

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej Wojskowego Instytutu
Medycznego Warszawa
Department of the General, Oncological and Vascular Surgery Military Health of the
Service Institute Warsaw Poland

KRZYSZTOF STAROŃ, MAREK MARUSZYŃSKI,
JAKUB MAJ, ZOFIA BASAŁYGA

Obesity poor condition of life

Otyłość - niezdrowy styl życia człowieka

Otyłość jest zaburzeniem homeostazy przemiany energetycznej spowodowanym nadmierną podażą energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu, w wyniku czego dochodzi do zwiększenia magazynowania tego nadmiaru w postaci tkanki tłuszczowej. Charakteryzuje się zwiększeniem masy ciała ponad przyjętą normę, co zależy od zwiększenia ilości tłuszczu w organizmie.

Otyłość narasta na świecie w alarmującym tempie i częściej dotyczy krajów rozwiniętych ekonomicznie co jest spowodowane nadmierną podażą pokarmów głównie tłuszczów oraz zmniejszoną aktywnością ruchową.

Pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zostały przeprowadzone w ciągu ostatnich 10 lat badania WHO MONICA /8/, które dostarczyły informacji o występowaniu na świecie nadwagi i otyłości wśród dorosłych w sześciu regionach świata: Afryka, Ameryka Północna i Południowa, Azja Południowo-Wschodnia, Środkowy Wschód, Europa, Pacyfik Zachodni. Okazało się że od 50% do 75% badanych kobiet ma nadwagę lub otyłość, a wśród mężczyzn, z wyjątkiem Chińczyków, występowanie otyłości lub nadwagi przekracza 50% badanych populacji.

Badania Pol-MONICA przeprowadzone w próbie losowej populacji Warszawy, w wieku 35-64 lat wykazały, że w Polsce nadwaga występuje u 45,2% mężczyzn i 35,1% kobiet, a otyłość u 22,4% mężczyzn i 29% kobiet /9/. W porównaniu do badań starszych o dekadę stwierdzono wzrost częstości występowania otyłości wśród mężczyzn i kobiet, natomiast w przypadku nadwagi stwierdzono mniejsze jej występowanie u obu płci.

Wyróżniamy dwa typy otyłości: otyłość pierwotną i wtórną.

Do przyczyn otyłości pierwotnej zaliczamy: czynniki genetyczne, czynniki fizjologiczne, styl życia, czynniki psychologiczne. Przyczynami otyłości wtórnej mogą być: wady chromosomalne, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, endokrynopatie oraz stosowanie leków.

W zależności od rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie rozróżniamy dwa podstawowe rodzaje otyłości:

1. otyłość udowo-pośladkowa - (typu "gruszka") częściej występująca u kobiet
2. otyłość brzuszna, wisceralna - (typu "jabłko") częściej występująca u mężczyzn oraz u kobiet w wieku postmenopauzalnym.

Najczęściej używanym obecnie wskaźnikiem określającym właściwą masę ciała jest BMI (tzw. Body Mass Index - wskaźnik masy ciała). BMI dobrze oddaje relację pomiędzy masą ciała a wzrostem i jest obliczany w sposób jednakowy dla kobiet i mężczyzn.

Klasyfikacja stopnia otyłości wg WHO (Genewa 3-5.07.1997)

<18,5 Niedowaga
18,5 - 24,9 Waga prawidłowa

25,0 - 29,9 Nadwaga
 30,0 - 34,9 I° otyłości
 35 – 39,9 II° otyłości
 > 40 III° otyłości

Istnieje wiele innych wskaźników oraz metod określania stopnia otyłości; badania antropometryczne, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, metoda dwukwantowej i dwufazowej absorpcji rentgenowskiej, pomiar przewodnictwa elektrycznego organizmu (TOBEC), metody biologicznej impedancji (BIM).

Wraz ze stopniem otyłości wzrasta również zachorowalność na choroby cywilizacyjne takie jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, cukrzyca typu II, nowotwory, zaburzenia oddychania, kamica pęcherzyka żółciowego /3,5/.

Celem tej pracy jest przedstawienie stopnia otyłości w badanych grupach chorych.

MATERIAŁ I METODA

Do badania wybrano grupę 1772 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Naczyniowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie w 2004 roku, których podzielono na grupy:

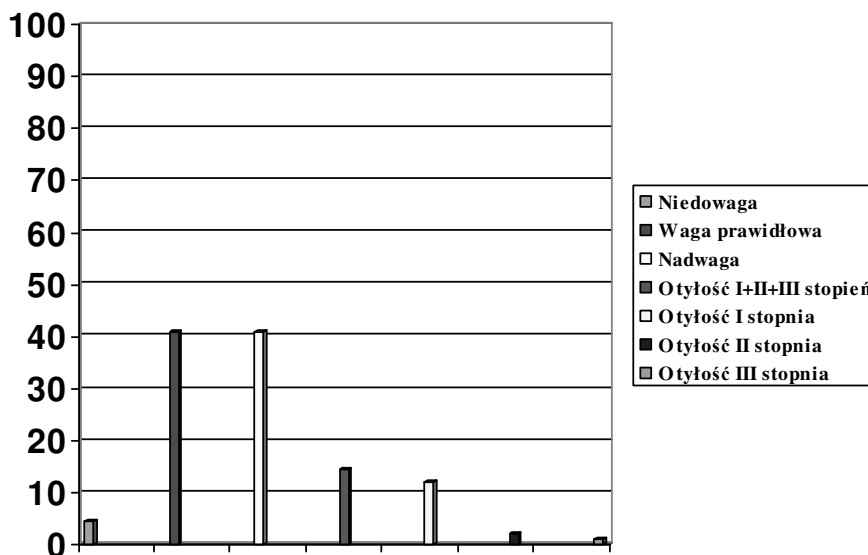
- leczeni z powodu nowotworów
- leczeni z powodu chorób tętnic
- leczeni z powodu zylaków kończyn dolnych
- leczeni z powodu chorób pęcherzyka żółciowego

W każdej grupie u każdego chorego określono stopień otyłości wyliczony wg wzoru:

BMI (Body Mass Index - wskaźnik masy ciała)= masa ciała (w kg) podzielona przez wzrost do kwadratu (w metrach). Wyniki przedstawiono graficznie według klasyfikacji stopnia otyłości wg WHO .

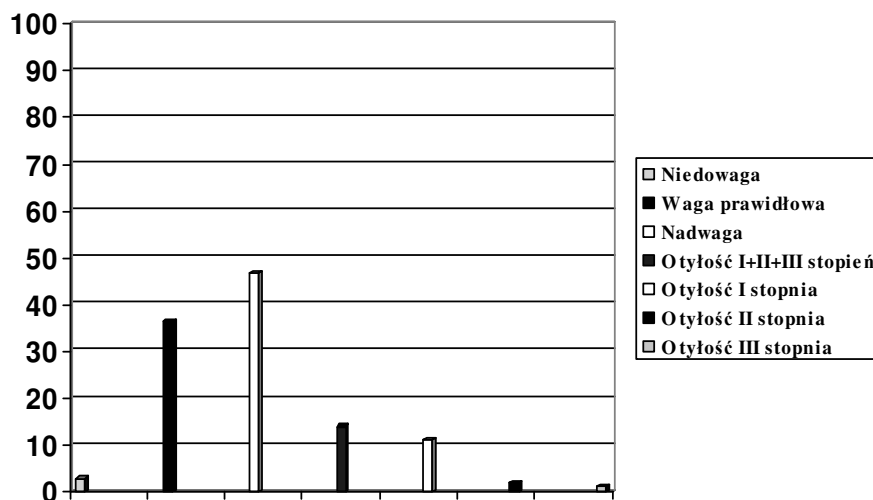
Wyniki.

W grupie chorych leczonych w powodu nowotworów 41% chorych miało prawidłową masę ciała, 41% nadwagę, a 15% otyłość (Tab.1.). Nie było różnic w proporcjach w podziale na płeć, ani w zależności od wieku.



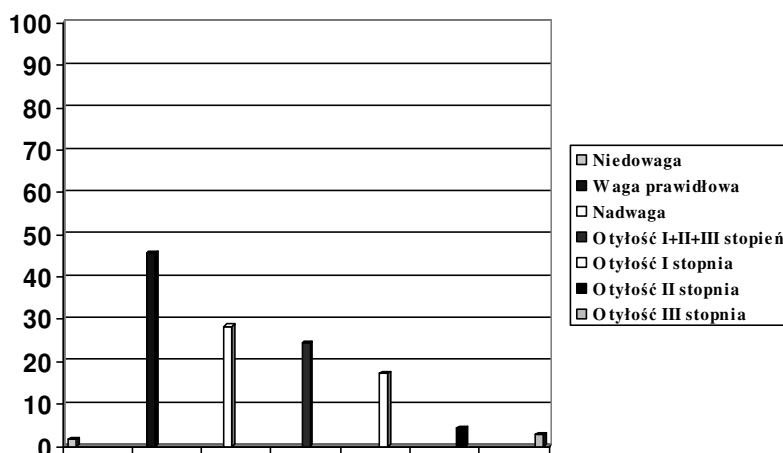
Tab.1. Chorzy (352)leczeni w Klinice z powodu nowotworów

Leczonych z powodu chorób tętnic o prawidłowej masie ciała było 36,5%, z nadwagą 46,7% oraz 14% z otyłością (Tab.2.). Nie było różnic w proporcjach w podziale na płeć, ani w zależności od wieku.



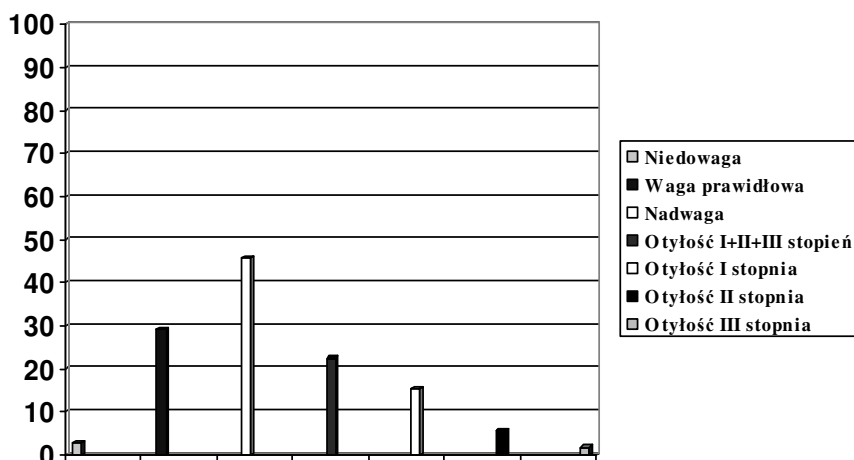
Tab.2. Chorzy (580) leczeni w Klinice z powodu chorób tętnic

W grupie chorych leczonych z powodu żylaków kończyn dolnych 45,6% było o prawidłowej masie ciała, 28,4% z nadwagą, a 24,3% z otyłością. Nie było różnic w proporcjach w podziale na płeć, ani w zależności od wieku.



Tab.3. Chorzy (464) leczeni w Klinice z powodu żylaków kończyn dolnych

Leczonych z powodu chorób pęcherzyka żółciowego o prawidłowej masie ciała było 29,1%, z nadwagą 45,8% oraz 22,4% z otyłością. Nie było różnic w proporcjach w podziale na płeć, ani w zależności od wieku.



Tab.4. Chorzy (288) leczeni w Klinice z powodu chorób pęcherzyka żółciowego

OMÓWIENIE

Otyłość należy do czynników ryzyka w badanych grupach chorych, powoduje duże trudności techniczne podczas leczenia chirurgicznego oraz utrudnia gojenie się ran pooperacyjnych /1,4,6/. Leczenie otyłości polega na umiejętnym połączeniu diety z wysiłkiem fizycznym, a w zaawansowanej otyłości konieczna staje się psychoterapia. Dopiero po leczeniu behawioralnym można wspomagać się leczeniem farmakologicznym a w ostateczności chirurgicznym /2,3/.

WNIOSKI

1. We wszystkich badanych grupach chorych dominowały osoby z nadwagą i otyłością.

PIŚMIENNICTWO

1. Noshiro H, Tanaka M Evaluating obesity before surgery. Ann Surg (United States), Feb 2005, 241(2) p383
2. Zohrabian A The long-term effects and economic consequences of treatments for obesity: work in progress. Lancet (England), Jan 8 2005, 365(9454) p104-5
3. Ness-Abramof R, Nabriski D, Apovian CM Medical therapy for obesity: present and future. Isr Med Assoc J (Israel), Dec 2004, 6(12) p760-5
4. Nagle AP, Prystowsky JB Surgical management of obesity. Clin Obstet Gynecol (United States), Dec 2004, 47(4) p928-41; discussion 980-1
5. Chalk MB Obesity: addressing a multifactorial disease. Case Manager (United States), Nov-Dec 2004, 15(6) p47-9; quiz 50
6. Inge TH, Zeller M, Garcia VF, et al. Surgical approach to adolescent obesity. Adolesc Med Clin (United States), Oct 2004, 15(3) p429-53
7. Mendez-Sanchez N, Chavez-Tapia NC, Uribe M [Gallbladder disease and obesity] Gac Med Mex (Mexico), Jul-Aug 2004, 140 Suppl 2 pS59-66
8. Berglund G [Report on the MONICA project in Umea. A good instruction on the prevention of cardiovascular diseases] Lakartidningen (Sweden), Jul 22 2004, 101(30-31) p2390-1
9. Broda G Isolated Systolic Hypertension Is a Strong Predictor of Cardiovascular and All-Cause Mortality in the Middle-Aged Population: Warsaw Pol-MONICA Follow up Project [Record Supplied By Publisher] (), Oct 2000, 2(5) p305-311

STRESZCZENIE

Praca ta przedstawia badanie, w którym uczestniczyli chorzy leczeni w Klinice Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Naczyniowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. W pracy oceniano stopień otyłości w leczonych grupach chorych.

ABSTRACT

The aim of this study was calculate body mass index in treated patients. The study was performed in 1684 patients treated in department of the General, Oncological and Vascular Surgery Military Health of the Service Institute Warsaw Poland.