

SYSTÉM PÉČE O OBÉZNÍ PACIENTY V AMBULANCI

Pplk. doc. MUDr. Pavol HLÚBIK, CSc.
Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně Hradec Králové
(rektor: plk. doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.)

Obezita je zařazována k nejzávažnějším zdravotnickým problémům konce 20. století. Patří mezi civilizační onemocnění, tedy mezi onemocnění, která vznikla jako důsledek negativního civilizačního tlaku. Nadváha, obezita je pravděpodobně tak stará jako lidstvo samotné, o čemž nás přesvědčuje řada historických dokladů (3). V krátkém historickém úvodu lze poukázat na některé paralely vývoje názorů na ideální tělesnou hmotnost. Barokní tvary postav mužů, žen i dětí lahodily oku dobového pozorovatele. Styl „twiggy“ nutil ženy k absurdní redukci tělesné hmotnosti. V naší současnosti již dávno neplatí rčení z první poloviny 20. století: tlusté dítě nebo dospělý je vyjádřením zdraví, spokojenosti a životní pohody. Opak je pravdou.

Obezitu je nutno chápat jako nemoc, která zkracuje střední délku života, podílí se na zvyšování mortality a morbidit (8). Podílí se na vzniku řady závažných onemocnění kardiovaskulárního aparátu, metabolických onemocnění (diabetes mellitus, dyslipidémie, dna), hypertenzní nemoci, poškození lokomočního aparátu, na problematice vzniku depresí, Pickwickovy syndromu (1).

Prevalence obezity v celosvětovém měřítku narůstá (9, 12). V naší republice se odhaduje až 40% výskyt obezity (5). Je zaznamenáván vzestupný trend prevalence obezity v dětském věku, což je velice alarmující fakt. Relativně vysoký počet osob s nad-

váhou a obezitou zjistil Hlúbik (6) v souboru vojáků z povolání, příslušníků Armády České republiky.

V etiopatogenezi obezity hraje důležitou roli disproporce mezi příjmem energie z konzumované stravy a výdejem energie vedoucí ke vzniku pozitivní energetické bilance. Na energetické denzitě potravin se podílejí především tuky (4). Lissner (8) na základě analýzy výsledků sedmi rozsáhlých studií, ve kterých se autoři zabývali vztahem obsahu tuku ve stravě a obezitou u dospělých (viz tab. 1), dospěl k závěru, že vysoký obsah tuků ve stravě dává úzce koreluje s obezitou a s množstvím tukové tkáně u sledovaných osob.

S obézním pacientem se setkáváme na všech úrovních poskytované zdravotnické péče, v ambulantní praxi i v průběhu hospitalizace. Ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové pracují specializované poradny pro terapii obezity a s ní spojených komplikací. Uvedené poradny pečují především o pacienty ze spádu Východočeského regionu. Kromě ambulantní péče je zabezpečena pro indikované pacienty i následná hospitalizace s cílem redukce hmotnosti na lůžku pod stálým dohledem. V případě neúspěchu konzervativní léčby obezity může být proveden chirurgický zákrok. Chirurgická léčba se provádí na specializovaném oddělení u pacientů komplexně vyšetřených a indikovaných na základě doporučení klinického semináře.

Tabulka 1

Vztah mezi obsahem tuku v dietě a obezitou u dospělých

Citace	Subjekt	Kvantifikace tělesné hmotnosti	Tuk - obezita korelace
Dreon a kol. (1988)	155 mužů	1. BMI 2. denzitometrie	1. pozitivní 2. pozitivní
Tremblay a kol. (1989)	244 mužů	1. váha 2. kožní řasy trupu 3. kožní řasy končetin 4. tělesný tuk	1. nesignifikanční 2. pozitivní 3. nesignifikanční 4. pozitivní
Miller a kol. (1990)	1. 107 mužů 2. 109 žen	denzitometrie	1. pozitivní 2. pozitivní
Colditz a kol. (1990)	31 940 žen	BMI	pozitivní
Tucker & Kano (1992)	205 žen	1. BMI 2. kožní řasy	1. pozitivní 2. pozitivní
Slatery a kol. (1992)	n = 5115 1. bílí muži 2. černí muži 3. bílé ženy 4. černé ženy	BMI	1. nesignifikanční 2. nesignifikanční 3. negativní 4. nesignifikanční
Klesges a kol. (1992)	1. 142 mužů 2. 152 žen	BMI	1. pozitivní 2. pozitivní

Od prvního kontaktu s obézním si musí lékař uvědomit závažnost problému obezity pro konkrétního jedince. Musí si být vědom, že jen citlivé psychologické vedení s navozením pozitivního emočního ladění u pacienta může vést k úspěšné redukci tělesné hmotnosti (2). V mnoha případech je vstupní vyšetření rozhodující pro celkový efekt redukce. Při prvním vyšetření nemocného je nutno navázat pozitivní kontakt s pacientem a postupovat podle předem připraveného plánu. Terapeutický plán by měl obsahovat zhodnocení nutričního stavu, stanovení diagnózy, podrobné seznámení pacienta se strategií a cílem, kterého se nemocný a samozřejmě i lékař chce dopracovat.

Diagnostický postup vyšetření pacienta s nadváhou viz tab. 2.

Tabulka 2

Diagnostické možnosti

1. anamnéza
2. objektivní vyšetření
3. biochemie
4. antropometrie
5. laboratorní vyšetření a) energometrie b) spirometrie
6. psychologické vyšetření

Plán vyšetření:

I. anamnestické údaje

- rodinná anamnéza - genetická zátěž, výskyt obezity v rodině, event. u vzdálenějších příbuzných
- osobní anamnéza - zaměřit se na nemoci, které mohou mít vztah ke vzniku obezity (pooperační imobilizace, onemocnění štítné žlázy, adnexektomie, farmakoterapie - kortikoidy, B-komplex, psychoterapie...)
- obezitologická anamnéza
 - hodnocení vývoje tělesné hmotnosti od dětství, stanovení doby vzniku obezity (předškolní věk, puberta, menopauza, po porodu, po ukončení aktivní sportovní činnosti)
 - předchozí pokusy o redukci tělesné hmotnosti (dietní terapie, farmakoterapie ...)
- stravovací zvyklosti
 - hodnocení stravovacích zvyklostí, sledování jídelníčku, frekvence jídel za den, konzumace sladkostí, tučná jídla, jídlo u televize, pocit hladu během dne
- sociální anamnéza
 - výdej energie v průběhu zaměstnání, v mimopracovním období, kouření, konzumace alkoholu
- zhodnocení anamnestických údajů a stanovení příčin vzniku obezity

- zvýšení příjmu potravin, snížení výdeje energie (změna zaměstnání, zanechání kouření)

II. objektivní vyšetření aktuálního stavu

K základním fyzikálním vyšetřovacím metodám patří: inspekce, palpce, perkuse, auskultace. Objektivní vyšetření je prováděno v rozsahu interního vyšetření (xantelazmata, štítná žláza...).

III. laboratorní vyšetření slouží k objektivizaci nutričního stavu konkrétního jednotlivce, vyšetření se zaměřuje na antropometrické, biochemické a fyziologické metody:

- antropometrie:
 - sledované parametry: tělesná hmotnost, tělesná výška, tloušťka kožních řas, obvodové a délkové rozměry, obvod pasu
 - přístroje: váha, výškoměr, antropometr, kaliper, UZ, BIA, CT, DEXA (13)
 - hodnocení nutričního stavu: BMI (viz tab. 3), obvod pasu (viz tab. 4), procento tělesného tuku (viz tab. 5)
- biochemické vyšetřovací metody:
 - mineralogram, funkce jater, stanovení kyseliny močové, glykémie, parametrů lipidového metabolismu, kreatininkinázy, hormony štítné žlázy, event. další hormony
- fyziologické vyšetřovací metody:
 - nepřímá kalorimetrie - základní energetický výdej, spotřeba O_2 , výdej CO_2 , výpočet RQ
 - spirometrie, ergometrie
- psychologické vyšetření

Tabulka 3

Hodnocení tělesné hmotnosti BMI v kg/m^2

• 20-25		příměřená tělesná hmotnost
• 25-30		nadváha
• 30-35		obezita 1. stupně
• 35-40		obezita 2. stupně
• nad 40		obezita 3. stupně

Tabulka 4

Obvod pasu a riziko metabolických onemocnění

Osoby	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
muži	> 94	> 102
ženy	> 80	> 88

Tabulka 5

Obsah tuku v % aktuální tělesné hmotnosti a obezita

Osoby	Normální tělesná hmotnost	Obezita
muži	< 20 %	> 20 %
ženy	< 30 %	> 30 %

IV. závěr vyšetření a návrh redukčního režimu

Stanovení terapeutického postupu spočívá ve výběru vhodné redukční diety s ohledem na věk, pracovní zatížení a stupeň obezity (7). Seznámení pacienta se stavem jeho nutrice musí být podrobné, citlivé a ohleduplné. Je nutné podrobně vysvětlit redukční dietní režim, poučit pacienta o energetické a biologické hodnotě redukční diety. Je vhodné upozornit na některé nežádoucí vedlejší efekty, které se mohou v průběhu redukce objevit (zácpa). Pro redukci obezity je vhodné postupovat podle obecných doporučení (viz tab. 6).

Tabulka 6

Ovlivnění tělesné hmotnosti

1. Redukční dieta:
a) nízkooenergetická dieta
b) přísná nízkooenergetická dieta
c) definovaná redukční dieta
2. Behaviorální postup:
a) změna životního stylu
b) ovlivňování stravovacích zvyklostí
3. Cvičení - zvýšení výdeje energie
4. Farmakoterapie - anorexika
- termogenní farmaka - Elsinsorské prášky
- hormony štítné žlázy
- inhibitor pankreatické lipázy - Orlistat
1. Chirurgická terapie
2. Alternativní metody

V. stanovení kontroly průběhu redukce

Pravidelné kontroly tělesné hmotnosti 1krát za týden provádí pacient samostatně za standardních podmínek - výsledky měření průběžně zapisuje do záznamu, vede si jídelníček. V průběhu ambulantní kontroly je pravidelně vyhodnocována úspěšnost zvoleného redukčního postupu. U pacientů rezistentních na ambulantní formu redukce tělesné hmotnosti nebo u pacientů s přidruženými komplikacemi - diabetes mellitus, hypertenzní nemoc, ischemická choroba srdeční, a dále před operací kardiovaskulární nebo ortopedickou přistupujeme k redukci tělesné hmotnosti na lůžku obezitologické jednotky v centru pro diagnostiku a léčbu obezity.

Redukční režim v ambulantní praxi

V ambulantní praxi užíváme na prvním místě cílené redukční režimy s vyváženou bilancí nutričních hodnot základních živin. S redukcí příjmu energie současně zvyšujeme výdej energie podle individuálních možností pacienta. Behaviorální přístup je cílen na změnu stravovacích zvyklostí a úpravu životního stylu jako celku (1).

K vyváženým nízkooenergetickým redukčním dietám, které užíváme v naší ambulantní praxi, patří:

1. přísná redukční dieta o energetické denzitě 3200-3500 kJ na den,
2. redukční dieta obsahující 4500-5000 kJ za den.

Každý pacient na začátku redukčního cyklu obdrží v písemné formě rozpis redukční diety. Uvedený dietní rozpis charakterizuje množství konzumované energie, bílkovin, sacharidů, tuků a vlákniny, přijímanou stravu rozděluje do pěti porcí.

Kromě písemných podkladů zkonstruované redukční diety pacient dostává tabulky energetické a biologické hodnoty stravy, je podrobně seznámen se zásadami vypracování individuálního jídelního lístku a sám si jej vypracuje. Tento vypracovaný jídelníček si pacient přináší s sebou k nejbližšímu kontrolnímu vyšetření, v průběhu kterého provádíme vyhodnocení příjmu energie a základních živin (Potravinové tabulky, 1992).

Dalším materiálem, který pacient obdrží, je individuální poučení o výdeji energií s tabulkou výdeje energie při jednotlivých pohybových aktivitách.

Velice důležitou součástí redukčního režimu je příjem tekutin. Doporučujeme v průběhu dne konzumovat 2-3 l neslazených tekutin.

Pocit hladu, se kterým obézní velice často bojuje po celý svůj život, může být na začátku redukčního režimu (omezení konzumace příloh, tuků) ještě vystupňován. Nepříjemný pocit hladu se snažíme ovlivňovat podáváním hrubé vlákniny. Doporučujeme zvýšit její konzumaci na 30-50 g za den.

Redukce tělesné hmotnosti snižuje riziko kardiovaskulární morbidity a mortality. Pokles tělesné hmotnosti v kombinaci s cvičením signifikantně snižuje hladinu triacylglycerolů a zvyšuje hladinu vysokodenzitních lipoproteinů - HDL-cholesterolu (11).

Souhrn

V přehledném článku autor zaměřuje pozornost na závažné civilizační onemocnění konce 20. století - na obezitu. V úvodní části sdělení charakterizuje obezitu jako nemoc, která hraje důležitou roli v etiopatogenezi řady metabolických onemocnění - dyslipoproteinémie, diabetes mellitus II. typu, hypertenzní nemoc, dna, poruchy fibrinolýzy. Obezita a komplikace s ní spojené zvyšují morbiditu i mortalitu, podílejí se na nárůstu ekonomické náročnosti zdravotnické péče. Další část je zaměřena na diagnostický a terapeutický postup vhodný pro ambulantní péči o obézní pacienty.

Literatura

1. BEALES, PL. - KOPELMAN, PG.: Options for the Management of Obesity. *PharmacoEconomics*, 1994, vol. 5, Suppl. 1, p. 18-32.
2. BROWNELL, KD. - RODIN, J.: Zdravotné metabolické a psychologické vplyvy cyklickej zmeny hmotnosti. *Am. Med. Assoc.*, 1994, roč. 2, č. 11, 851 s.
3. EATON, SB., et al.: Paleolithic nutrition revisited: A twelve-year retrospective on its nature and implications. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 1997, vol. 51, no. 4, p. 207.
4. GOLAY - BOBBIONI, E.: The role of dietary fat in obesity. *Int. J. Obes.*, 1997, vol. 21, Suppl. 3, p. 2.
5. HAINER, et al.: Zdravotní rizika a ekonomické náklady spojené

- s obezitou vyžadující komplexní redukční programy. Čas. Lék. čes., 1997, roč. 136, č. 12, s. 367-371.
6. HLÚBIK, P., et al.: Nutriční stav vojáků z povolání - antropometrická charakteristika. Voj. zdrav. Listy, 1993, roč. 62, č. 3/4, s. 82.
 7. LEAN, MEJ., et al.: Weight loss with high and low carbohydrate 1200 kcal diets in free living women. Eur. J. Clin. Nutr., 1997, vol. 51, no. 4, p. 243.
 8. LISSNER, L.: Causes, Diagnosis and Risks of Obesity. PharmacoEconomics, 1994, vol. 5, Suppl. 1, p. 8-17.
 9. SEIDELL, C.: Overweight in Europe. Eating Patterns and Weight Control, 1995, vol. 4, no. 2, p. 2.
 10. SEIDELL, JC. - DEERENBERG, I.: Obesity in Europe: Prevalence and Consequences for Use of Medical Care. PharmacoEconomics, 1994, vol. 5, Suppl. 1, p. 38-44.
 11. VAN GAAL, LF. - WAUTERS, MA. - DE LEEUW, IH.: The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors. Int. J. Obes., 1997, vol. 21, Suppl. 1, p. 5.
 12. VANITALLIE, B.: WorldWide Epidemiology of Obesity. PharmacoEconomics, 1994, vol. 5, Suppl. 1, p. 1-7.
 13. Von RESTORF, F., et al.: Bestimmung des Ernährungsstandes mit der Impedanzmethode. Wehrmed. Mschr., 1995, Jg. 39, Heft 1, S. 6-15.
- Klíčová slova: Nadváha; Obezita; Redukční dieta; Dyslipoproteinémie; Behaviorální přístup.
- Do redakce došlo 29. 7. 1998
-