

Prof. dr Dušan Avramović¹,
prim. dr Mirjana Lapčević²,
prof. dr Jagoda Jorga³

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

² Dom Zdravlja „Voždovac“

³ Institut za higijenu i medicinsku ekologiju

Pristup lečenju gojaznosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Uvod

Na osnovu procene Svetske zdravstvene organizacije (SZO), hronična nezarazna oboljenja (HNO) koja bi mogla da se preveniraju, odgovorna su za više od 40% smrtnih ishoda u zemljama u razvoju i 75% u industrijski razvijenim zemljama sveta. Najveći broj ljudi umire od bolesti cirkulatornog sistema, malignih tumora, hronične opstruktivne bolesti pluća (HOBP)¹. U zapadnoj Evropi kardiovaskularni mortalitet iznosi 40% ukupnog mortaliteta², sa sličnom stopom (41%) zabeleženom i u Americi³. Podaci za centralnu Srbiju kažu da više od polovine svih umrlih pre vremena završava svoj životni vek zbog stila života⁴. Sva dosadašnja istraživanja su pokazala da nepravilna ishrana doprinosi pojavljivanju većine HNO, tako što pre svega utiče na stanja i oboljenja koja su najznačajniji faktori rizika (FR), kao što su: dislipidemija, hipertenzija, hiperlipidemija i gojaznost.⁵ Rezultati MCS studija pokazuju veliku zastupljenost HNO i FR u Srbiji 1995/6 godine, što se posebno odnosi na gojaznost, hiperlipidemiju, hipertenziju i pušenje cigareta.⁶ Prevalencija gojaznosti u svetu je u stalnom porastu sa tendencijom pojave u mlađem životnom dobu, gde takođe poprima epidemijske razmere.⁷ U maju mesecu ove godine, Skupština SZO (WHO) je usvojila globalnu strategiju ishrane, fizičke aktivnosti i zdravlja⁸ zasnovanu na izveštaju iz 2002. godine⁹, gde je rešavanje problema gojaznosti istaknuto kao prioritet u borbi protiv HNO.¹⁰

Ovaj rad ima za cilj da lekarima ukaže na danas prihvaćene stavove i metode rešavanja problema gojaznosti na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Procena gojaznog pacijenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Definicija gojaznosti

Gojaznost definišemo kao preterano nagomilavanje masti u telu do stepena koji predstavlja jasan faktor rizika po zdravlje. Kako se u svakodnevnoj praksi ne primenjuju metode kojima se direktno meri količina masti u telu, to se kao surogat ovog stanja koristi povećanje težine tela iskazano indeksima uhranjenosti. Svetska zdravstvena organizacija je 1997. godine¹¹ gojaznost uvrstila u bolesti epidemijskog

karaktera, te je u skladu s tim predložila, što je danas široko prihvaćeno, da se u definisanju gojaznosti koristi indeks telesne mase (BMI), poznat i kao Queteletov indeks (QI):

$BMI = TM / TV^2$ (kg/m²), po sledećim kriterijumima:

Tabela 1. Klasifikacija stepena gojaznosti po preporuci SZO

0 stepen	Normalna uhranjenost	BMI 18,50 – 24,99
I stepen povećanja telesne mase	Predgojaznost	BMI 25,00 – 29,99
II stepen povećanja telesne mase	Gojaznost	BMI 30,00 – 39,99
II a		BMI 30,00 – 34,99
II b		BMI 35,00 – 39,99
III stepen povećanja telesne mase	Masivna gojaznost	BMI > 40

Izvor: WHO, 1997.

Pored toga što je gojaznost bolest sama po sebi, danas je neosporno dokazana direktna povezanost gojaznosti sa mnogim hroničnim oboljenjima, kao što su oboljenja kardiovaskularnog sistema, dijabetes melitusa tip 2, arterijske hipertenzije, dislipidemija, hronične bolesti pluća, osteoartritisa, povećane smrtnosti, hiperholesterolemije, nekih malignih oboljenja.^{12,13,14} Nisu samo mortalitet i povećan rizik od komorbiditeta problemi vezani za gojaznost, ovaj poremećaj izuzetno često prati i mnogo niži kvalitet života, gde su gojazne osobe često izvrnute ruganju, predrasudama i socijalnoj izolaciji, kao i diskriminaciji prilikom zaposlenja i smanjenoj zaradi.¹⁵

Minimum dijagnostike gojaznosti i komorbiditeta

Anamneza – lična i porodična

Fizički pregled

- telesna masa
- telesna visina
- obim struka
- krvni pritisak meren odgovarajućom manžetom

Laboratorijske analize

- fizičko-hemijski pregled urina
- glikemija (natašte i 2 sata posle jela)
- AST, ALT, gama-GT
- ukupni holesterol, trigliceridi, HDL, LDL-holesterol, indeks ateroskleroze
- TSH

Ciljevi u lečenju gojaznosti

Cilj lečenja gojaznosti je pre svega redukcija prekomerne telesne mase, ali i održavanje postignutnog terapijskog efekta, uz istovremeno sprečavanje ponovnog dobitka u telesnoj masi. Istovremeno, primarnim ciljem očekuju se i povoljni efekti na već postojeće faktore rizika i komorbiditete. Krajnji efekat lečenja treba da bude poboljšanje kvaliteta života bolesnika.

Tabela 2. Ciljevi mera za redukciju telesne mase

Restrikcija dobijanja u težini	< 5 kg	Tokom odraslog doba (posle 25 godine)
Gubitak težine		
Uspešna terapija	5–15 kg	3–6 meseci
U specijalizovanim centrima	> 20 kg	Za 6 meseci
Održavanje težine i sprečavanje relapsa	< 3 kg	Za 2 godine

Lečenje gojaznog pacijenta

Gojaznost je hronična bolest s tendencijom naizmeničnog smenjivanja poboljšanja i pogoršanja, što zahteva spremnost bolesnika na dugotrajan napor i dosledno pridržavanje tretmana. Terapijski pristup podrazumeva primenu odgovarajućih mera od kojih su nam na raspolaganju:

- Dijetetski režim ishrane
- Programirana fizička aktivnost
- Bihevioralna terapija
- Medikamentno lečenje

Za smanjenje telesne težine centralnu ulogu ima redukcija dnevnog energetskeg unosa, kao i povećana potrošnja energije. Za održanje niže telesne težine, najvažniju ulogu ima kontinuitet u povećanoj potrošnji energije i dobro energetski izbalansirani dnevni obrok.¹⁶ U kliničkoj praksi najčešće se kombinuju dva ili više pristupa, s tim što se farmakoterapija uključuje nakon primene dijetetskih mera u trajanju od najmanje tri meseca. Doktor opšte medicine se nalazi u posebnoj poziciji da koordinira i kombinuje napore u vezi s racionalnom ishranom i fizičkom aktivnošću, a ukoliko primeni lek, terapija mora da traje najmanje tri meseca.¹⁷ Svega 21% gojaznih uspeva da se dvanaest meseci u svemu pridržava takve terapije, od toga 93% postigne očekivani gubitak telesne težine.¹⁸ Uspeh u radu opšte medicine se može značajno poboljšati striktnom primenom uputstava za primenu medikamenata (tabela 3). Rezultati dvogodišnje dvostrukoslepe i placebo kontrolisane studije, prvi put sprovedene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pokazali su superiornost racionalne ishrane plus farmakoterapije orlistatom, u poređenju samo s dijetalnim režimom.^{19,20}

Tabela 3. Očekivan gubitak telesne mase tokom jednogodišnje primene Xenicala

Indikacije za farmakoterapiju	Svi pacijenti	Responder po uputstvima Evropske Unije	Responder po preskripciji u Velikoj Britaniji
Pacijenti koji nisu uspeli		≥ 2,5 kg za 4 nedelje	≥ 2,5 kg za 4 nedelje
drugim merama u 3 meseca		≥ 5% za 3 meseca	≥ 5% za 3 meseca
da izgube ili održe gubitak od 10% TM			≥ 10% za 6 meseci
Ukupan gubitak za 1 godinu	10,2 %	15,7 %	18,6 %

Indikacije za farmakoterapiju:

- BMI > 30 kg /m²
- BMI = 28 kg /m² udruženi sa nekim od komorbiditeta (hipertenzija, koronarna bolest, dislipidemija, dijabetes tip 2, *sleep apnea syndrome*)
- Obim struka > 102 cm (muškarci) ili 88 cm (žene)
- Bolesnici sa visokim apsolutnim rizikom

Kombinovani pristup se danas koristi u obliku različitih programa za redukciju težine, koji su često razvijeni i kao deo terapije koji prati primenu medikamenta, kao što je kod nas slučaj sa **XeniLine programom**, u okviru kojih je lekarima dostupan niz edukativnih brošura koje imaju za cilj da olakšaju rad sa gojaznim pacijentima. Pored toga, otvoren je i Pozivni centar gde pacijenti koji se uključe i koji to žele mogu i telefonom da postavljaju pitanja i dobiju niz odgovora od strane lekara koji rade samo na tim problemima. Uključenje u program se vrši popunjavanjem registracione kartice od strane pacijenta ili lekara opšte medicine. Uključenje u program je besplatno.

Cilj XeniLine programa (Programa regulacije telesne težine) je da se pomogne bolesnicima da kroz promenu načina ishrane i stila života i primenu farmakoterapije, ostvare i održe gubitak u težini i poboljšaju opšte zdravlje.

Smanjenje težine sa Xenicalom može biti dvostruko veće u poređenju sa samo zdravom ishranom, u proseku od 10–15 kg u toku 6–12 meseci.^{21,22} Svakodnevno su gojaznim bolesnicima na raspolaganju dva lekara koji održavaju komunikaciju sa njima i pružaju im dodatnu podršku, koja je za dugoročno i uspešno lečenje gojaznog bolesnika toliko potrebna. Ova podrška jednako je važna i bolesniku i izabranom lekaru. Bolesnici su na ovaj način ohrabreni da budu u stalnom kontaktu sa svojim lekarom. Posle 4 meseca terapije Xenicalom, pokazalo se da bolesnici koji nastavili sa Programom gube dva puta više kilograma nego bolesnici koji nisu nastavili sa programom podrške (8,5 kg prema 4 kg).²³

Medikamentno lečenje omogućuje da se lakše prihvati način ishrane uz restrikciju masti. Maksimalno smanjenje telesne mase očekuje se kroz 6–9 meseci korišćenja leka.

Pored toga što primena ovih mera dovodi do klinički značajnog gubitka u težini, uočavaju se veoma pozitivni efekti na pridružena oboljenja: hipertenzija se znatno lakše reguliše kod smanjenja telesne mase, smanjuje se glikemija kod dijabetičara i lipidi kod dislipidemije. Sličan efekat se zapaža i kod korišćenja lekova za hipertenziju, dislipidemiju i dijabetes. Budući da su oboleli od diabetes melitusa tip 2 najčešće gojazni, a da antidijabetici (derivati sulfonilureje) povećavaju apetit zbog hiperinsulinemije i doprinose daljem razvoju gojaznosti, upotrebom orlistata postižu se značajno bolji rezultati regulacije telesne težine i metaboličke kontrole.^{24,25}

Iskustvo pokazuje da je održavanje postignute željene telesne težine značajno lakše ukoliko je terapija gojaznosti bila postepena u dužem periodu i podržana farmakoterapijom. Posebno treba istaći značaj porodične terapije gojaznosti, jer je podrška u porodici najjači stimulans da se istraje. Izabrani lekar kontinuirano koordinira između bolesnika i porodice i pruža podršku bolesniku da prihvati i održava novoizgrađeni zdrav životni stil. Naravno, imajući u vidu oskudicu vremena u radu, podrška Programa regulacije telesne težine je od velikog značaja i za bolesnika i za ordinirajućeg lekara.

.....

Literatura

1. World Health Statistics Annual: World Health Organization, Geneva 1999.
2. Sans S. et al. *The burden of cardiovascular diseases in Europe*. Eur Heart J. 1997;18:1231-48.
3. American Heart Association, 2000 Heart and Stroke Statistical Update. American Heart Association, Dallas, Texas, 1999.
4. Konstantinović D, Žigić D. *Multicentrična studija prevalence faktora rizika i hroničnih oboljenja (MCS)*. Opšta medicina SLD. Beograd, 1996;2(2-3):83-127.
5. Gurney M., Garstein J. *The global prevalence of obesity – an initial overview of available data*. WHO statistics, 1988; 41:251-254.
6. WHO 57.17. 2004. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva 22 May 2004
7. The world health report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
8. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, obesity and health risk. Arch Intern Med, 2000; 160:898-904.
9. WHO Consultation on Obesity, Geneva, 1997
10. Jorga J. *Ishrana u dijabetesu tipa 2*. U: Ishrana u prevenciji i lečenju hroničnih masovnih nezaraznih oboljenja. Jorga J. i Gajić I., Beograd 2002; 69-90
11. Colditz G, Willet W, Rotnitzky A, Mason J. *Weight gain as a risk factor for clinical diabetes in women*. Am J Intern Med 1995; 122:481-6
12. Chan J, Stampfer M, Rimm E et al. *Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factor for clinical diabetes in men*. Diabetes Care 1994; 17:961-9
13. Sarlino-Lahteenkrova S, Stunkard A, Rissanen A. *Psychological factors and quality of life in obesity*. Int J Obesity Relat Metab Disord 1995;19 (Suppl 16): S1-S5
14. Koplan JP, Dietz WH. *Caloric imbalance and public health policy*. JAMA 1999; 282:1579-81
15. Lapčević M., Žigić D., Ivanković D. *Gojaznost je faktor rizika i treba je lečiti - orlistat u fokusu*. Opšta medicina, 2001; 7(1-2):45-55.
16. Andersson P. *Importance of patient support programmes in weight management with orlistat*. Abstract presented at Nutrition Week, San Diego, 2002.
17. Davitkov M. *Gojaznost*. U: Žigić D. i sar. Opšta medicina, III izmenjeno i dopunjeno izdanje, Beograd 2000; str. 310-328.
18. Data on file, F Hoffman -La Roche. Pooled Analysis (14119b, 14119c, 14149, 14161, 14185).
19. Product Description Document, F Hoffman -La Roche.
20. Hauptman J., Lucas C., Boldrin N.M., Collins H., Segal R.K. *Orlistat in the Long-term Treatment of Obesity in Primary Care Settings*. Arch Fam Med. 2000; 9(160-167)
21. Caterson I, Hills A. *Improving outcomes in the management of overweight and obesity: the Xenical Weight Management Program*. Australasian journal of general practice, 2001; 1(3)
22. Snider JL, Malone M. *Orlistat Use in Type 2 Diabetes*. The Annals of Pharmacotherapy, 2002;36