

Dr. Tassaly János

Serdülőkor obezitása és kezelése egy valós eset kapcsán

Bevezetés

A gyermekek elhízása világszerte, mely emelkedő tendenciájú és komoly károsító következményekkel jár a gyermekpopuláció egészségi állapotára.

A gyermekek elhízásának prevalenciája Magyarországon a 10 éves korú fiúknál 20,5%, a lányoknál 13,9%, viszont ez az arány 15 éves életkorú fiúknál az 15,1%-ra csökken, a hasonló korú lányok esetében pedig 17,9%-ra növekszik.¹ Elhízás vagy obezitás a szervezet zsírtartalmának túlzott mértékű felhalmozódását jelenti. Tradicionálisan obezitásról beszélünk, ha az ideális testsúly (testmagasság cm-100), 30%-kal haladja meg a mért testsúlyt.² Napjainkban az obezitás meghatározása az elhízott test standardizált mérését is feltételezi, amely egyszerű és kényelmes antropometriai eljárásokkal történik, mint a bőr ránc vastagság, derék/csipő körfogat, testsúly és testmagasság mérése. A mért paraméterekből származtatható a testtömeg index (body mass index = BMI) a testsúly és testmagasság négyzetének hányadosa (kg/m^2).³ A testtömeg index elfogadott és elkülönítő értékei, 25-30 kg/m^2 – a túlsúly és az elhízás tekintetében, felnőtteknél.

Gyermekeknél a túlsúlyt és testmagasságot az életkorhoz viszonyítva értékeljük. A testtömeg index a növekedés és fejlődés miatt pontatlan lehet, ennek következtében életkorfüggő BMI-t használunk.^{4,5} Obez gyermekeknél mérjük a testzsír tömegét is bioelektromos impedancia méréssel.

Az elhízás oka egyrészt a szervezet által felhasznált energia kevesebb lehet az elfogyasztott energiához viszonyítva, másrésztől magába foglalja a testtömeg és testzsír szabályozását.

Az elhízás meghatározói:

– genetikai tényezők: szerepét iker, család, örökbefogadási tanulmányok igazolták. Abban a családban, ahol mindkét szülő túlsúlyos, a gyermek megközelítően 80% eséllyel elhízott lesz.⁶ A genetikai tényezők a testtömeg változásainak 33%-áért felelős.⁷

– környezeti tényezők: a szocio-ökonomiai környezet döntő fontosságú. Nagy mennyiségű ételfogyasztás (túltáplálkozás), ülő életmód (szedentarizmus), fizikai aktivitás hiánya mind az elhízás kialakulásának jelentős kockázati faktorai.

– regulációs tényezők (terhességi elhízás)

Gyermekkorban a zsírsejtek és a zsírszövet mennyiségének megnövekedése hajlamosít az obezitás kialakulására. A gyermekkor elhízásának komoly károsító következményei lehetnek a felnőtt kor egészségi állapotára, amely ortopédiai elváltozást, koronária eredetű szívbetegséget, alvási apnoét, epehólyag megbetegedést, valamint policisztás petefészkek-elváltozást okozhatnak.⁸ Az obezitás súlyossága és perzisztenciája prediktív értékű a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásában.⁹

Az obezitás prognózisa rossz, kezelés nélkül progresszióra hajlamos.

Az elhízás hagyományos kezelése étrendi és táplálkozási, hosszú távú szokás változtatását helyezi előtérbe, ami alapvetően más és észszerű, alacsony kalóriatartalmú ételek fogyasztását jelenti. A tradicionális kezelés magába foglalja az életmód megváltoztatását, a fizikai aktivitás fokozását, az ülő életmód csökkentését, amelyek a magatartás- (viselkedés)terápia alap-elemeit alkotják.

Az „agresszív kezelés” az 1000 kcal/nap étrendet, gyógyszeres kezelést és a sebészeti megoldásokat foglalja magába. Gyermekkorban alkalmazásuk, rövid időfutamú (legtovább egy év) lehet. Csak akkor kerülhet szóba, ha a hagyományos súlycsökkentő programok eredménytelennek bizonyultak, és a gyermekek elhízása valószínűsíthetően további károsító szövődményekhez vezetnek az egészségre nézve.¹⁰

Esetismertetés

Zsuzsika 14 éves, 2002. áprilisában jelentkezett édesanyjával a családorvosi rendelőben, azzal a kéréssel, hogy „fogyni szeretnének”. Együtt látva a lányával – jóllehet ismertük a családot – fenotípusban a nagyfokú hasonlatosság volt szembe tűnő (túlsúlyos fenotípusok). A család táplálkozási szo-

kásait feltáró kérdésekre adott válaszokból egy „nagyevő család” kép alakult ki, „este találkozunk, eszünk, amíg étkezünk, jól érezzük magunkat”.

A kislánynál elvégzett antropometriai mérések a következők voltak: 176 cm testmagasság, 105 kg testsúly, a derékkörfogat 110 cm, csípőkörfogat 102 cm, testzsír tömeg 42,1 kg, zsírszövet aránya 40,1% volt. A testtömeg index 33,9 kg/cm^2 , vérnyomása 110/65 Hgmm. A testtömeg index alapján kóros elhízás I. stádiuma volt megállapítható, a komorbiditások kockázat kialakulásának szempontjából esetünk besorolása közepes kockázatúnak bizonyult.

Rizikóstátusz felmérése és értékelése után, mivel kísérőbetegség nem volt kimutatható, magatartásterápiát javasoltam, csökkentett, 1500 kalória tartalmú étrenddel, fokozott fizikai aktivitást (futás, kerékpározás) és a televízió nézésének minimalizálását.

Két hónap után elvégzett kontrollmérések gyakorlatilag változást nem mutattak, csak testsúlya csökkent 1 kg-mal. Kérdésemre, hogy az ajánlott javaslatokat betartotta-e, mosolygott, de nem válaszolt. Az édesanya mindkettőjük számára gyógyszeres kezelést kért.

A gyógyszeres kezelés megkezdése előtt a rizikóstátuszt kiegészítettük a vércukor (6,0 mmol/l), a szérum koleszterin (4,54 mmol/l), a szérum triglicerid (1,16 mmol/l) vizsgálatokkal.

A gyógyszeres kezelésként gasztrointesztinális lipáz gátló, orlistat szedését javasoltam, 120 mg dózisban főétkezések előtt.

A gyógyszeres terápiát követően, negyedik hét végén elvégzett kontrollmérések: 6 kg testsúly csökkenést mutattak, a derékkörfogat 107 cm, testzsír tömeg 37,6 kg, a testzsír arányértéke 38,0%-ra változott. A testtömeg index, 32 kg/m^2 változása kedvező volt.

A posztterápiás kontrollvizsgálaton, a tizenkettedik hét végén elvégzett mérések pozitív eredményeket mutattak: testsúly 95 kg (-10 kg), derékkörfogat 104 cm (-6 cm), csípőkörfogat 98 cm (-4 cm), testzsír tömeg 33,7 kg (-8 kg), zsírszövet aránya 35,7% (-5,4%). A testtömeg index 30,7 kg/m^2 -re csökkent, ez a változása 8,21% javulást jelentett az alapállapothoz viszonyítva.

Dr. Tassaly János
II. Háziorvosi Szolgálat
2534 Tát, Legény u. 2.
e-mail: drtassaly@freemail.hu

Sajnos, ezt követően további terápiás együttműködést és a gyógyszeres kezelést nem vállalták. Szem elől vesztettük őket, és feltételezhető volt, hogy az érendi javaslatokat sem tartják be.

Egy év elteltével (2003. május), Zsuzsika vírusos légúti fertőzés tüneteivel kereste fel rendelőnk, és így alkalom adódott egy újabb antropometriai mérésre, a klinikai és lipid profil vizsgálat elvégzésére.

A táplálkozásra vonatkozó anamnézis ugyanazokat az étkezési szokásokat tárta fel, mint korábban, a kislány ugyan megszerette a mozgást, és gyakrabban kerékpározik, de a televíziót is „kitartóan” nézi. Az első benyomás alapján a „a kislány megerősödött”, testmagassága nem változott, testsúlya 102 kg, derekkörfogat 109 cm, csípőkörfogat 100 cm, BMI 33,3 kg/m², megközelítően a súlykontroll program bevezetési paraméterekkel megegyező mérések.

Vérnyomása 115/70 Hgmm, laboratóriumi értékei: éhgyomri vércukor 5,8 mmol/l, szérumszén-dioxid 4,50 mmol/l, szérumszén-trioxid 1,15 mmol/l lett.

Megbeszélés

Az elhízás az orvosi gyakorlat egyik legnehezebben kezelhető és a legtöbb terápiás kudarccal járó betegsége. Ugyanakkor az obezitás jelentőségéről a lakosság egészségügyi felfogásában csekély a változás. A sikeresség szempontjából a gondos beteg kiválasztás, a folyamatos és szoros orvos-beteg kapcsolat

és megfelelően motivált betegek a legfontosabb tényezők. A hatásos programok a kalóriaszegény étrendet, a magatartás (behavioral) módosítását, az ülő életmód megváltoztatását és a fizikai aktivitás fokozását célozzák. Egyetlen program sem sikeres egy éven túl, amelyik kizárólagosan az energiabevitel korlátozásából állnak. A hangsúly az elért testsúlycsökkenés megtartásán van.

Bemutatott esetünk kudarca a család kudarca is.

A rövidtávon (négy hónap) hasznosnak bizonyult étrendi, életmódbeli viselkedési változtatásokat következetesen megtartani nem tudták. A gyógyszeres terápia hatékonysága vitathatatlan volt esetünkben, biztonságossága igazolást nyert mind alkalmazása idején, mind az egy év után elvégzett kontrollvizsgálaton. A testtömeg index 5% fölértékelése további gyógyszeres kezelést indokolt, de nem történt meg. A legtöbb leánytól a serdülőkorú gyarapodás kritikus időszaknak tekinthető. Önkéntesen próbálkoznak a táplálékbevitel korlátozásával, fokozzák a fizikai aktivitásukat, erőltetett testgyakorlatokat végeznek, esetleg orvosi segítséget kérnek. A korai eredmények elégedetté teszik őket, és abbahagyják az addigi magatartás normáit. Egy sikertelenséget nehezen feldolgozó serdülőkorú elhízott kislánynál, pszichoszociális beilleszkedési zavar várható, miután valószínűen károsodik önbecsülése saját testéről alkotott képe alapján, a szembesülés azzal a helyzettel, hogy teste „túl nagy” környezete és társai méreteihez viszonyítva.

Következtetés

A serdülőkorú elhízás kezelése csak akkor lehet sikeres, ha a magas kalóriatartalmú ételek fogyasztását mennyiségileg korlátozzuk, a korral járó fokozott mozgékonyt aktív fizikai tevékenységgel, sportolással egészítjük ki, az előírt gyógyszer pontos szedését motiváljuk, az elért testsúlycsökkenés megtartását hangsúlyozva hosszú távú súlymegőrzésre buzdítjuk kamasz betegünket.

Irodalomjegyzék:

1. World Health Organisation, *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO/NUT/98,1
2. dr. Pados Gyula: *Az elhízás és kezelése*. 1996,7
3. Garrow JS, Webster J: *Quetelet's index (w/h²) as a measure of fatness*. Int. J. Obes. 1985,9:147-53
4. Cole TJ: *A method for assessing age-standardised weight-for-height in children seen cross-sectionally*. Ann Hum Biol 1979,6,249-68
5. Rolland-Cachera MF, Sempé M, Guillaud-Bataille M et al: *Adiposity indices in children*. Amer J Clin Nutr 1982,36,178-84
6. Whiteker RC et al: *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity*. N Engl. J. Med. 1997,337,869-73
7. *MSD Orvosi kézikönyv*. Melánia 1999,59
8. Must A, Strauss RS: *Risk and consequences of childhood and adolescent obesity*. Int J. Obes Relat Metab Disord 1999,23, (suppl 2), S2-11
9. Seidell JC, *Obesity, insulinresistance and diabetes a worldwide epidemic*. Br.J.Nutr 2000, 83(suppl 1) S5-8
10. Jack A Yanovski: *Aggressive treatment for childhood and adolescent obesity*. Obesity in childhood and adolescence. N Nutrition 2001,41-43

Növekvő eséllyel a szepszis ellen

A szepszis egy komplex szindróma, amelyet nehéz definiálni, diagnosztizálni és kezelni. Az intenzív osztályokon dolgozó szakemberek a szepszist az egyik legtöbb kihívással és nehézséggel járó betegségnek tartják. A betegség világszerte hozzátétőlegesen több mint 1400 életet követel naponta. Nyugat-Európában évente több ember hal meg szepszisben, mint AIDS-ben és vastagbélrákban együttvéve. A betegség előfordulása az elmúlt 10 évben 139%-kal nőtt.

2003. október 25-én öt szakmai kollégium vezetőinek, illetve tagjainak részvételével megalakult a Magyar Szepszis Fórum. A következő szakmai kollégiumok tagjai jelezték csatlakozási szándékukat az újonnan megalakuló társasághoz:

- Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium
- Transzfúziológiai és Haematológiai Szakmai Kollégium
- Infektológiai Szakmai Kollégium
- Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium
- Sebész Szakmai Kollégium

A szervezet a 2002 októberében lezajlott Európai Intenzív Terápiás Társaság (ESICM, European Society of Intensive Care Medicine) kongresszusán elfogadott Barcelonai deklaráció magyarországi megvalósítását tűzte ki céljául. A Magyar Szepszis Fórum legfőbb célja, hogy a szepszis mortalitása öt

éven belül 25%-kal csökkenjen. Mindemellett a Fórum a következő célokat és akciókat kívánja megvalósítani:

Tudatosság – Növelni az egészségügyi dolgozók, alapítványok, a kormány és a közvélemény ismereteit a szepszis gyakoriságával és elfogadhatatlan mortalitásával kapcsolatban.

Diagnózis – Elősegíteni a szepszis korai és pontos diagnózisát azáltal, hogy világos és klinikailag releváns szepszis definíciót határoznak meg, és ezeket képviselik a véleményvezérek felé.

Kezelés – Gyakoribbá tenni a megfelelő kezeléseket és beavatkozásokat alkalmazását azáltal, hogy terjesztik a modern terápiás lehetőségeket és sürgetik időbeni használatukat.

Oktatás – Elősegíteni valamennyi, szepszises eseteket kezelő egészségügyi dolgozó oktatását azáltal, hogy vezetést, támogatást és információt nyújtanak számukra a szepszis kezelésének valamennyi aspektusáról.

Tanácsadás – Keretet nyújtani az intenzív osztályos ellátást követő kezelésnek, felgyorsítani és javítani az átkerülést a nyílt osztályokra, szakszerű tanácsokkal ellátni a szepsziszből gyógyult betegeket.

Hivatkozások – A globális protokollok elkészülte után elismerni az egyértelmű hivatkozási alapot jelentő protokollok jelentőségét, amelyek lokális szinten alkalmazhatóak és elfogadhatóak az országban.