

Otyłość olbrzymia u 2,7 letniego chłopca – czy to rzeczywiście problem endokrynologiczny? – opis przypadku

Morbid obesity in the 2.7 years old boy – is it really an endocrine problem? – case report

¹Izabela Droń, ¹Katarzyna Wrzosek, ^{1,2}Maria Klatka, ^{1,2}Witold Kołtątaj

¹Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie, ul. Chodźki 2, ²Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej UM w Lublinie

Adres do korespondencji: Witold Kołtątaj, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Chodźki 2, 20-093 Lublin, tel. +48 81-7185440, e-mail: wk@data.pl

Słowa kluczowe: otyłość olbrzymia, dziecko, błędy żywieniowe, endokrynologia
Key words: morbid obesity, child, feeding mistakes, endocrinology

STRESZCZENIE/ABSTRACT

Problem otyłości już zwyczajowo od lat utożsamiany jest przez pacjentów i lekarzy ze schorzeniami wyłącznie lub niemal wyłącznie endokrynologicznymi. Znajduje to swój wyraz w postawach lekarzy rodzinnych, którzy poradnie i oddziały endokrynologiczne traktują jako te, które są zobowiązane do diagnostyki i leczenia dzieci otyłych. W sytuacji, gdy lawinowo rośnie liczba przypadków otyłości w naszym społeczeństwie, poradnie i oddziały endokrynologiczne (z uwagi na ograniczoną liczbę łóżek, wielkość kontraktów i liczbę zatrudnionych specjalistów) stają się „wąskim gardłem” w procesie diagnostyczno-lecznym otyłych pacjentów. W pracy przedstawiamy opis przypadku chłopca l. 2,7 ($2\frac{8}{12}$) z otyłością olbrzymią (BMI 32,7; nadwaga w stosunku do normy określanej na podstawie wysokości ciała wynosiła 102%), u którego nie stwierdzono zaburzeń funkcji układu endokrynnego, a wywiad obejmujący nawyki żywieniowe w rodzinie oraz fakt, iż dziecko było przymuszane do częstego spożywania dużych objętości bogatoenergetycznych pokarmów i dokarmiane między posiłkami (do 2480 kcal/dobę przy zapotrzebowaniu stosownym do długości ciała, wieku i należytej aktywności ruchowej: 924-1067 kcal), wyjaśniały istotę problemu. Redukcja kaloryczności podawanych pokarmów spowodowała, iż w ciągu zaledwie 3 dni obserwacji masa ciała zmniejszyła się o 1,3 kg, po miesiącu – o 2,5 kg. Endokrynol. Ped. 13/2014;3(48):71-80.

Obesity has been customary, for many years, regarded by patients and doctors as a disease exclusively or almost exclusively endocrine one. This is reflected in the attitudes of family doctors who consider endocrinology departments and clinics as medical facilities obligated to diagnosis and treatment of obesity. While the rapid increment of obesity cases in modern societies become fact, departments and clinic of endocrinology became (due to the limited number of beds in endocrinology wards, medical contracts and the number of employed specialists) a bottleneck in the process of diagnosis and treatment of obese patients. In this paper we present a case of a boy aged 2.7 ($2\frac{8}{12}$) with morbid obesity

(BMI 32.7, overweight as compared to norms determined on the basis of body height was close to +102%), in whom we did not find any disorders of the endocrine system. The medical interview including eating habits in the family and the fact that the child was compelled to frequent consumption of large volumes of rich in calories meals and encouraged to take extra food between meals (up to 2480 kcal/day while his daily caloric needs adequate to his body height, age and activity was close to 924-1067 kcal), explained the essence of the problem. The reducing calories content in served foods had resulted in body weight lowering – in just three days of observation – 1.3 kg, after a month – 2.5 kg. *Pediatr. Endocrinol.* 13/2014;3(48):71-80.

Wstęp

Problem otyłości już zwyczajowo od lat traktowany jest przez wielu lekarzy jako schorzenie wyłącznie lub niemal wyłącznie endokrynologiczne. Znajduje to swój wyraz w postawach lekarzy rodzinnych, którzy poradnie i oddziały endokrynologiczne uważają za placówki predysponowane do diagnostyki i leczenia nadwagi oraz otyłości. Może niejako tłumaczy ich rutyna oraz klasyfikacja ICD-10, w której otyłość, nawet hiperalimentacyjna, jest klasyfikowana jako schorzenie z grupy „zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej” (E66.0), czyli problem przypisany przez NFZ placówkom o profilu endokrynologicznym. W sytuacji, gdy lawinowo rośnie liczba dzieci otyłych, poradnie oraz oddziały endokrynologiczne (z uwagi na ograniczoną liczbę łóżek, wielkość kontraktów i liczbę zatrudnionych specjalistów) stają się wąskim gardłem w procesie diagnostyczno- leczniczym otyłych pacjentów.

W 1997 r. Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnie uznała otyłość za chorobę.

Od roku 1980 liczba otyłych Europejczyków wzrosła niemal trzykrotnie. W badaniu epidemiologicznym Pol-MONICA z 2001 r., obejmującym 40 tys. osób, nadwagę stwierdzono u 44% mężczyzn i 31% kobiet, a otyłość u 28% mężczyzn i 29% kobiet [1]. W badaniu Pol-MONICA Bis (2003), w którym uczestniczyli mieszkańcy Warszawy w wieku 20–74 lat, otyłość stwierdzono u 26% mężczyzn i 24% kobiet [2]. Według raportu GUS *Stan zdrowia ludności w 2009 r.* już pod koniec 2009 r. ponad 61% mężczyzn i 45% kobiet ważyło zbyt dużo (w grupie mężczyzn 45% miało nadwagę, 17% otyłość, w grupie kobiet: 30% miało nadwagę, a 15% cierpiało na otyłość) [3].

Epidemii otyłości u dorosłych towarzyszy szybki wzrost liczby otyłych dzieci i młodzieży. Opierając się na szacunkowych i niepełnych danych, można stwierdzić, iż polskie dzieci znajdują się w czołówce najbardziej otyłych. Z raportu z ponawianych co cztery lata badań prowadzonych w ramach międzynarodowego projektu HBSC (*Health Behaviour School-aged Children*) [4] w 2010 r. szacowano, iż według wartości referencyjnych IOTF (*International Obesity Task Force*) 18,3% dzieci w wieku 11–12 lat miało nadwagę, a 3,4% było otyłych. W przedziale wiekowym 13–14 lat 14,9% miało nadwagę, 3,4% otyłość, a spośród 15–16 latków – 11,6% nadwagę, 2,7% otyłość. Wśród młodzieży 17–18 letniej 10,9% miało nadwagę, a 2,5% otyłość [5].

W raporcie WHO (World Health Organization), dotyczącym stanu zdrowia 11-, 13- i 15-latków z 39 krajów, zarówno Europy jak i Ameryki Północnej, Polska zajęła pierwsze miejsce, jeśli chodzi o odsetek 11-latków uważających się za grube. W tym raporcie podano, iż poczucie nadwagi miało aż 43% badanych dziewcząt i 33% chłopców.

W roku 2013 UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) podała, iż na tle 21 analizowanych krajów europejskich w Polsce zarówno odsetek, jak i tempo przyrostu liczby dzieci z nadwagą są najwyższe (w okresie 2003–2013 liczba dzieci z nadwagą podwoiła się) [6].

Główną przyczyną otyłości u dzieci jak i dorosłych są złe nawyki żywieniowe oraz niska aktywność fizyczna. Problemem są też błędy wychowawcze oraz preferencje wychowawcze i żywieniowe w domu rodzinnym. Nawyki rodzinne, brak dobrych wzorców i wiedzy na temat właściwego żywienia, uleganie reklamom tak zwanej śmieciowej żywności, a wreszcie brak czasu czy lenistwo owocują tym, że wiele młodych, ale otyłych rodziców przekarmia swoje dzieci. Niemowlęta są karmione, aby przestały płakać, szybciej usnęły, dzieci starsze – w nagrodę lub by dały chwilę wytchnienia rodzicom (posiłek + bajka z odtwarzacza DVD; posiłek + gra komputerowa zbyt często zastępują opiekę rodzicielską). W polskiej mentalności słodycze traktuje się jako nagrodę i źródło przyjemności (to ciasteczko, czekolada lub lody, a nie bilet do kina, nowa książka, spacer czy wycieczka stają się nagrodą za dobre oceny w szkole i posłuszeństwo wobec rodziców). Niekiedy objadanie się, zwłaszcza słodyczami, nosi cechy uzależnienia lub nieskutecznej

walki ze stresem. U osób uzależnionych same ćwiczenia i próby stosowania diety nie pomogą (brak efektów lub „efekt jojo”) i wskazana jest pomoc psychologa/ psychoterapeuty.

Wielu rodziców wydaje się nie dostrzegać obecności ewidentnych błędów żywieniowych i wychowawczych, co gorsza lekarze rodzinni rzadko podejmują inicjatywę związaną z analizą zachowania dzieci otyłych oraz udzielaniem instruktażu dietetycznego, mimo że należy to do ich obowiązków wynikających z warunków kontraktu podpisanego z NFZ (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej [7]) i nierzadko kierują otyłe dzieci do poradni/oddziałów endokrynologicznych z sugestią konieczności diagnostyki schorzeń endokrynologicznych, najczęściej – niedoczynności tarczycy.

Kontrowersjom związanym z postawami lekarzy rodzinnych towarzyszą też kontrowersje związane z definicją i diagnostyką otyłości. Najbardziej rozpowszechnionym miernikiem nadwagi i otyłości jest wskaźnik względnej masy ciała (*Body Mass Index, BMI*). Zgodnie z zaleceniami WHO Interpretacja wartości BMI jest następująca [8]:

Niedowaga < 18,5 kg/m²

Normalna masa ciała 18,5 – 24,9 kg/m²

Nadwaga 25 – 29,9 kg/m²

Otyłość I stopnia 30 – 34,9 kg/m²

Otyłość II stopnia 35 – 39,9 kg/m²

Otyłość III stopnia > 40 – 45 kg/m²

Niekiedy spotyka się uzupełnienie powyższej klasyfikacji:

BMI ≥ 35 lub >40 – ciężka otyłość (ang. *severe obesity*)

BMI ≥ 35 lub > 40–44,9 lub > 49.9 – otyłość olbrzymia (ang. *morbid obesity*)

BMI ≥ 45 or >50 – super otyłość (ang. *super obesity*) [9].

Powyższa interpretacja dotyczy tylko osób dorosłych. Przyjmuje się, że dla dzieci graniczne wartości BMI są znacznie niższe i zależą od wieku, płci i dynamiki rozwoju fizycznego. W okresie rozwojowym, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej, wartość diagnostyczną ma pozycja centylowa wartości BMI. Wartość BMI pomiędzy 90 a 97 centylem oznacza nadwagę, powyżej 97 centyla oznacza otyłość [10].

W krajach, w których używa się siatek 2000 CDC BMI Growth Charts [11], opartych na kanałach centylowych zawierających się pomiędzy liniami: 5, 10, 25, 50, 75, 85, 90, i 95 centyla, nadwaga definiowana jest jako BMI równe wartości 85

centyla lub zawierające się w kanale centylowym 85–95, a otyłość – gdy BMI jest równe lub większe od wartości definiowanej przez 95 centyl dla płci i wieku [12]. Jednak taka interpretacja wartości BMI nie pozwala na szczegółową klasyfikację stopnia otyłości. Niekiedy powyższą klasyfikację rozszerza się więc o pojęcie ciężkiej otyłości (ang. *severe obesity*), definiowanej jako BMI ≥120% wartości BMI opisanego przez wartość 95 centyla dla płci i wieku lub BMI ≥35 kg/m² [13–15], co odpowiada otyłości II stopnia w klasyfikacji akceptowanej przez WHO [8].

W praktyce pediatrycznej zwykle preferowane jest posługiwanie się pojęciem nadmiaru masy ciała, liczonego jako różnica pomiędzy aktualną masą ciała a masą należną. Najczęściej za masę należną uważa się masę odczytaną z siatek centylowych w pozycji odpowiadającej pozycji centylowej wysokości ciała dla danej płci i wieku.

W pediatrii otyłość tradycyjnie definiuje się jako masę ciała co najmniej o 20% przekraczającą masę należną (idealną w stosunku do płci, wieku i wysokości). Masa ciała zawierająca się w granicach 120–140% należnej masy ciała (nadwaga 20–40%) upoważnia do rozpoznania niewielkiej otyłości (ang. *mildly obesity*), masa równa 140–200% należnej masy ciała (nadwaga > 40% i < 100%) to umiarkowana otyłość, zaś masa >=200% idealnej (należnej) masy ciała (nadwaga >= 100%) uważana jest za ciężką lub olbrzymią otyłość (ang. *morbid obesity*) [16].

Opis przypadku

Chłopiec S.S. 1. 2,7 (2⁸/₁₂) został przyjęty do Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej UM w Lublinie z rozpoznaniem „otyłość do diagnozy”. W wywiadzie dziecko z CI, PI urodzone przedwcześnie, w 28 hbd. Niedotlenienie w okresie okołoporodowym. Punkcja w skali Apgar 1 min.: -2 p, 5 min.: -5 p, 10 min.: -6 p. Parametry urodzeniowe: masa 910 g, długość ciała 36 cm, obwód głowy 27 cm. Żółtaczka patologiczna, fototerapia 2–4 doba. Brak danych nt. poziomu bilirubiny. Wypisany z oddz. noworodkowego po 5 tygodniach pobytu z masą ciała 1550 g, długością 42 cm i obwodem głowy 31 cm. Zez oka lewego i wada refrakcji OP + 3.5D, OL +4.5D (nosi szkła korekcyjne). Dno oka – prawidłowe. Zaburzenia migracji jądra L. – skuteczna orchidopeksja w wieku 1⁷/₁₂ lat.

Dziecko było pod kontrolą neurologa, okulisty, chirurga (przed i po orchidopeksji) oraz lekarza ro-

dzinnego. Lekarz rodzinny udokumentował w książeczce zdrowia dziecka tylko dwa pomiary masy ciała pacjenta – w wieku 4,5 mies. życia i po ukończeniu 2 lat. Według słów matki lekarz rodzinny nie miał zastrzeżeń co do rozwoju jej syna i na pytania: czy w wieku 2 lat nie waży zbyt dużo i czy konieczna diagnostyka nadwagi? – odpowiedział, iż dziecko „samo schudnie, jak się zacznie bardziej ruszać”. Matka nie otrzymała żadnych wskazówek dietetycznych. Neurolog, okulista i chirurg również nie zwrócili matce uwagi na stan odżywienia dziecka.

Dziecko pochodzi z rodziny obciążonej nadwagą i otyłością (ryc. 1), gdzie nieprawidłowe nawyki żywieniowe i mała aktywność ruchowa należą do standardu życia.

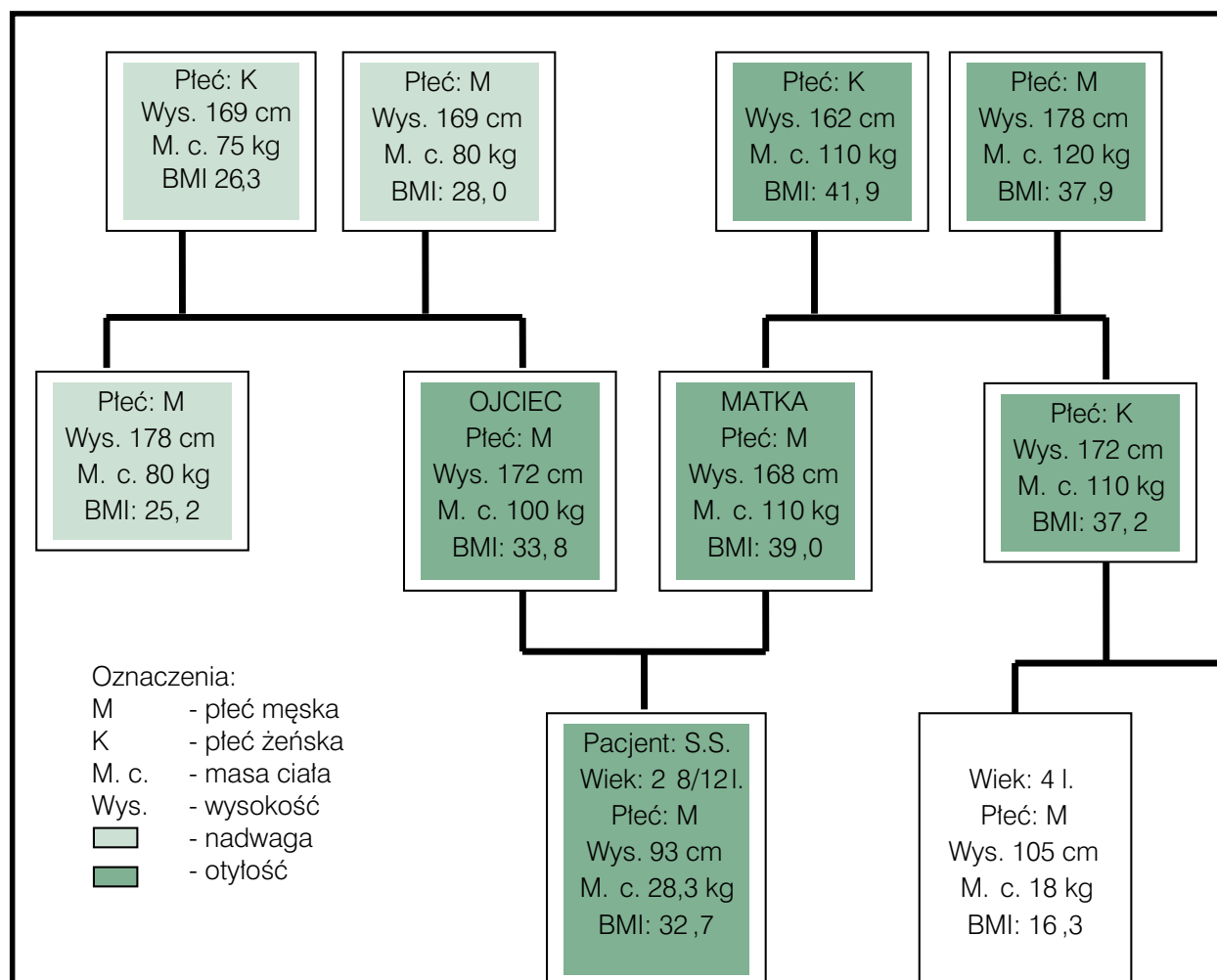
W wieku 2,7 (2⁸/₁₂) lat matka, zaniepokojona sylwetką i masą ciała dziecka, samodzielnie pod-

jęła decyzję o rozpoczęciu diagnostyki przyczyn otyłości. Zgłosiła się z dzieckiem do prywatnego centrum medycznego, skąd otrzymała skierowanie do Kliniki (kształtowanie się parametrów rozwojowych dziecka S.S. w okresie 0-2⁸/₁₂ lat życia przedstawia tabela I).

W chwili przyjęcia parametry antropometryczne kształtowały się w sposób przedstawiony w tabeli II. Sylwetkę dziecka przedstawiają fotografie (ryc. 2 i 3).

Wywiad dotyczący sposobu karmienia wskazywał, iż jakość i kaloryczność spożywanych posiłków znacznie odbiegały od zalecanych (tabela III).

Zapotrzebowanie kaloryczne chłopca wyliczono korzystając ze wzoru opracowanego przez Harris J.A. i Benedict F.G. (1919) [20]:



Ryc. 1. Nadwaga i otyłość w rodzinie dziecka S.S.

Fig. 1. Overweight and obesity in the family of S.S.

Tabela I. S.S. – parametry rozwojowe w wieku 0 mies. – 2⁸/₁₂ lat**Table I.** S.S. – anthropometric measurements results at the age of 0 months – 2⁸/₁₂ years

Wiek	Masa ciała /centyl	Długość ciała/ centyl	Obwód głowy /centyl	BMI/centyl
0 mies.	910g/ ok. 9 ^(a)	36cm/ok. 5 ^(a)	27cm/ok 25 ^(a)	
5 tygodni	1550g/ 9-25 ^(a)		31cm/20-50 ^(a)	
4,5 mies.	6200g/ 75-90 ^{(b)*}	58cm/ok. 50 ^{(b)*}	40cm/ 50-75 ^{(b)*}	18,4/85-97 ^(c)
2 lata	18 000g/90-97 ^(b)	?	?	22,72/>97 ^(b)
2 ⁸ / ₁₂ lat	28 800g/>>97 ^(b)	93cm/25 ^(b)	51 cm/50-75 ^(b)	33,72/>97 ^(b)

(a) siatki centylowe dla wcześniaków [17] (b) siatki centylowe IMiD [18] (c) siatki centylowe dla dzieci do 2 roku życia [19] * dane skorygowane do rzeczywistego wieku biologicznego (2 mies.).

Tabela II. Parametry antropometryczne w dniu przyjęcia do szpitala**Table II.** Anthropometric measurements results on admission in the hospital

Parametr	Wartość	Jednostki
Wysokość	93	cm
Masa ciała	28,3	kg
Masa należna adekwatnej do wieku, płci i wysokości ciała	14,0	kg
Nadwaga w stosunku do masy należnej, adekwatnej do wieku, płci i wysokości ciała	14,3/ 102	kg/ %
BMI	32,7	kg/m ²
Obwód klatki piersiowej	69	cm
Obwód talii	69	cm
Obwód brzucha	73	cm
Obwód bioder	75	cm
Obwód uda	41	cm
Obwód podudzia	26	cm
Obwód ramienia	21	cm
Obwód przedramienia	18	cm
Wskaźnik talia/biodra	0,92	cm/cm

BMR [kcal/db] = 13,7516 mc+ 5,0033 wys – 6,7550 wiek + 66,4730, gdzie mc – masa ciała [kg], wys – wysokość [cm], wiek – wiek [lata], oszacowano (biorąc pod uwagę masę należną, a nie rzeczywistą) na 702 kcal, a po uwzględnieniu stosunkowo niewielkiej aktywności ruchowej (dodatkowe zapotrzebowanie w wymiarze 30%–50% podstawowego zapotrzebowania dobowego) – na około 931–1053 kcal.

Korzystając ze wzoru opracowanego przez Mifflin M.D., St Jeor S.T. i wsp. [21]:

BMR [kcal/db] = 10 mc + 6,25 wys -5 wiek +5, gdzie mc – masa ciała [kg], wys – wysokość [cm], wiek – wiek [lata], należy szacować podstawowe zapotrzebowanie kaloryczne pacjenta S.S., w chwili przyjęcia do Kliniki na 711 kcal, a po uwzględnieniu dodatkowego zapotrzebowania w wymiarze 30%–50% zapotrzebowania dobowego (wynika-



Ryc. 2. Sylwetka pacjenta S.S. – widok a-p
Fig. 2. S.S. body silhouette – AP view



Ryc. 3. Sylwetka pacjenta S.S. – widok z boku
Fig. 3. S.S. body silhouette – lateral view

jącego z niewielkiej aktywności ruchowej) około 924–1067 kcal. Porównując dane z tabeli III i wyliczone zapotrzebowanie kaloryczne, należy sądzić, iż rzeczywista podaż kalorii 2,2-krotnie przekraczała wyliczone zapotrzebowanie.

Dokładny wywiad i obserwacja matki, która stale towarzyszyła dziecku, wskazywały, iż inicjatywa dotycząca karmienia dziecka S.S. wychodziła wyłącznie z jej strony. Matka karmiła i dokarmiła dziecko nawet podczas snu, a pacjent nigdy nie zgłaszał głodu.

Swoje postępowanie matka tłumaczyła tym, iż dziecko było kiedyś wcześniakiem, miało niedobór

masy ciała. Wtedy kazano jej karmić dziecko często, nawet przez sen, a później nikt nie zweryfikował jej postępowania. Lekarz rodzinny nie widział w nadwadze i otyłości problemu medycznego.

W Klinice wykonano badania obrazujące stan równowagi metabolicznej ustroju:

Profil lipidowy (surowica):	
Cholesterol całkowity w surowicy	165 mg/dl
Cholesterol HDL w surowicy	49,00 mg/dl
Triglicerydy w surowicy	73 mg/dl
Cholesterol LDL wyliczan	101 mg/dl
Glikemie na czczo	70-85 mg/dl

Tabela III. Przeciętna dieta dobową chłopca S.S. I. 2⁸/₁₂**Table III.** The average daily diet of S. S. aged 2⁸/₁₂

Godzina posiłku	Skład posiłku	Orientacyjna kaloryczność [kcal]
11.00	Mleko Nestle Junior 200–250 ml	150
12.00	Kanapka z masłem i wędliną lub serem żółtym	120
13.00	Paluszki/chrupki kukurydziane	150
15.00	Zupa 250–300 ml (zwykle na mięsie kurzym, z zasmażką, zabieleną)	200
	Ziemniaki+ mięso +surówka	260
17.00	Jogurt owocowy 150 ml/ Monte 150 ml	110–300
19.00	Kanapki z masłem, wędliną/serem żółtym lub kanapka z twarogiem wiejskim (150 ml)	200
21.00	Mleko 1,5% 150 ml	70
24.00	Mleko Nestle Junior, 250 ml	170
Dopajanie	Herbata z cukrem i cytryną 150 ml	30
	Soki owocowe/Kubuś 1000 ml (4–5 x 200–250 ml)	480
Słodczyce między posiłkami	Cukierki/batony	350
		Łącznie
	Średnio	2385

HbA_{1c} – hemoglobina glikowana (DCCT) 5,5 % (36,6 mmol/mol)

Glikemia i insulinemia na czczo po posiłku – test 3-punktowy (0–30 120 minut po posiłku)

Insulinemia 7,4- 9,7 -40 (mU/l)

Glikemia 80-85-77 (mg/dl)

Kortyzol – rytm dobowy: rano 23,6 ug/dl, wieczór 1,2 ug/dl

Tyreotropina (TSH) 3,168 mU/L

Wolna trijodotyronina (FT3) 4,19 pg/ml (6,44 pmol/l)

Wolna tyroksyna (FT4) 1,27 ng/dl (16,35 pmol/l)

Aminotransferaza alaninowa (ALT) 45 U/L

Aminotransferaza asparaginianowa (AST) 46 U/L

Gamma-glutamylotransp. (GGTP) 19,00 U/L

Fosfataza alkaliczna (ALP) 180 U/L

Kwas moczowy 6,2 mg/dl

Kreatynina w surowicy 0,4 mg/dl

Elektrolity w surowicy krwi: fosforany 1,48 mmol/l, potas 4,8 mmol/l, sód 138 mmol/l, wapń całkowity 2,48 mmol/l.

Redukcja kaloryczności podawanych pokarmów spowodowała, iż w ciągu zaledwie trzech dni obserwacji masa ciała zmniejszyła się o 1,3 kg, po miesiącu – 2,5 kg.

Omówienie

Dokładna analiza danych statystycznych dotyczących przyczyn otyłości, publikowanych w różnych krajach (dane są wyrywkowe, nie są to na ogół badania populacyjne, stąd do podawanych wartości liczbowych należy podchodzić z pewną rezerwą), sugeruje, iż w przeważającej większości przypadków otyłość ma uwarunkowania genetyczne, kulturowe i rodzinne (nawyki żywieniowe – rodzaj preferowanych posiłków, wielkość spożywanych porcji żywieniowych, pory posiłku, kumulowanie posiłków [22–25], nawyki związane z gospodarowaniem wolnym czasem – w tym akceptacja wypoczynku czynnego).

Rzadziej odpowiedzialne za rozwój otyłości są czynniki biologiczne (choroby lub wady), w tym: wady i choroby podwzgórza, schorzenia endokry-

nologiczne, choroby psychiczne, przyjmowane leki, czasowa lub utrwalona niesprawność ruchowa.

Analizy ankietowe dotyczące wiedzy nowoczesnych społeczeństw na temat otyłości wskazują, iż ludzie na ogół są w pełni świadomi zagrożeń wynikających z nieprawidłowego żywienia i braku odpowiedniej dla płci i wieku aktywności fizycznej, ale z reguły przyjmują postawy bierne i zbyt rzadko podejmują działania prozdrowotne [26].

Publiczne przyzwolenie na otyłość i nadwagę i apele o tolerancję też nie sprzyjają walce z tym problemem. Co prawda stygmatyzowanie osób otyłych nie jest traktowane jako zalecana i skuteczna forma walki z zaburzeniami odżywiania [27], niemniej liczba otyłych ludzi lawinowo wzrasta właśnie w tych krajach, gdzie walka o nowoczesne, tolerancyjne społeczeństwo staje się faktem. Sprzeciw wobec takiej tolerancji nie wygasa. *Why are people so tolerant of fat people?, Smokers get dirty looks and have to huddle off to designated areas – why are we forced to accept obesity as normal?* – takie pytania pojawiają się w Internecie w portalach internetowych, w tym Yahoo [28], bo skoro i większość przypadków otyłości, jak i palenie tytoniu, to przejaw niehigienicznego trybu życia, a bycie otyłym staje się dla niektórych „stylem bycia” [28] już nie tylko w USA i krajach europejskich [29, 30], ale i w krajach rozwijających się [31], to czy dążenie do zwiększenia tolerancji jest działaniem na korzyść, czy niekorzyść zarówno otyłych, jak i społeczeństwa? Osobnym problemem jest to, iż nie tylko społeczeństwo, ale i lekarze stają się zbyt tolerancyjni.

Tymczasem otyłość jest chorobą i od roku 1997 znajduje się na liście WHO obok tych problemów zdrowotnych, które stanowią problem ogólnoswiatowy. Z tego względu powinna być traktowana w sposób szczególny, tak jak inne choroby społeczne. Choroby, które stanowią problem społeczny (choroby społeczne to schorzenia przewlekłe występujące u ponad 10% społeczeństwa), wymagają zaangażowania zarówno społeczeństwa, jak i osób indywidualnych. Profilaktyka tych schorzeń powinna być priorytetem w działaniu jednostek służby zdrowia.

W polskich warunkach większość działań profilaktycznych (pomijając 9 wydzielonych programów profilaktycznych kontraktowanych przez NFZ na specjalnych zasadach: wczesne wykrywanie raka piersi, profilaktyka raka szyjki macicy, chorób układu krążenia, chorób tytoniozależnych, w tym POChP, profilaktyka gruźlicy, badania prenatalne, wczesne wykrywanie raka jelita grubego, wczesne

wykrywanie raka płuc, przesiewowe badania słuchu u noworodków) pozostaje w gestii lekarzy rodzinnych. Badania profilaktyczne realizowane przez lekarzy rodzinnych (zakres badań profilaktycznych realizowanych przez lekarzy POZ) określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane [7].

W praktyce profilaktyka w gabinetach POZ powinna się odbywać w ramach następujących działań: a) wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów, b) instruktaż samobadania piersi, c) fizykalne badanie piersi, d) badanie skóry, warg, jamy ustnej i gardła, e) badanie *per rectum*, f) informacja o profilaktycznym badaniu ginekologicznym, g) informacja o profilaktyce raka szyjki macicy, h) informacja o szkodliwości palenia tytoniu, i) ocena postępu walki z uzależnieniem od tytoniu, j) wywiad w kierunku gruźlicy i podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych, k) wywiad rodzinny w kierunku obciążenia występowaniem chorób układu krążenia, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, l) pomiar masy ciała i wysokości ciała w celu wyliczenia wskaźnika masy ciała – co trzy lata u osób z uprzednio stwierdzoną nadwagą ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) lub u osób w wieku powyżej 40 lat – z oceną diety i wskazówkami dotyczącymi normalizacji masy ciała, m) ocena diety i wskazówki w celu normalizacji masy ciała u pacjentów z $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ [32].

Dwa ostatnio wymienione punkty dotyczą profilaktyki otyłości. Ich treść, wynikająca z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r., nie pozostawia złudzeń, iż ustawodawca nie brał pod uwagę rzetelnej profilaktyki otyłości u dzieci (punkt odcięcia dla otyłości na siatkach centylowych BMI w wieku dziecięcym jest znacznie poniżej wartości 25).

Opisywany przez nas pacjent S.S. już w wieku 2 lat miał jednak BMI zbliżone do 23, w wieku $2 \frac{8}{12}$ – przekraczające 32. Jego rodzice (ryc. 1) od dawna spełniali kryterium pozwalające na objęcie ich postępowaniem profilaktycznym, ale lekarz rodzinny nie widział wskazań do podjęcia odpowiednich działań. W istocie pierwsze szkolenie dietetyczne i wskazówki dietetyczne rodzice otrzymali dopiero podczas spotkania z dietetykiem zatrudnionym w Klinice Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej UM w Lublinie.

Dlaczego zawiodła opieka/profilaktyka na poziomie POZ? Przecież zadania z zakresu profilaktyki wpisane są w obowiązki lekarzy POZ, a wy-

magana przepisami kontraktu profilaktyka otyłości jest „bezkosztowa” (wymaga zebrania wywiadu i zbadania pacjentów), więc jej niezrealizowanie nie może być tłumaczone brakiem funduszy, w tym niedoszacowaniem wielkości stawki kapitałowej. Trudno tu o jednoznaczne opinie i sugestie, iż chodzi o zaniedbywanie obowiązków. Może jest to tylko niedocenywanie wagi problemu, może zachodzą wątpliwości w interpretacji danych antropometrycznych, może to niedocenywanie roli profilaktyki i doradztwa z zakresu diety, może niewłaściwie

zaplanowany program specjalizacji lekarzy rodzinnych?

Należy sądzić, iż wymaga to dogłębniejszego wyjaśnienia i to w skali całego kraju, bo nie tylko Lublin i Lubelszczyzna to obszary, gdzie otyłość rozpoznaje się niejednokrotnie „przypadkowo” przy okazji hospitalizacji z innych powodów zdrowotnych lub gdzie pacjent z otyłością, bez instruktażu, bez zebranego wywiadu dietetycznego, kierowany jest od razu do poradni endokrynologicznej lub oddziału endokrynologicznego.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

- [1] Program Pol-MONICA BIS Warszawa. Stan zdrowia ludności Warszawy w roku 2001. Część 1. Podstawowe wyniki badania przekrojowego. Biblioteka Kardiologiczna, nr 79. Instytut Kardiologii, Warszawa 2002.
- [2] Rywik S., Pająk A., Broda G. et al.: Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski – Pol-MONICA Bis Project. *Med. Metabol.*, 2003;7, 8-15.
- [3] Główny Inspektor Sanitarny: Problem nadwagi i otyłości w Polsce wśród osób dorosłych- dane epidemiologiczne. Wg Raportu GUS „Stan zdrowia ludności w 2009 r.” http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Materia%C5%82y%20PZ/oty%C5%82o%C5%9B%C4%87_doro%C5%9Blii.pdf
- [4] HBSC. Health Behaviour School-aged Children. World Health Organization Collaborative Cross-Nation Survey. HBSC International Coordinating Centre Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) University of St Andrews Medical and Biological Sciences Building North Haugh St Andrews, Fife KY16 9TF United Kingdom. <http://www.hbsc.org/> [Available 2.06.2014].
- [5] Główny Inspektor Sanitarny: Problem Nadwagi i Otyłości W Polsce Wśród Dzieci i Młodzieży – Dane Epidemiologiczne – Wg raportu z badań HBSC, 2010. <http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/Nadwaga%20i%20oty%C5%82o%C5%9B%C4%87%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%C5%BC%20dane.pdf>
- [6] Adamson P. UNICEF; Office of Research. Innocenti Report Card 11. United Nations Children's Fund (UNICEF), 2013.
- [7] MZIOS. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. *Dz. U.*, 2004, Nr 276, poz. 2740.
- [8] WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
- [9] Sturm R.: Increases in morbid obesity in the USA: 2000–2005. *Public Health*, 2007;121 (7), 492-496.
- [10] Poskitt E.: Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). *Acta Paediatr.*, 1995; 84, 961-962.
- [11] Clinical Growth Charts. Centers for Disease Control and Prevention 1600 Clifton Rd. Atlanta, GA 30333, USA. http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm [Available 2.06.2014]
- [12] Barlow S.E., the Expert Committee: Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 2007;120 (Suppl.), S164-S192.
- [13] Kelly A.S., Barlow S.E., Rao G., et al.: Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2013; 128, 1689-1712.
- [14] Claire W.Y., Gortmaker S.L., Taveras E.M.: Trends and racial/ethnic disparities in severe obesity among US children and adolescents, 1976-2006. *Int. J. Pediatr. Obes.*, 2011; 6(1), 12-20.
- [15] Pan L., Blanck H.M., Sherry B. et al.: Trends in the prevalence of extreme obesity among US preschool-aged children living in low-income families, 1998–2010. *JAMA*, 2012; 308(24), 2563-2565.
- [16] Schönbeck Y., Talma T., van Dommelen P. et al.: Increase in Prevalence of Overweight in Dutch Children and Adolescents: A Comparison of Nationwide Growth Studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS One*, 2011; 6(11), e27608.
- [17] Siatki centylowe wg WHO dla noworodków urodzonych przedwcześnie. WHO Child Growth Standards www.who.int/childgrowth/en [Available 2.06.2014].
- [18] Niedźwiecka Z., Palczewska I.: Siatki centylowe do oceny rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży. Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa, 1999.
- [19] WHO. Child growth standards. http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/ [Available 2.06.2014]
- [20] Harris J.A., Benedict F.G.: A biometric study of human basal metabolism. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1918;4(12), 370-373.
- [21] Mifflin M.D., St Jeor S.T., Hill L.A. et al.: A new predictive equation for resting energy expenditure in healthy individuals. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2005;51, 241-247.

- [22] Berg C., Lappas G., Wolk A. et al.: Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. *Appetite*, 2009;52(1), 21-26.
- [23] Wright S.M., Aronne L.J.: Abdom Imaging. Causes of obesity, 2012;37(5), 730-732.
- [24] Martinez J.A.: Body-weight regulation: causes of obesity. *Proc. Nutr. Soc.*, 2000;59(3), 337-345.
- [25] Wang Y., Beydoun M.A.: The obesity epidemic in the United States-gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol. Rev.*, 2007;29, 6-28.
- [26] Hardus P.M., van Vuuren C.L., Crawford D. et al.: Public perceptions of the causes and prevention of obesity among primary school children. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2003;27(12), 1465-1471.
- [27] Puhl R.M., Heuer C.A.: MPH Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 2010; 100(6), 1019-1028.
- [28] YAHOO! Answers. <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20100922095711AAuU5KD> [Available 2.06.2014]
- [29] Delva J., Johnston L.D., O'Malley P.M.: The epidemiology of overweight and related lifestyle behaviors: racial/ethnic and socioeconomic status differences among American youth. *Am. J. Prev. Med.*, 2007;33(4 Suppl.), S178-S186.
- [30] Viner R.M., Haines M.M., Taylor S.J. et al.: Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional wellbeing in a multiethnic sample of early adolescents. *Int. J. Obes. (Lond.)*, 2006;30(10); 1514-1521.
- [31] Mushtaq M.U., Gull S., Mushtaq K. et al.: Dietary behaviors, physical activity and sedentary lifestyle associated with overweight and obesity, and their socio-demographic correlates, among Pakistani primary school children. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, 2011;25(8), 130.
- [32] Godycki-Ćwirko M., Tomiak E., Wrzeciono B. et al.: Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2009;11(1), 15-22.