

List do Redakcji. Leczenie nadwagi i otyłości w czasie pandemii i po jej zakończeniu. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy

Letter to Editor. Treatment of overweight and obesity during and after a pandemic. Let's not wait for the development of complications – new guidelines for doctors

Wytyczne opracowane przez Ekspertów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Sekcji Naukowej Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce

Magdalena Olszanecka-Glinianowicz^{1,2}, Dominika Dudek^{3,4}, Krzysztof J. Filipiak^{5,6}, Marek Krzystanek^{7,8}, Leszek Markuszewski^{9,10}, Marek Ruchała^{11,12}, Elżbieta Tomiak^{13,14}

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Katedra Patofizjologii, Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości

² Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii

⁴ Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

⁵ Warszawski Uniwersytet Medyczny, I Katedra i Klinika Kardiologii

⁶ Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego

⁷ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej

⁸ Sekcja Naukowa Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

⁹ Uniwersytet Humanistyczno-Technologiczny w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Ośrodek Chorób Serca i Naczyń, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych

¹⁰ Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne

¹¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych

¹² Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne

¹³ VITA – Zespół Lekarzy Rodzinnych w Otyniu

¹⁴ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Od kilku lat zmienia się podejście do diagnozowania i leczenia otyłości, która coraz częściej uważana jest za chorobę o podłożu psychosomatycznym. Ostatnie miesiące naznaczone pandemią COVID-19 jeszcze dobitniej udowodniły, że skupienie się na leczeniu powikłań otyłości i patrzeć na tę chorobę wyłącznie przez pryzmat jej powikłań nie przynosi zamierzonych efektów [1, 2]. Brak systemu skutecznego leczenia chorych na otyłość doprowadził do tego, że doświadczają oni nierówności w zdrowiu – stanowią przez to grupę bardzo wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia COVID-19 i zgonu nim spowodowanego [3–9]. Obserwowano, że nadwaga u chorych z zakażeniem SARS-CoV-2 powodowała wzrost ryzyka rozwoju ciężkiego zapalenia płuc o 86%, a otyłość o 142% [10].

Obecna sytuacja sprzyja również nowym zachorowaniom na nadwagę i otyłość, ponieważ jedzenie jest jednym z łatwo dostępnych sposobów radzenia sobie ze stresem, a liczba działających stresorów jest duża i obejmuje: adaptację do nowych warunków funkcjonowania; możliwość zakażenia, choroby osób bliskich, zwłaszcza starszych; obawę przed stworzeniem zagrożenia dla innych; niepewną przyszłość w wymiarze zdrowotnym i społecznym; izolację społeczną i narastanie konfliktów rodzinnych; problemy organizacyjne związane ze zdalną pracą i zdalnym nauczaniem; ograniczenia w odreagowywaniu stresu poza domem (obawa przed korzystaniem z klubów fitness, kin, teatrów i innych miejsc rozrywki oraz przed podróżowaniem). Ponadto występuje znaczny deficyt bodźców pozytywnych. Dlatego zwiększa się liczba osób jedzących pod wpływem emocji oraz takich, u których dochodzi do rozwoju lub nasilenia się już istniejących zaburzeń odżywiania (zespół kompulsywnego jedzenia, nałogowe jedzenie, zespół nocnego jedzenia). Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym przyrostowi masy ciała jest zmniejszenie aktywności fizycznej wskutek wprowadzanych ograniczeń i kwarantanny oraz brak motywacji do jej podejmowania spowodowany obniżonym nastrojem [1, 2, 11, 12]. W związku z tym w dobie pandemii skuteczne leczenie otyłości stało się jeszcze ważniejsze niż dotychczas. Opracowane wytyczne mają na celu poprawę diagnozowania i leczenia otyłości z uwzględnieniem stosowania technik telemedycyny [1, 2].

Wytyczne ekspertów dotyczące diagnozowania i leczenia nadwagi i otyłości

1. Zarówno medyczne, jak i etyczne spojrzenie wskazuje, że każdy lekarz powinien postrzegać otyłość jako wymagającą leczenia chorobę przewlekłą o złożonym podłożu. Inne podejście odbiera choremu autonomię, możliwość skutecznego i bezpiecznego leczenia oraz doprowadza do nierówności w zdrowiu w tej grupie chorych [1, 2, 13, 14].
2. Wbrew obiegowej opinii otyłość nie jest winą chorego. Obwinianie chorego za to, że jest chory, jest nieetyczne i powoduje niepodejmowanie skutecznego leczenia,

- czego konsekwencją jest postęp choroby, rozwój powikłań otyłości i niepełnosprawności, pogorszenie jakości życia i skrócenie jego długości [1, 2, 13, 14].
3. Chory na otyłość powinien być traktowany przez personel medyczny z szacunkiem. W żadnych okolicznościach dla chorego przebywającego w ośrodku medycznym jego otyłość nie powinna stać się źródłem wstydu i samoobwiniania. W rozmowie z chorym lekarz powinien używać odpowiedniego medycznego słownictwa, wykazywać w stosunku do niego empatię i udzielać adekwatnych do jego sytuacji porad, a także wdrażać wszystkie możliwe do zastosowania procedury terapeutyczne, w tym farmakoterapię i psychoterapię [1, 2].
 4. Standardem w podejściu do chorych na otyłość powinna być zasada opieki skoncentrowanej na osobie [1, 2, 13, 14].
 5. W diagnozowaniu nadwagi i otyłości rekomendujemy stosowanie kryteriów diagnostycznych zaproponowanych w 2016 roku przez Amerykańskie Towarzystwa Endokrynologiczne. Pozwalają one na wcześniejsze rozpoznanie otyłości niż dotychczas stosowane kryteria WHO z 1998 roku. Wcześniejsze rozpoznanie i leczenie może pomóc w zapobieganiu rozwojowi powikłań oraz wpłynąć na poprawę stanu zdrowia [1, 2].

Na podstawie nowych kryteriów rozpoznaje się:

- nadwagę stopnia 0 – BMI 25,0–29,9 kg/m² i brak takich powikłań, jak: stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, choroba sercowo-naczyniowa, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, zespół policystycznych jajników, zaburzenia płodności u kobiet, hipogonadyzm u mężczyzn, astma, zespół bezdechu sennego, zespół hipowentylacji, refluks żołądkowo-przełykowy, wysiłkowe nietrzymanie moczu, choroba zwyrodnieniowa stawów, depresja,
 - otyłość stopnia 0 – BMI ≥ 30 kg/m² i brak wyżej wymienionych powikłań,
 - otyłość I stopnia – BMI ≥ 25 kg/m² i co najmniej 1 powikłanie o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym,
 - otyłość II stopnia – BMI ≥ 25 kg/m² i co najmniej 1 powikłanie o ciężkim nasileniu [16].
1. Większość niepowodzeń w leczeniu otyłości jest wynikiem mylnego podejścia, wedle którego właściwa edukacja żywieniowa i silna wola pacjentów wystarczą do uzyskania efektu terapeutycznego. Brak wiedzy i zrozumienia roli emocji w poborze pokarmu oraz tego, że zaburzone wydzielanie neuroprzekaźników w układzie nagrody powoduje, że chory „chce, ale nie potrafi”, jest przyczyną braku efektów terapeutycznych i frustracji zarówno lekarza, jak i chorego, przez co i lekarze, i pacjenci zniechęcają się do podejmowania leczenia [1, 2].
 2. Rekomendujemy, żeby farmakoterapię proponować każdemu choremu na nadwagę lub otyłość rozpoznane na podstawie kryteriów Amerykańskich Towarzystw Endokrynologicznych, jeżeli nie ma przeciwwskazań do jej stosowania. W każdym przypadku wystąpienia powikłań spowodowanych nadmiarem tłuszczu w organizmie, w leczeniu których leczeniem przyczynowym jest uzyskanie redukcji masy

- ciała, oraz w każdym przypadku jedzenia pod wpływem emocji lub obniżonego nastroju, zwłaszcza jeżeli towarzyszy mu obniżona samoocena, należy rozważyć jednocześnie wdrożenie zaleceń zmiany stylu życia oraz farmakoterapii [1, 2, 16].
3. Leki zmniejszające pobór pokarmu wywierają działanie farmakologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym, ponieważ tam są zlokalizowane ośrodki odpowiedzialne za odczuwanie sytości, głodu (podwzgórze) i apetytu (układ nagrody). Nie stanowi to jednak wystarczającego uzasadnienia tego, aby leki zarejestrowane do wspomagania leczenia otyłości mogły być ordynowane wyłącznie przez lekarza psychiatrę, ani tym bardziej tego, aby diagnostykę zaburzeń odżywiania mógł podejmować tylko lekarz tej specjalności [1, 2].
 4. Przyczynowe leczenie otyłości jest podstawą skutecznego leczenia jej powikłań. Należy odrzucić archaiczny pogląd, że przy doborze farmakoterapii powinno się w pierwszej kolejności rozpatrywać powikłania otyłości, a nie jej przyczyny. Efektem takiego podejścia są niepowodzenia w leczeniu otyłości. Aktualna wiedza wskazuje, że w doborze farmakoterapii powikłań należy brać pod uwagę otyłość jako przyczynę, a w doborze farmakoterapii otyłości – czynniki powodujące dodatni bilans energetyczny, w tym przede wszystkim jedzenie pod wpływem emocji. Opierając się na wynikach badań dotyczących etiologii choroby, skuteczności i bezpieczeństwa, rekomendujemy następujące kryteria doboru farmakoterapii:
 - A. Ze względu na mechanizm działania, skuteczność i bezpieczeństwo lekiem rozpatrywanym jako lek I rzutu powinien być preparat złożony, zawierający naltrekson
 - B. i bupropion (Mysimba).
 - C. Liraglutyd w dawce 3 mg (Saxenda) powinien być brany pod uwagę jako lek II rzutu, gdy zostaną wykluczone jedzenie pod wpływem emocji i/lub obniżony nastrój lub istnieją trwałe przeciwwskazania do zastosowania leku I rzutu.
 - D. Stosowanie politerapii z zastosowaniem produktu złożonego z bupropionu i naltreksonu oraz liraglutylu należy rozważyć u pacjentów z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej ze współistniejącym jedzeniem pod wpływem emocji [1, 2].
 1. Zaleca się rozważenie przewlekłego stosowania farmakoterapii ze względu na przewlekły charakter choroby [1, 2, 16].
 2. Telemedycyna polegająca na korzystaniu z aplikacji medycznych jest nową formą wspomagania terapii behawioralnej i farmakologicznej. Aplikacje te mogą wspomagać lekarza zarówno w procesie diagnostycznym, jak i w podejmowaniu decyzji terapeutycznej oraz zwiększać adherencję terapeutyczną. Telewizyty lekarza z pacjentem powinny mieć charakter wideowizyt umożliwiających nawiązanie kontaktu wzrokowego, ocenę mimiki i pantomimiki pacjenta oraz nawiązywanie kontaktu i relacji terapeutycznej [1, 2].
 3. Pełna wersja wytycznych jest dostępna na stronie czasopisma „Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery” wydawanego przez Termedię oraz czasopisma „Arterial Hypertension” wydawanego przez Viamedica [1, 2]. Do wytycznych dołączono również algorytm diagnostyczno-terapeutyczny.

Piśmiennictwo

1. Olszanecka-Glinianowicz M, Dudek D, Filipiak KJ, Krzystanek M, Markuszewski L, Ruchała M i wsp. *Treatment of overweight and obesity during and after a pandemic. Let's not wait for the development of complications – new guidelines for doctors*. Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery 2020; 2(7): 1–13.
2. Olszanecka-Glinianowicz M, Dudek D, Filipiak KJ, Krzystanek M, Markuszewski L, Ruchała M i wsp. *Treatment of overweight and obesity during and after a pandemic. Let's not wait for the development of complications – new guidelines for doctors*. Arterial Hypertension 2020; 24(3): 93–105.
3. Zheng KI, Gao F, Wang XB, Sun QF, Pan KH, Wang TY i wsp. *Letter to the Editor: Obesity as a risk factor for greater severity of COVID-19 in patients with metabolic associated fatty liver disease*. Metabolism 2020; 108: 154244.
4. Muscogiuri G, Pugliese G, Barrea L, Savastano S, Colao A. *Commentary: Obesity: The “Achilles heel” for COVID-19?* Metabolism 2020; 108: 154251.
5. Moriconi D, Masi S, Rebelos E, Viridis A, Manca ML, De Marco S i wsp. *Obesity prolongs the hospital stay in patients affected by COVID-19, and may impact on SARS-COV-2 shedding*. Obes. Res. Clin. Pract. 2020; 14(3): 205–209.
6. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y i wsp. *Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: Prospective cohort study*. BMJ 2020; 369: m1966.
7. Chao JY, Derespina KR, Herold BC, Goldman DL, Aldrich M, Weingarten J i wsp. *Clinical characteristics and outcomes of hospitalized and critically ill children and adolescents with coronavirus disease 2019 (COVID-19) at a Tertiary Care Medical Center in New York City*. J. Pediatr. 2020; 223: 14–19.e2.
8. Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB, Ludwig DS. *Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19*. Nat. Rev. Endocrinol. 2020; 16(7): 341–342.
9. Ryan DH, Ravussin E, Heymsfield S. *COVID 19 and the patient with obesity – the editors speak out*. Obesity (Silver Spring) 2020; 28(5): 847.
10. Tamara A, Tahapary DL. *Obesity as a predictor for a poor prognosis of COVID-19: A systematic review*. Diabetes Metab. Syndr. 2020; 14(4): 655–659.
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N i wsp. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*. Lancet 2020; 395(10227): 912–920.
12. Nicholls W, Devonport TJ, Blake M. *The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder*. Obes. Rev. 2016; 17(1): 30–42.
13. Olszanecka-Glinianowicz M, Markuszewski L. *Organizacja opieki zdrowotnej nad chorymi na otyłość i zagadnienia etyczne*. W: Olszanecka-Glinianowicz M red. *Obesitologia kliniczna*. Med. Prakt. 2020 (w druku).
14. Craig H, le Roux C, Keogh F, Finucane FM. *How ethical is our current delivery of care to patients with severe and complicated obesity?* Obes. Surg. 2018; 28(7): 2078–2082.
15. ACOG Committee Opinion No. 763: Ethical considerations for the care of patients with obesity. Obstet. Gynecol. 2019; 133(1): e90–e96.
16. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM i wsp.; Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. *Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines*. American Association of Clinical Endocrinologist and American

College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. Endocr. Pract. 2016; 22(Suppl 3): 1–203.

Adres: Magdalena Olszanecka-Glinianowicz
Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości
Katedra Patofizjologii, SUM w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 18
e-mail: molszanecka@sum.edu.pl

Otrzymano: 25.08.2020

Otrzymano po poprawie: 19.11.2020

Przyjęto do druku: 22.11.2020