roce 2010 se předpokládá v Evropě 150 milionů obézních dospělých a 15 milionů obézních dětí. Jen 42 % obyvatel ČR má normální hmotnost, za posledních 8 let stoupl u nás počet osob s nadváhou z 31 na 34 % a osob s obezitou z 14 na 23 %!!!													
PATOGENEZE OBEZITY													
Je komplexní a multifaktoriální; je důsledkem období energetické nerovnováhy se soustavně zvýšeným energetický příjem. Přispívá k ní nízká fyzická aktivita.													
HODNOCENÍ OBEZITY													
1. Bereme v úvahu index tělesné hmotnosti BMI (podíl hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech). BMI neodráží přesně podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají ženy větší podíl tuku než muži a starší osoby větší podíl tuku než osoby mladší.	Tabulka 1. Hodnocení BMI <table><tr><th>BMI</th><th>Kategorie podle WHO</th></tr><tr><td>18,5–24,9</td><td>normální rozpětí</td></tr><tr><td>25,0–29,9</td><td>NADVÁHA (preobezita)</td></tr><tr><td>30,0–34,9</td><td>OBEZITA I. stupně</td></tr><tr><td>35,0–39,9</td><td>OBEZITA II. stupně</td></tr><tr><td>> 40</td><td>OBEZITA III. stupně</td></tr></table>	BMI	Kategorie podle WHO	18,5–24,9	normální rozpětí	25,0–29,9	NADVÁHA (preobezita)	30,0–34,9	OBEZITA I. stupně	35,0–39,9	OBEZITA II. stupně	> 40	OBEZITA III. stupně
BMI	Kategorie podle WHO												
18,5–24,9	normální rozpětí												
25,0–29,9	NADVÁHA (preobezita)												
30,0–34,9	OBEZITA I. stupně												
35,0–39,9	OBEZITA II. stupně												
> 40	OBEZITA III. stupně												
2. Obvod pasu (měří se uprostřed vzdálenosti mezi horním okrajem lopaty kosti kyčelní a dolním okrajem posledního žebra), koreluje s množstvím abdominálního tuku Centrální obezita (viscerální, útrobní, androidní, mužského typu) je spojena s metabolickými a kardiovaskulárními chorobami Gynoidní obezita (ženského typu) charakteristické zbytnování podkožního tuku v oblasti hýždí a stehen, nebývá spojena s větším výskytem kardiovaskulárních a metabolických komplikací.	Tabulka 2. Centrální obezita <table><tr><th>Centrální obezita</th><th>Obvod pasu</th></tr><tr><td>Muži</td><td>> 94 cm</td></tr><tr><td>Ženy</td><td>> 80 cm</td></tr></table>	Centrální obezita	Obvod pasu	Muži	> 94 cm	Ženy	> 80 cm						
Centrální obezita	Obvod pasu												
Muži	> 94 cm												
Ženy	> 80 cm												
VYŠETŘENÍ OBÉZNÍHO PACIENTA													
Anamnéza, graf vývoje hmotnosti, důvody vzestupu hmotnosti, pokusy o redukci hmotnosti.													
Měření TK – širší a delší manžeta! Falešně vyšší hodnoty TK!, EKG, případně zátěžová ergometrie před doporučením cílené pohybové aktivity													
Hmotnost – vážit po vymočení, ve stejnou denní dobu, ve spodním prádle													

VYŠETŘENÍ OBÉZNÍHO PACIENTA
Stanovení tuku v těle – bioelektrická impedance, antropometricky – 10 kožních řas (dle Pařízkové), hydrodenzitometrie, zobrazovací metody – CT, NMR, duální rentgenová absorciometrie
Distribuce tuku v těle: obvod pasu, WHR (poměr pas / boky), sagitální abdominální poměr
Stanovení energetického příjmu – 3–7denní jídelníček, PC programy na zpracování jídelníčků
Stanovení energetického výdeje – součet bazálního metabolismu (kalorimetrie) + postprandiální termogeneze + pohybová aktivita
Základní biochemické a hormonální vyšetření
glykemie, lipidový profil, k. močová, jaterní testy, urea, kreatinin, mikroalbuminurie
Hormonální vyšetření: hypotyreóza TSH, T3, T4 volný, hyperkortizolizmus – profil kortizolémie, dexametazonový test, poruchy menstruace, fertility, hyperandrogenismus : androgeny, SHBG, pohlavní hormony, gonadotropiny, sy inzulinové rezistence : INZ, ProINZ, C-peptid, leptin, rezistin.
ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE NADVÁHY A OBEZITY
Kardiovaskulární – hypertenze, ICHS, arytmie, náhlá smrt, CMP, varixy, tromboembolická nemoc
Ortopedické – degenerativní onemocnění kloubů a páteře
GIT – gastroezofageální reflux, hiátová hernie, cholelitiáza, steatóza jaterní
Nádory – zvýšené riziko malignit gynekologických, urologických, GIT
Respirační – hypoventilace a restrikce u Pickwickova sy, sy spánkové apnoe
Kožní – ekzémy a mykózy v místech vlhké zapáčky, strie, celulitida, hypertrichóza, hirsutizmus
Psychosociální – společenská diskriminace „anti-fat racism“, malé sebevědomí, porucha motivace, sebeobviňování, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy
Jiné – otoky, horší hojení ran , častější výskyt úrazů, častější výskyt kýl , pseudotumor cerebri (u dětí)
TERAPIE OBEZITY – KOMPLEXNÍ – DLOUHODOBÁ S REÁLNÝMI CÍLI
Spolupráce lékaře – dietní sestra – psycholog – cvičitel, individuálně sestavený program redukce hmotnosti, pravidelné kontroly. Léčíme vždy při BMI > 30, při komplikacích a mladé pacienty již od BMI > 25.
DIETNÍ LÉČBA
Dlouhodobá celoživotní úprava životního stylu, spojená s trvalou změnou stravovacích zvyklostí, pozor na komerční diety – rychlá redukce (nemocný ztrácí převážně vodu + bílkoviny) s následným JO-JO efektem, opakování vede ke změně tělesného složení v neprospěch aktivní tělesné hmoty.
Dieta s omezením tuků (30%) – jde o dietu, kde tuky tvoří jen 30% celkového denního energetického příjmu. Využívá se výživových a energetických tabulek a individuální konzultace jídelníčku (poměr živin v dietě: sacharidy 55–60%, bílkoviny 15%, tuky 25%).
Dieta s omezením energetického příjmu o 2 500 kJ – od doposud běžného denního energetického příjmu
Redukční dieta o energetickém obsahu 5 MJ – u těžších forem obezity ambulantně, je vhodné dlouhodobě doplňovat o Fe, Ca a vitaminy sk. B
Přísná nízkoenergetická bílkovinná dieta 1,5–3,5 MJ – (very low calories diet) u těžké obezity, kde je třeba rychlé redukce (za 4 týdny redukuje až 9,8 kg z toho 3/4 tuku) je nutné doplňovat tekutiny 2,5 l/den (snížit diuretika + antihypertenziva)
Hladovky se pro řadu nežádoucích účinků (NÚ) nedoporučují
LÉČBA POHYBEM
Tvoří základní pilíř v léčbě obezity, je vhodné spolupracovat s cvičitelem, který má zkušenosti s obézními pacienty. Doporučená je kombinovaná dynamická zátěž s lehkou statickou zátěží, se snahou o zvýšení svalové hmoty a vytrvalostní adaptace. Cvičit se má obden při 60% tepové rezervy. Jedna hodina chůze/den spotřebuje asi 750 kJ (za 1 měsíc 22,5 MJ tj. asi -1 kg tělesného tuku)
KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE
Odstranit nevhodné jídelní a pohybové návyky. Techniky sebezpozorování (co, kde, kdy a jak pacient činí), akt konzumace jídla (frekvence jídel, snídání), aktivní kontroly vnějších činitelů (činnosti spojené s jídlem, oslavy), nibbling – uždibování mezi hlavními jídly, sebesposilování (zapojení rodiny, odměny za zhubnutí), kognitivní (identifikace nevhodných myšlenek), výživa, skupinová terapie

FARMAKOTERAPIE OBEZITY
Zlepšuje spolupráci pacienta při léčbě, indikujeme od BMI 30, nebo 27, jsou-li přítomny nemoci spojené s obezitou.
Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu: sibutramin 10 a 15 mg/den – Meridia®, Lindaxa, Sibutramin Teva. Účinek: zvyšuje pocit sytosti, zintenzivňuje metabolismus. Dobrý efekt, nutné sledovat kontraindikace a upozornit na NÚ.
Léky působící v GIT (orlistat – Xenical® 120 mg 3 × 1, Alli – nově na trhu, volně prodejný v poloviční dávce 60mg), Inhibitory pankreatické lipázy. Účinek: snižuje absorpci tuku z potravy (30%) inhibicí účinku střevních lipáz.
Látky uvolňující noradrenalin a dopamin: fentermin – Adipex ret.® – 15 mg. Účinek: snížení hladu potlačením chuti k jídlu.
CHIRURGICKÁ (BARIATRICKÁ) LÉČBA
Velmi účinná u těžké obezity, dlouhodobý pokles hmotnosti, zlepšení komorbidit a kvality života, dlouhodobě snižuje celkovou mortalitu. Indikace: BMI nad 40, nebo BMI nad 35, při souběžných onemocněních, u nichž lze očekávat zlepšení při poklesu hmotnosti. Nutný je multidisciplinární přístup (chirurg, obezitolog, psycholog). Nejčastěji užívané výkony:
1. restriktivní (omezující příjem potravy), adjustabilní bandáž žaludku , proximální žaludeční bypase, tubulizace žaludku
2. omezující vstřebávání živin – biliopankreatická diverze
3. kombinované operace
Nutná je správná léčba komplikací obezity: dyslipidemie, diabetu, optimalizace TK, plicních onemocnění (sy spánkové apnoe), psychosociálních onemocnění. Nutná i prevence opětovného váhového přírůstku.
ZÁVĚR
Léčba je komplexní a přísně individuální
Upozornit pacienta na nezbytnost pomalého, ale dlouhodobého hubnutí (po 3 měsících 1 měsíc stabilizační fáze); profit už z redukce 5–10 % hmotnosti (snížení mortality o 20 %).
Výchova proti obezitě již od dětství: zvýšení pohybové aktivity, nedopustit rozvoj telemanie, vhodné stravovací návyky v rodině i ve škole.
Je nutné stanovit realistické cíle a upozornit na nutnost celoživotního léčení obezity!
Lékaři musí považovat obezitu za nemoc a pomáhat obézním vhodnou prevencí a léčbou.

Článek byl podpořen VZ 6198959221.

Literatura

1. Svačina Š, Matoulek M, Lajka J. Výsledky aktuálního průzkumu výskytu obezity v České republice. DMEV 2009; 12(Supl): 21.
2. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. Obesity Facts 2008; 1: 106–116.
3. Hajner V, a kol. Základy klinické obezitologie. Praha: Grada, 2004.

MUDr. RNDr. Tomáš Brychta, Ph.D.
NZZ Centrum léčby diabetu a obezity
Dlouhá 34, 779 00 Olomouc
tomas.brychta@volny.cz