Co poza dietą i aktywnością fizyczną można wykorzystać w leczeniu otyłości?

Wsparcie psychologiczne

Znaczna część pacjentów z nadmierną masa ciała wymaga wsparcia psychologicznego. Nie tylko z powodu często współistniejącej z otyłością depresji, czy zaburzeń odżywiana (np. bulimii, zespołu kompulsywnego jedzenia, zespołu nocnego jedzenia, ale także z powodu niskiej samooceny, czy skłonności do jedzenia w sytuacjach stresowych jako sposobu radzenia sobie z nimi).

Farmakoterapia

U osób, u których nie udaje się uzyskać redukcji masy ciała za pomocą zmiany stylu życia, należy rozważyć zastosowanie leczenia farmakologicznego. Wskazaniami do farmakoterapii nadmiernej masy ciała są:

- otyłość (BMI ≥ 30)
- nadwaga (BMI ≥ 27) ze współistniejącymi powikłaniami, tj. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, cukrzyca typu 2, zespół bezdechu sennego czy zespół policystycznych jajników

Należy jednak pamiętać, że farmakoterapia nie zastąpi zmiany sposobu żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej, ale ułatwia ich wdrażanie, stanowiąc w ten sposób tylko ich uzupełnienie.

Leczenie chirurgiczne

Zachowawcze leczenie otyłości olbrzymiej cechuje niestety mała skuteczność i brak trwałych efektów, dlatego też leczenie chirurgiczne (operacje bariatryczne) pozostaje w tym przypadku jedyną metodą leczenia o udowodnionej skuteczności. Szczególnie istotną zaletą takiego postępowania jest szybkie ustępowanie powikłań otyłości, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, stłuszczenie wątroby czy zmniejszenie częstości występowania niektórych nowotworów złośliwych. Udowodniono, że leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie i znacząco poprawia jego jakość.

Wskazaniami do chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej są:

- wskaźnik masy ciała (BMI) równy lub wyższy niż 40 kg/m^2, przy czym w przypadku współistniejącej cukrzycy typu 2, Polskie Tworzywo Diabetologiczne wręcz rekomenduje wykonanie operacji bariatrycznej,
- wskaźnik masy ciała (BMI) w przedziale 35–40 kg/m^2 u chorych ze współistniejącymi powikłaniami otyłości (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby układu sercowo-naczyniowego, zespół bezdechu sennego, zespół hipowentylacji spowodowany otyłością, choroby stawów wymagające leczenia operacyjnego, niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby (*nonalcoholic steatohepatitis* – NASH), niealkoholowe stłuszczenie wątroby (*nonalcoholic fatty liver disease* – NAFLD), hiperlipidemia, bezpłodność żeńska, w tym związana z zespołem policyklicznych jajników, istotne wskazania społeczne lub psychologiczne), w przebiegu których redukcja masy ciała metodą chirurgiczną może przynieść potencjalną poprawę. Wskazaniem w tym przypadku są również sytuacje gdy otyłość jest powodem dyskwalifikacji od istotnej formy leczenia zabiegowego w zakresie innych specjalności (np. zabiegi ortopedyczne, zabiegi neurochirurgiczne, chirurgia przepuklin),

- brak efektu terapeutycznego (w odniesieniu do redukcji masy ciała, czy ustępowania chorób wywołanych otyłością) u osób, które przebyły wcześniej zabiegi bariatryczne – w tym przypadku należy zaproponować zabieg rewizyjny.

Chirurgiczne leczenie otyłości można rozważyć również u chorych z BMI 30,0–34,9 kg/m^2 i cukrzycą typu 2, w razie utrzymywania się hiperglikemii mimo stosowania leków doustnych oraz insuliny.

Co istotne, kryterium BMI dotyczy najwyższej udokumentowanej w przeszłości wartości tego wskaźnika, a zatem redukcja masy ciała przed zabiegiem operacyjnym powodująca obniżenie BMI poniżej ww. wartości nie jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego. Brak udokumentowanych prób redukcji masy ciała przed planowanym leczeniem chirurgicznym metodami zachowawczymi nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu w grupie osób dorosłych.

Zabiegi bariatryczne rekomendowane są pacjentom pomiędzy 18. a 65. rokiem życia. W przypadku osób młodszych istnieją odrębne kryteria kwalifikacyjne. Z kolei u osób po 65. roku życia wskazania są rozważane indywidualnie i zależą od stanu ogólnego chorego oraz jego wieku biologicznego. W tym przypadku, korzyść z leczenia operacyjnego musi przewyższać ryzyko związane z zabiegiem operacyjnym. Wiadomo bowiem, że w starszej grupie wiekowej zabieg przyczynia się głównie do poprawy jakości życia, natomiast jego wpływ na wydłużenie życia, czy ustąpienie powikłań otyłości jest znacznie mniej istotny.

Kwalifikacja i przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, jak również nadzorowanie prawidłowego procesu utraty masy ciała, zarówno we wczesnym, jak i odległym okresie pooperacyjnym, powinny się odbywać w zespole wielodyscyplinarnym, w skład którego wchodzą: lekarz mający doświadczenie w zakresie leczenia i opieki nad chorymi z otyłością olbrzymią, optymalnie chirurg bariatra (koordynator sprawujący nadzór nad przebiegiem przygotowania do zabiegu i całego procesu leczenia) oraz internista, anestezjolog, dietetyk, psycholog/psychiatra, pielęgniarka/pracownik socjalny. W razie potrzeby można skorzystać z pomocy specjalistów innych dyscyplin medycyny, którzy mają doświadczenie w pracy z pacjentem bariatrycznym np. diabetologiem, kardiologiem, hipertensjologiem, pulmonologiem, endokrynologiem, ginekologiem-położnikiem, rehabilitantem, laryngologiem, stomatologiem.

Należy jednak podkreślić, że dla trwałej redukcji masy ciała, nawet po chirurgicznym leczeniu otyłości, niezbędne jest przestrzeganie zaleceń dietetycznych i stosowanie aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych możliwości pacjenta.

Leczenie endoskopowe

Ze względu na brak wystarczających dowodów na bezpieczeństwo oraz efekt długoterminowy głównym zastosowaniem balona żołądkowego (implantuje się go do żołądka jedynie na okres 6 miesięcy, po czym należy go usunąć) wydaje się przygotowanie do operacji bariatrycznych chorych o szczególnie wysokim BMI oraz obciążonych dużym ryzykiem okołooperacyjnym.

Piśmiennictwo:

1. Obesity and overweight, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ [1]
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014. “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility“. Geneva: World Health Organization; 2014, WHO, Word Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf**.**
3. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością, http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Otyłość-Rekomendacje.pdf [2]
4. Budzyński A, Major P, Głuszek S, Kaseja K, Koszutski T, Leśniak S et al. Polish recommendations on bariatric and metabolic surgery. Med Prakt Chir. 2016; 6: 13-26.
5. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorychna cukrzycę 2017. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diab Prakt. 2017; 3 Suppl A

Adres źródła:https://dieta.wum.edu.pl/artuku%C5%82/co-poza-dieta-i-aktywnoscia-fizyczna-mozna-wykorzystac-w-leczeniu-otylosci#comment-0

Odnośniki

[1] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ [2] http://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2016/01/Otyłość-Rekomendacje.pdf