

OBÉZNÍ PACIENT V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Robin Urbánek

Obezitologická a lipidová ambulance, Zlín

Obezita je závažné chronické metabolické onemocnění vznikající v důsledku pozitivní energetické bilance. Výrazně se na ní podílí nedostatečná pohybová aktivita a zvýšený příjem energeticky bohaté potravy. Představuje závažný rizikový faktor řady civilizačních chorob. V roce 1997 byla světovou zdravotnickou organizací (WHO) vyhlášena za pandemické onemocnění. V České republice má nadměrnou hmotnost 52 % obyvatel. Současná síť specializovaných center a ambulancí pro léčbu obezity nedostačuje. Je třeba, aby se této nemoci věnovali kromě nich všeobecní internisté a zejména i praktičtí lékaři. Důležité je podrobné anamnestické vyšetření, somatické a laboratorní se od jiných interních chorob příliš neliší. K přesnému určení závažnosti obezity máme dnes k dispozici i moderní vyšetřovací metody (ultrazvuk, bioimpedance). Léčba obezity je víceúrovňová, vychází z dietních, behaviorálních, pohybových a medikamentózních opatření, významnou úlohu dnes sehrává i bariatrická chirurgie. Jen společné úsilí obezitologů, všeobecných internistů a praktických lékařů může vést v boji s touto civilizační chorobou ke zpomalení jejího epidemického charakteru a ke zlepšení zdravotního stavu naší populace.

Klíčová slova: obezita, praktický lékař, anamnéza, možnosti vyšetření, léčba.

Med. Pro Praxi 2007; 4(9): 338–340

Obezita je definována jako BMI (body mass index) nad 30 kg/m² a více, za nadváhu považujeme stejný index mezi 25–30 kg/m². Obezita je metabolické onemocnění vznikající v důsledku pozitivní energetické bilance. K ní dochází zejména snížením naší pohybové aktivity a zvýšeným příjmem energeticky bohaté potravy. Je spojena se zvýšenou mortalitou a morbiditou na ischemickou chorobu srdeční, u diabetu 2. typu (T2DM) se podílí na 65–75 % nových případů (8). Onemocnění dnes postihuje všechny kontinenty, je považováno za pandemii a představuje závažný zdravotní problém. Péče o obézní se dnes převážně soustřeďuje do specializovaných ambulancí či center. Je třeba přesvědčit i další lékaře, vedle praktických pak hlavně internisty, aby se touto nemocí více zabývali.

Úvod

Odhaduje se, že více jak jedna polovina dospělé populace ve věku 35–65 let žijící v Evropě má nadváhu (147 milionů), nebo je obézní (66 milionů). Nadváha je častější u mužů, výskyt obezity pak u žen. Prevalence obezity se odhaduje u mužů mezi 10–27 %, u žen dosahuje v některých zemích až 38 %. Ve většině evropských zemí výskyt obou onemocnění stoupá a mezi ně se bohužel řadí i Česká republika. Nadměrnou hmotnost má 52 % našich občanů ve věku nad 18 let, z toho obézních je 17 % a nadváhu má 35 %. K tak vysokému podílu populace nadměrnou hmotností přispívají větší měrou muži (60 %) než ženy (46 %) (6). Na druhé straně to neznamena, že všichni jsou si vědomi své nemoci, chtějí vyhledat odbornou pomoc a hubnout. Přesto se ukazuje, že současná síť specializovaných obezitologických center a ambulancí (včetně snahy zapojit do „boje s obezitou“ praktické lékaře), nebude na tento problém stačit. Je třeba, aby se jím zabývali i další lékaři, a to internisté

a praktičtí lékaři. Praktický lékař by měl být schopen obézního pacienta komplexně vyšetřit, léčit a také jej dlouhodobě sledovat tak, jako např. sleduje pacienta s hypertenzí nebo s poruchou metabolismu lipidů. Z každodenní praxe však víme, že ne každý lékař se chce obézním pacientům věnovat. Pro některé je obezita výsledkem nedisciplinovanosti pacienta, pro některé je jen estetickým problémem. Zkusme si říci, na co vše by se měl praktický lékař zaměřit, pokud se rozhodne věnovat těmto pacientům.

Vyšetření pacienta s nadváhou či obezitou

1. **Anamnéza** je zaměřena na výskyt obezity (T2DM, hypertenze) v rodině, u obézního jedince bychom měli začít u porodní hmotnosti (možný vztah nízké porodní hmotnosti k metabolickému syndromu, riziko T2DM v dospělosti u velkého plodu), důležitý je dále vývoj hmotnosti v předškolním období (předčasný adiposity rebound fenomén – akcelerace vzestupu hmotnosti ještě před nástupem do školy), u dívek hmotnost v období dospívání mezi 15.–20. rokem (výrazný vzestup může být u geneticky disponované dívky rizikem pro vznik T2DM v dospělosti), dalším rizikovým obdobím u žen je gravidita, kojení nebo menopauza. Pro některé muže je zlomovým okamžikem vstup do manželství (pravidelná strava, stop pohybu), u obou pohlaví je to často vstup do zaměstnání (stop sportu, sedavá práce, stres kompenzovaný zvýšeným příjmem jídla apod.). U řady pacientů může být tím okamžikem kdykoli během života zanechání kouření.
2. Podrobně bychom se měli dále zeptat pacienta na jeho **pohybovou aktivitu**, zda v životě sportoval, jaké typy sportu, kdy skončil, jaká je jeho současná pohybová aktivita a jeho vztah

k pohybu vůbec. U řady pacientů může být zásadním okamžikem prodělaná operace či úraz, které mohly vést k pohybové inaktivitě.

3. Neměli bychom opomenout ani **sociálně pracovní problematiku a rodinné vztahy** (frustrace a depresivní ladění pacienta při nezaměstnanosti, nebo naopak nadměrný stres v práci, rozvody, ztráta partnera), poměrně obtížné bývá i řešení obezity např. u pacienta v třísměnném provozu.
4. V anamnéze **stravovacích zvyklostí** se ptáme na frekvenci jídel (často se setkáváme s jídlem 1x nebo 2x denně s vynecháním snídaně, hlavní porce v pozdních večerních hodinách), nibbling, night eating syndrom nebo binge eating syndrom (viz tabulka 2). K podrobnému zhodnocení energetického příjmu, zastoupení jednotlivých živin a mikronutrientů můžeme využít různých dotazníků (Food frequency questionnaire, dotazník dle Stunkarda, Messicka, záznamy příjmu potravy -jedno, tři nebo sedmi-denní).
5. Vytápáme se na **historii „hubnutí“** u pacienta, zda je u nás poprvé nebo se pokouší hubnout opakovaně, jaké typy diet již vyzkoušel, jejich efekt, přítomnost jo-jo efektu apod.
6. Na co nesmíme zapomínat, je i **důvod, proč se pacient rozhodl hubnout** (zdravotní, estetický), zdali jde jen o důsledek tlaku rodiny, okolí či jiného lékaře (sám pacient to tak necítí a „plní“ jen přání ostatních). Motivace i spolupráce s takovým pacientem je pak velmi obtížná (5, 7).

Fyzikální a laboratorní vyšetření nemocného

Hmotnost, výška, obvod pasu a krevní tlak patří k běžnému vyšetření každého pacienta, u obézního

se pak zaměřujeme na typ distribuce tukové tkáně. Zda se jedná o rizikovější ukládání tuku v oblasti trupu (viscerální typ), nebo ukládání tuku v oblasti hýždí a stehen (gynoidní typ). K tomu nám postačuje určení obvodu pasu. Rizikové hodnoty pro evropskou populaci jsou uvedeny na obrázku 1. Z dalších ambulantních vyšetření můžeme využít bioelektrické impedance (BIA), kterou se měří složení těla na podkladě stanovení jeho odporu při průchodu proudem o nízké intenzitě a vysoké frekvenci. Nejčastěji se používá bimanuální měřič, kdy uchopíme elektrody rukama (např. Omron), nebo na nich stojíme ploskama nohou, tzv. bipedální (např. Tanita). Mnohem přesnější určení nám podá umístění elektrod na všech končetinách (Bodystat), nebo kombinace bimanuálních a bipedálních elektrod najednou (u nás nyní používáme přístroj InBody 230 a jeho pořízení

bude asi pro běžnou ordinaci praktika příliš nákladné (obrázek 2)). Bodystat nebo InBody 230 už nám dají poměrně přesnou informaci jak o tukové, tak i svalové tkáni, jsou nám schopny dle přiloženého softwaru podat řadu dalších informací, např. vypočítat klidový energetický výdej, doporučit pacientovi jeho energetický příjem a výdej apod. Samotné vyšetření pacienta nezatěžuje, je časově nenáročná a patrně jen vyšší cena limituje od jeho širšího využití (5). V naší ordinaci máme ale zkušenost, že patří mezi nejvíce sledované ze strany samotného pacienta, podobně jako měření intraabdominálního tuku pomocí ultrazvuku metodou dle Armelliniho. Pomocí 3,5 MHz sondy měříme vzdálenost mezi vnitřní plochou přímého břišního svalu a přední stranou aorty na úrovni obratlů L5-S1 (1). Průběžné informace o tom, jak se mění objem jeho tukové a svalové tkáně včetně intraabdominálního tuku, mají obrovský motivující význam a pro nás lékaře jistotu, že pacient bude nadále spolupracovat. Tady by pomohla interdisciplinární spolupráce praktika se specializovaným centrem pro léčbu obezity. Jiné, ještě mnohem přesnější možnosti měření složení těla (hydrodensitometrie, DEXA, CT pletysmografie, NMR a další) samozřejmě přesahují rámec možností běžné ordinace praktika či internisty. Antropometrické měření stanovující obsah tuku změřením 10 či 4 kožních řas (dle Pařížkové či dle

Durnina, Wommersley) kaliperem se používá méně a je závislé na zkušenosti vyšetřujícího.

V somatickém vyšetření nezapomínáme samozřejmě na štítnou žlázu, přítomnost strií, hirsutizmu, intertriga, mykóz, acanthosis nigricans, kýl, varixů a lymfedému.

Laboratorní vyšetření u obezity, kde neuvažujeme o sekundární etiologii, se nijak neliší od běžného interního vyšetření neobézního pacienta (5, 7).

Klasifikace obezity

Přes různé výhady je index tělesné hmotnosti BMI (potřebujeme výškoměr a váhu nejlépe do 200 kg) stále nejjednodušším ukazatelem pro ambulantní sledování pacienta (tabulka 1), v diagnóze by neměl chybět obvod pasu (páskový metr) a určení, zda jde o typ centrální nebo gynoidní. Navíc můžeme ve spolupráci s obezitologem přidat i celkové složení těla (obrázek 2) a v centimetrech vrstvu viscerálního tuku (ultrazvuk). Těchto několik ukazatelů zcela postačuje k vstupnímu ambulantnímu vyšetření i dalšímu sledování pacienta.

Léčba obezity

Vychází z komplexního přístupu, tedy diety, pohybového režimu, behaviorálního přístupu, farmakoterapie a v ambulanci obezitologů i přípravy pacienta k bariatrickému výkonu.

1. Základem **dietních opatření** je snížení energetického příjmu o 1500–2000 kJ/den. Příprava takového jídelníčku potřebuje výpočet dosavadního příjmu energie, což může být u praktického lékaře, který nemá dietní sestru, problémem. V praxi se ukazuje jednodušší stanovit pacientovi přímo jídelníček (nám se osvědčil mezi 4–6000 kJ/den) a využít k tomu v současné době naprosto vyhovující a velmi názorné tabulky společnosti STOB (www.stob.cz). Jsou jednoduché, obsahují veškeré informace o jednotlivých potravinách a mezi pacienty jsou velmi oblíbené. Ambulantně nedoporučujeme dlouhodobě diety o energetickém obsahu pod 4000 kJ, jednoznačně pak odmítáme hladovění (hladovka není

Tabulka 1. Klasifikace dle BMI

BMI kg/m ²	WHO kategorie	zdravotní rizika
< 18,5	podváha	malnutrice, anorexie
18,5–24,9	„normální“	minimální
25,0–29,9	nadváha	zvýšená
30,0–34,9	obezita I. st.	středně vysoká
35,0–39,9	obezita II. st.	vysoká
≥ 40,0	obezita III. st.	velmi vysoká

Obrázek 2. Přístroj InBody 230 (analýzátor složení těla) využívající bioelektrické impedance (BIA) pomocí 4 elektrod současně na horní i dolní končetiny



Obrázek 1. Obvod pasu – ukazatel KV rizika



Tabulka 2. Indikace podání sibutraminu

Komu:	obezita (nadváha) + T2DM, hypertenze, hyperlipidemie
Profil pacienta:	vysoké skóre hladu (imperativní chuť, zejména na sladké), stále „uždibuje“ (nibbling), záchvatovitě přejídání (binge eating syndrom), energeticky úsporný pacient, nebo po předchozí léčbě VLCD
Dávkování:	10–15 mg/den (výhledově snad i 20 mg?), minimálně 3–6 měsíců, maximálně možno až 2 roky

Tabulka 3. Indikace podání orlistatu

Komu:	obezita (nadváha) + T2DM, hypertenze, ICHS, hyperlipidemie, steatóza jater
Profil pacienta:	preferuje vyšší příjem tuků, vyznačuje se úsporným metabolismem (T2DM), omezenou pohybovou aktivitou (osteoartróza), není pro něj typický pocit nadměrného hladu nebo chuti (na sladké), je schopen sám snížit denní příjem energie
Dávkování:	360 mg/den (minimálně 3–6 měsíců, maximálně možno až 4 roky)

řešením problému obezity). Zkušený obezitolog může krátkodobě podat speciální nízkoenergetickou dietu (VLCD – very low calorie diet o energetickém obsahu 2–3 500 kJ/den) (3, 5).

2. Největším problémem v léčbě obezity je nedostatečná **pohybová aktivita**. Často jsme postaveni před otázku, jak začít, když se pacient celý život „nehýbal“. Nejpřirozenějším pohybem je chůze (měkký terén, sportovní obuv), dále pak jízda na kole, rotopedu, plavání a nezapomínáme ani na silová cvičení, která by měla tvořit asi 15 % cvičební jednotky. Doporučujeme používat měřiče tepové frekvence (sport tester) a stanovujeme horní hranici tepu, kterou by pacient neměl překročit. Pohybová aktivita by měla být provozována 5x týdně po dobu minimálně 30 minut, tedy 150 min/týden. Dle trénovanosti pacienta postupně a individuálně prodlužujeme délku tréninkové jednotky na 45–60 minut. Pokud však chceme dosáhnout většího váhového úbytku nebo udržet již dosažený, potřebujeme pohybu věnovat 60 až 90 min/denně (2).

3. Ve **farmakoterapii** obezity využíváme v současnosti dva preparáty, **orlistat** (snižující dostupnost tuků v organizmu) a **sibutramin** (působící na neurotransmitery v CNS). Patří mezi osvědčené a většina praktických lékařů má s nimi již své zkušenosti. Oba mají rozdílný mechanismus účinku a z toho vychází i jejich indikace (tabulka 2, 3). Praktický lékař by dnes neměl mít obavu tyto léky předepsat, jsou „vyzkoušené“ a bezpečné. Nemusí např. nasazení sibutraminu nechat jen na obezitologovi a na druhé straně u orlistatu by měl podrobněji pacientovi vysvětlit nutnost snížení příjmu tuků v jeho stravě (neinformovaný pacient pak může být překvapen příjmem a lék pak vysadí a nevěří mu). Dlouhodobě pak funguje pro oba léky telefonní bezplatná linka, na které přítomny edukované nutriční specialistiky a ty mohou pacientovi dále pomáhat. Dříve používaný fentermin/Adipex ret/ byl ve většině zemí EU stažen z trhu.

V průběhu letošního roku by se měl u nás objevit další lék určený zejména pro pacienty s centrální obezitou a metabolickým syndromem, **rimona-**

bant. Blokádou CB1 receptorů na úrovni hypotalamu je schopen ovlivnit chuť, příjem potravy a pomoci i při odvykání kouření.

Je důležité hned na začátku pacientům zdůraznit, že jejich častá představa (bohužel i představa některých lékařů, zejména ortopedů a chirurgů) snížit hmotnost o „desítky“ kilogramů, je většinou nereálná. Základním cílem u obezity I.–II. stupně je redukce hmotnosti o 5–10 %, u obezity III. stupně o 20 % původní hmotnosti. Tento cíl je mnohem reálnější a zdravotní přínos je zcela dostačující.

4. **Chirurgická léčba** obezity je neefektivnější metoda její léčby vůbec. V České republice máme větší zkušenost s bandáží žaludku. Obezitolog by měl být spojovacím článkem mezi pacientem a chirurgem. Ve většině případů jde o pacienty s komplikovanou obezitou II., a zejména pak III. stupně. Vlastní bariatrický výkon vyžaduje pečlivou interní předoperační přípravu, která zahrnuje podrobné biochemické vyšetření, rtg nitrohrudních orgánů a gastroduodena, gastroduodenoskopii, EKG, břišní ultrasonografii, funkční vyšetření plic a psychologické vyšetření (4). Samotný pacient si může najít většinu informací o tomto výkonu na internetu (např. www.bandingklub.cz) a udělat si tak reálnou představu o vlastním výkonu a před a pooperační péči. Tento zdroj objektivních informací je nesmírně důležitý, zejména žijeme-li v době mocného tlaku masmédií, kterými jsme téměř denně zahlcováni informacemi o různých zázračných metodách hubnutí.

Závěr

Léčba obezity dnes vyžaduje zapojení většího počtu lékařů. Vedle specializovaných ambulancí obezitologů to mohou být právě praktičtí lékaři (a internisté), kteří by se měli tomuto problému více věnovat. Ve svých ambulancích řeší denně pacienty s řadou komorbidit (hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, hyperlipidemie a další). Při jejich léčbě často nevěnují pozornost obezitě, která může být i jedním z klíčů k řešení ostatních problémů.

Vyžaduje to však od nich více času, vůle, motivaci, dostatek empatie a také moderního pohledu na tuto chorobu. Na druhé straně vím, že je dnes praktický lékař zavalen nadměrnou administrativní činností a často pak již nemá tu vůli, ani čas či motivaci. Každý z nás, kdo léčí obezitu, zažil však v praxi situaci, kdy pacient, redukoval např. 20 kg, a může tak podstoupit operaci kyčelního kloubu nebo srdce. Obě operace byly do té doby ortopedem či kardiologem pro nadměrnou hmotnost kontraindikovány. Pak si uvědomíme, že léčba obezity má své opodstatnění a důležité místo mezi ostatními chorobami interní medicíny a může nám přinášet i další radost z práce.

Převzato z Interní Med. 2007; 2: 59–62.

MUDr. Robin Urbánek
Obezitologické centrum ORMIGA
Kotěrova 5546 Zlín, 760 01
e-mail: robin@cmail.cz

Literatura

1. Armellini F, Zamboni M. The contribution of sonography to the measurement of intraabdominal fat. J. Clin. Ultrasound, 1990; 18: 563–567.
2. Baak MA, Saris WHM. Exercise and obesity, 363–379 in Kopelman PG, Caterson ID, Clinical Obesity in adults and children, Second edition, 2006.
3. Francin J, Summerbell C. Dietary management of obesity: eating plans, 327–349 in Kopelman PG, Caterson ID, Clinical obesity in adults and children, Second edition, 2006.
4. Fried M. Moderní chirurgické metody léčby obezity, 2005; 22–25.
5. Kopelman PG, Caterson ID. Clinical obesity in adults and children, Second edition, 2006; 319–326.
6. Kunešová M, Hainer V. Životní styl a obezita v ČR, 2006. STEM/MARK a.s.
7. Kunešová M. Vyšetření v obezitologii 153–171 in Základy klinické obezitologie, Hainer a spol., 2004.
8. Seidell JC. Epidemiology-definition and classification of obesity, 3–10 in Kopelman PG, Caterson ID, Clinical Obesity in adults and children, Second edition, 2006.