OBESITOLOGIA HUNGARICA

A Magyar Elhízástudományi Társaság Lapja

Obesitologia Hungarica XXI. évf. 1. szám 2023. december

Az elhízás korszerű gyógyszeres kezelése

A metabolikus szindróma definíciója, epidemiológiája és kezelése gyermek- és serdülőkorban

Obesitás és hypertonia - 2023. évi Európai Hypertonia Társaság irányelveinek tükrében

www.elhizastudomany.hu

Impresszum

OBESITOLOGIA HUNGARICA

a Magyar Elhízástudományi Társaság lektorált szakfolyóirata

Felelős Kiadó: Magyar Elhízástudományi Társaság, Dr. Halmy Eszter

Kiadó székhelye: 1025 Budapest, Boróka u. 9.

Főszerkesztő: Dr. Halmy Eszter

A Szerkesztőbizottság Elnöke: Prof. Dr. Molnár Dénes

A Szerkesztőbizottság tagjai: Prof. Dr. Forster Tamás, Dr. Jákó Péter, Prof. Dr. Karádi Zoltán, Dr. Mohos Elemér, Prof. Dr. Pucsok József, Dr. Rurik Imre, Szűcs Zsuzsanna MSc

Grafika, nyomda: White Bird Graphics Kft.

ISSN 1586-7935

Tartalom

Beköszöntő 3
Dr. Halmy Eszter

Az elhízás korszerű gyógyszeres kezelése 6
Prof. Dr. Forster Tamás

A metabolikus szindróma definíciója és epidemiológiája gyermek- és serdülőkorban 9
Molnár Dénes, Erhardt Éva, Mendl Edina, Bokor Szilvia

A metabolikus szindróma kezelési lehetőségei gyermekkorban 13
Erhardt Éva, Nagy Noémi, Stomfai Sarolta

Obesitás és hypertonia - 2023. évi Európai Hypertonia Társaság irányelveinek tükrében 17
Dr. habil Barna István

Az életmódváltás támogatása a rendelőben 23
Dr. Czeglédi Edit

A városi élet csökkenő mértékű egészségügyi előnyökkel jár a gyermekek és a tinédzserek számára 30
Prof. Dr. Molnár Dénes

Személyközpontú nyelvhasználat és a gyermekkori elhízás 33
Prof. Dr. Molnár Dénes

A Magyar Elhízástudományi Társaság sajtóközleménye az Elhízás Világnapja alkalmából 35
Dr. Halmy Eszter

Életmód programmal az elhízás megfékezésére Konferencia programja 37

Függelék: A Prevenciós Platform Alapító Okirata 38

Beköszöntő

Az évről évre rendszeresen megjelenő kongresszusi supplementumok mellett 2022-től új közleményeket is várunk az Obesitologia Hungarica lapszámaiba. A szerzői útmutatót a 2022. évi 1. lapszám honlapunkon letölthető formában tartalmazza. (Obesitologia Hungarica XX. évf. 1. szám 2022. június p42-47.) Szerkesztőbizottságunk a met@elhizastudomany.hu e-mail címen várja a kéziratokat.

Az idei év számos újdonságot hozott az obezitológiában. Megjelentek új gyógyszerek az elhízás kezelésében, és egyre több eredményt mutat fel a súlyos fokú elhízás sebészeti megoldásának gyakorlata. Az életmód kezelés tovább bővülő elemei kapnak szerepet a bázis terápiában. A világméretekben növekvő, és a gyermekek körében is egyre súlyosbodó problémává vált az elhízás, ezért mind a kezelés mind a megelőzés kiemelt figyelmet érdemel. A komorbiditások közül legjelentősebb hipertónia összefüggéseit ma már nem szükséges további adatokkal bizonyítanunk, hiszen mára már elfogadottá vált az obezitás és egyes következményes betegségeinek együttes szemléletű kezelése is.

Ebben a lapszámban különösen ezekre a kérdésekre kívántunk fókuszálni. Emellett társasági aktivitásainkról is időről időre röviden be szeretnénk számolni hasábjainkon.

2023. március 4-én az Elhízás Világnapja alkalmából „Életmód programmal az elhízás megfékezésére" címmel sikeres továbbképző konferenciát szervezünk Budapesten. MET'23 – Életmódprogrammal az elhízás megfékezésére – Gmrt. Első alkalommal biztosított konferenciánk az orvosok mellett az egészségügy különböző területein tevékenykedő egészségügyi szakemberek részére kreditpontot. A konferencián a továbbképző program mellett a tudományterület releváns szakmai képviselőivel tudományos tanácskozást folytattunk azzal a célkitűzéssel, hogy együttműködéseinket összehangoljuk a népegészségügyügyi célok megvalósítása érdekében. Ennek eredményeképpen Prevenciós Platformot alakítottunk a hazai elhízás megfékezésére.

Rendezvényünkkel elnyertük a legeredményesebb tudományos konferenciáért járó nemzetközi díjat, amit az Európai Elhízástudományi Társaság adott ki. A díj kihirdetésére a Magyar Elhízástudományi Társaság XXXI. Kongresszusán 2023. december 2-án került sor. MET'23 – XXXI. Kongresszus – Gmrt. A kongresszuson elhangzott előadások összefoglalói elérhetők: Obesitologia Hungarica 2023; (22) Supplementum 2, S1-S24 | Magyar Elhízástudományi Társaság (elhizastudomany.hu).

Kívánok sok új gondolatot és további eredményes munkát az új esztendőben!

Dr. Halmy Eszter
a MET ügyvezető elnöke
az Obesitologia Hungarica felelős főszerkesztője

Az elhízás korszerű gyógyszeres kezelése

Forster Tamás dr.
Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Klinika, Kardiológiai Központ, Szeged
Levelezési cím: Forster Tamás dr., 6725 Szeged, Semmelweis u. 8
E-mail: forster.tamas@med.u-szeged.hu, T.: +36-30-4566864

Összefoglalás
Az elhízás kezelésére a hagyományos módszerek (diéta és testmozgás) elégtelen hatása esetén gyógyszeres kezelés jön szóba. A kezelés során a 3. generációs szerek részesítendők előnyben, mert egyértelmű hatékonyságuk mellett a mellékhatás profiljuk is kedvezőbb, mint a régebbi szereké. Extrém elhízás esetén a metabolikus (bariatrikus) sebészeti megoldások választandóak.

Kulcsszavak: elhízás - gyógyszeres kezelés - cardiovascularis rizikó csökkentés

Abstract
Pharmacotherapy indicated if basic obesity treatment (nutrition therapy and physical activity) ineffective. New 3rd generation drugs should be preferred because they are more effective with more favourable side effects profil. In case of extreme obesity, metabolic (bariatric) surgery should be chosen.

Key-words: obesity - pharmacotherapy - cardiovascular risk reduction

Az obesitas kezelése során a testsúlycsökkentés mellett a co-morbiditások ellátásaés az életminőség javítása is alapvető cél.
Amennyiben az életmód kezelés, a diéta, illetve a mozgásterápia nem érte el a kívánt testsúly célértéket, gyógyszeres kezeléshez lehet folyamodni. A kezelés megkezdése előtt ismertetni kell a beteggel a különböző alkalmazási módokat, a várható előnyöket és a lehetséges mellékhatásokat is (1).
A diéta és testmozgás kiegészítéseként gyógyszeres kezelés indikált > 30 kg/m² BMI, illetve > 27 kg/m² BMI esetén, ha elhízással kapcsolatos co-morbiditás (hypertonia, prediabetes, 2-típusú diabetes, hyperlipidaemia vagy alvási apnoe szindróma) áll fenn (2).
Előző évtizedekben számos gyógyszert próbáltak már ki, de súlyos, sokszor veszélyes mellékhatások miatt ezek visszavonásra kerültek. Amphetamin származékok és derivátumok, mint a fenfluramine és a dexfenfluramine - szívbillentyű betegséget és pulmonalis hypertoniát okozott. A phentermine - és a sibutramine - fokozott szimpatikus aktivitás, hypertonia miatt került visszavonásra. A rimonabant - endocannabioid CB1 receptor blokkoló szer volt. Szokásos adagja 20 mg/nap. Depresszsiót, öngyilkossági hajlamot fokozó hatása miatt került forgalomból való visszavonásra. Lorcaserin - Európában nem volt forgalomban csak az USA-ban, mely egy serotonin 5-HT 2c agonista szer. Szokásos dózisa 2x 10 mg naponta. 2020-ben Amerikában is visszavonásra került izgatottság, zavartság, hallucinációk, koordinációs zavarok miatt. Az elmúlt évtizedben csak két gyógyszerféleség volt forgalomban, az egyik az orlistat, illetve a naltrexon-bupropion kombinációja.

Orlistat
A gyógyszer a zsírfelszívódást gátolja a vékonybélből. Gátolja a gastrointestinalis lipáz triglyceridbontó aktivitását, így a bevitt zsír kb. 30 %-a a széklettel távozik. Hatására a testsúly csökken, kedvező hatása van a vérnyomásra, a lipoprotein anyagcserére is, ezen felül az inzulin rezisztencia csökken és a vércukorszint is javul. Az orlistat az egyetlen jelenleg elfogadott gyógyszer, melynek nincs hatása az étvágyra és a jóllakottság érzésre.
Szokásos adagja 3x 60 vagy 3x 120 mg naponta. Alkalmazása során fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy a bevitt zsírmennyiség minimális legyen, mert ellenkező esetben gastrosntestinális mellékhatások (diarrhoea, flatulentia, steatorrhea) megjelenésére kell számítanunk. Ritka mellékhatás az oxalát nephropathia veseelégtelenséggel, illetve a májkárosodás. A mellékhatások jelentkezése azonban jelentősen korlátozhatja a beteg mozgékonyságát, normális életvitelét. Ezáltal a hosszútávú adherencia a gyógyszerhez igen alacsony. A zsírban oldódó vitaminok (A, D, E), illetve a K-vitamin felszívódása is csökkenhet, ezért ezeket a kezelés során pótolni kell.

Naltrexon-bupropion
A naltrexon egy opioid receptor antagonista, míg a bupropion a dopamin és a noradrenalin visszavételét gátló szer. Külön-külön mindkét szert már kipróbálták az elhízás kezelésében, meglehetősen kevés sikerrel. A két szer kombinációjaként forgalomba kerülő gyógyszer hatékonyabb a testsúly csökkentésben. A bupropion közvetlenül fokozza a pro-opiomelanocortin (POMC) neuronok aktivitását a nucleus arcuatusban fokozva a melanocyta-stimuláló hormon (MSH) elválasztását,

míg a naltrexon a természetes negatív visszacsatolásos szabályozás blokkolásával - serkenti a POMC aktivitását. A két szer szinergista hatást fejt ki, együttes hatásuk túlszárnyalja a két szer külön-külön adásából származó előnyöket.
Egy tabletta 7,2 mg naltrexont és 78 mg bupropion tartalmaz. A kezelést 1 tablettával kell kezdeni, majd hetente egy tablettával lehet növelni az adagot, ha nem jelentkezik mellékhatás. Maximális adagja 2x 2 tabl (összesen 32 mg naltrexon-hidroklorid és 360 mg bupropion-hidroklorid). Leggyakoribb mellékhatásai: hányinger, hányás, hasi fájdalom, székrekedés, fejfájás, szédülés, szorongás, nyugtalanság, álmatlanság.
Számos, sokrétű mellékhatásai miatt a kezelés előtt alapos vizsgálatnak kell alávetni, a beteget folyamatosan követni, monitorozni kell a kezelés során is.
Ellenjavallatok: a szokások ellenjavallatok mellett - a gyógyszerre vagy a vivőanyagra fennálló allergián kívül, a kezeletlen hypertonia, anamnézisben szereplő görcsrohamok, ismert központi idegrendszeri tumor, kórtörténetben bipoláris zavar, előzőleg diagnosztizált bulimia vagy anorexia nervosa, idült opioid vagy opiát-agonista függőség, emellett súlyos máj- vagy vesekárosodás esetén sem javasolt az alkalmazása. Monoamin- oxidase (MAO) gátlók használata esetén nem javasolt. A kezelés 18 éves kor alatt és 75 év felett nem ajánlott.
Számos gyógyszer interakció is ismert, melyeket figyelembe kell venni a kezelés során.

Phentermine/topiramate

Phentermine/topiramate - az FDA által törzskönyvezett, de Európában nem elfogadott gyógyszer obesitas kezelésére. A phentermine egy amphetamine-szerű sympatomimeticus amin, mely csökkenti az étvágyat, a topiramate anticonvulsiv, membrán-stabilizáló hatású és szinergista módon fokozza a phentermine hatását. Szokásos dózisa 3,75/25 mg és 15/100 mg között van.

Új terápiás lehetőségek - 3. generációs szerek

Újabban a diabetes kezelésére használt a glucagon-like-peptid-1 (GLP-1) agonisták közül a liraglutidról és a szemaglutidról igazolódott, hogy nemcsak diabetesben (), hanem cukorbetegség nélküli elhízás esetén is jelentős testsúlycsökkenés érhető el. A liraglutid 97% aminosav szekvencia homológiát mutat a szervezetben termelődő GLP-1-gyel, félélet ideje 13 óra (amíg az endogen GLP-1 néhány perc alatt lebomlik). Hatásmechanizmusa az étvágycsökkentő (anorexigén) pro-opiomelanocortin (POMC) neuronok aktivitásának fokozása és az étvágy fokozó (orexigén) neuropeptid Y (NPY)/agouti-related peptid (AgRP) neuronok indirect gátlása révén valósul meg, ezáltal csökken az étvágy, nő a jóllakottság érzése. További agyterületekre is hatással van, mint például a mezolimbikus rendszer, ami csökkenti a táplálék által kiváltott jutalmazást, így csökken az étel utáni sóvárgás. A táplálkozást befolyásoló perifériás hatását tekintve átmenetileg lassul a gyomorürülés, ezáltal teltségérzés alakul ki.
Az elhízás kiegészítő kezelésére indikált liraglutid 3,0 mg alkalmazott napi maximális dózisa lényegesen magasabb, mint a 2-es típusú cukorbetegségben használt. Diabetesben a terápiás dózis 1,8 mg/nap, mert a HbA1C csökkentő hatás magasabb dózisoknál már nem növekszik. A kezelést 0,6 mg-mal kell indítani, majd hetente kell 0,6 mg-mal emelni a dózist. Obesitasban 5 hét alatt 3 mg/napig lehet feltitrálni szert. A felügyeleti szervek, az FDA (2014) és az EMA már 2015-ben regisztrálták a szert elhízás kezelésére is. Magyarországon is forgalomban van előretöltött penben, melyet subcutan
kell beadni. A szokásos diétát folytatni kell, mellette bő folyadék fogyasztás feltétlenül szükséges. Jellemző mellékhatása hányinger, hányás, hasmenés vagy székrekedés. Elhízott betegekben a kezelést követő 3 évben a 2-típusú diabetes kialakulásának rizikója 79%-kal csökken. Személyes vagy családi anamnézisben szereplő medulláris pajzsmirigyrák vagy MEN2 szindróma esetén kontraindikált az adása (3). A szemaglutid, a másik GLP-1 agonista, egyelőre csak 2-típusú diabetesben rendelkeznek indikációval 1,0 mg/hét dózisban. Európában az EMA már regisztrálta a 2,4 mg-s dózist obesitas kezelésére, hazánkban egyelőre még nem elérhető. Heti 1x alkalmazandó subcutan injectió formájában. A heti egyszeri 2,4 mg szemaglutid fenntartó dózis eléréséhez a terápiát 0,25 mg-os kezdődózissal kell indítani. A gastrointestinális tünetek valószínűségének csökkentése érdekében a dózist 16 hetes időszak alatt heti egyszeri 2,4 mg fenntartó dózisra kell növelni az alkalmazási előírat szerint (4). Jelentős előrelépés a per os adagolható szemaglutid. Induló dózisa 3 mg/nap, 30 nap után 7 mg-ra, majd újabb 30 nap után 14 mg-ra emelhető a dózisa. Az orális készítmény jelenleg csak 2-típusú diabitesben adható, de a klinikai vizsgálatok lefuttatása után obesitasban történő használata is várható.

Potenciális új készítmények

Egy új 3. generációs készítmény a tirzepatide, mely GIP analóg (gastric inhibitory polypeptide vagy glucose-dependent insulinotropic polypeptide), mely aktiválja a GIP-receptor mellett a GLP-1 receptort is. 2-típusú diabitesben már van FDA engedélye, időközben vizsgálat folyik obesitas kezelésére is. Heti egyszeri, subcutan alkalmazandó készítmény, dózistartománya 2,5 - 15 mg között van (5).
Új, kombinált szer vizsgálata van folyamatban - cagrisema néven. A cagrilintide egy hosszúhatású acetilált amylin analóg, mely a jóllakottság érzést fokozza, heti 1x subcutan alkalmazandó, így kiválóan kombinálható szemaglutiddal, tovább fokozva a testsúly csökkentő hatást. Jelenleg a klinikai vizsgálat stádiumában van (6).
Egy másik, szintén diabetes kezelésében alkalmazott gyógyszer csoportról derült ki, hogy számottevő test-

súlycsökkentésre képes. A nátrium-glükóz cotransporter 2 (SGLT2) gátló szerek (empagliflozin, dapagliflozin, canagliflozin) nem diabéteszes betegekben is csökkentik a testsúlyt és emellett a cardiovascularis rizikót és halálozást is szignifikánsan, jelentős mértékben mérséklik. Jelenleg még nincsenek törzskönyvezve
elhízás kezelésére. Pillanatnyilag a 2-típusú diabetes mellett szívelégtelenségben (mind csökkent ejekciós frakciójú, mind megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenségben), illetve krónikus veseelégtelenségben indikáltak (7).

A kezelés értékelése

A gyógyszeres kezelés mellett továbbra is folytatni kell az életmódi kezelést, a diétát és a mozgásterápiát. Amennyiben 3 hónap után a testsúlycsökkenés meghaladta a >5%-t (diabetes esetén a >3%-t), akkor a kezelést folytatni kell. Legalább 5 % vagy annál nagyobb testsúlycsökkenés esetén már jelentősen mérséklődik a cardiovascularis rizikó. Nem reagálók esetében a kezelést fel kell függeszteni, esetleg más hatásmechanizmusú szert lehet kipróbálni. A követés során az elért súlycsökkenés megtartása, az ismételt súlygyarapodás megelőzése a cél, ezért rendszeres monitorozás szükséges.

A társbetegségek kezelésére legalább annyi figyelmet kell fordítani, mint az elhízás terápiájára. A társbetegségek (hypertonia, diabetes, hyperlipidaemia, alvási apnoea) kezelése során az aktuális irányelvek az irányadóak.

A diabetes kezelésére használatos szerek (pl. GLP-1 agonisták, SGLT2 gátlók) bizonyítottan csökkentik a cardiovascularis rizikót, kedvezően befolyásolják a vérnyomást és a lipidanyagcserét. Egyedül az elhízás kezelésére használt 3. generációs szerek igazolták csak a cardiovascularis események szignifikáns csökkentését. Obes betegekben az új diabetes megjelenése is ritkább, illetve a már kialakult diabetes is jelentősen regrediál, főleg ha a testsúlycsökkenés kétszámjegyű (több mint 10%).

Irodalom

S Warthon et al. Obesity in adults: a clinical practice guidelines. CMAJ, 2020, 192: E875-891.

G Frühbeck et al. Need for a paradigm shift in adult overweight and obese management -an EASO position statement on a pressing public health, clinical and scientific challenge in Europe. Obes Facts, 2014, 7: 408-416.

ES Onge et al. Liraglutide (Saxenda®) as a treatment of obesity. Food and Nutrition Sciences, 2016, 7: 227-235.

AM Chao et al. Semaglutide for the treatment of obesity. Trends in Cardiovascular Medicine, 2023, 33: 159-166.

DE Baker et al. Tirzepatide. Hospital Pharmacy. 2023, 58: 227-243.

CM Apovian and ME McDonnell, CagriSema and the link between obesity and type 2 diabetes. Lancet, 2023, June, DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01291-6

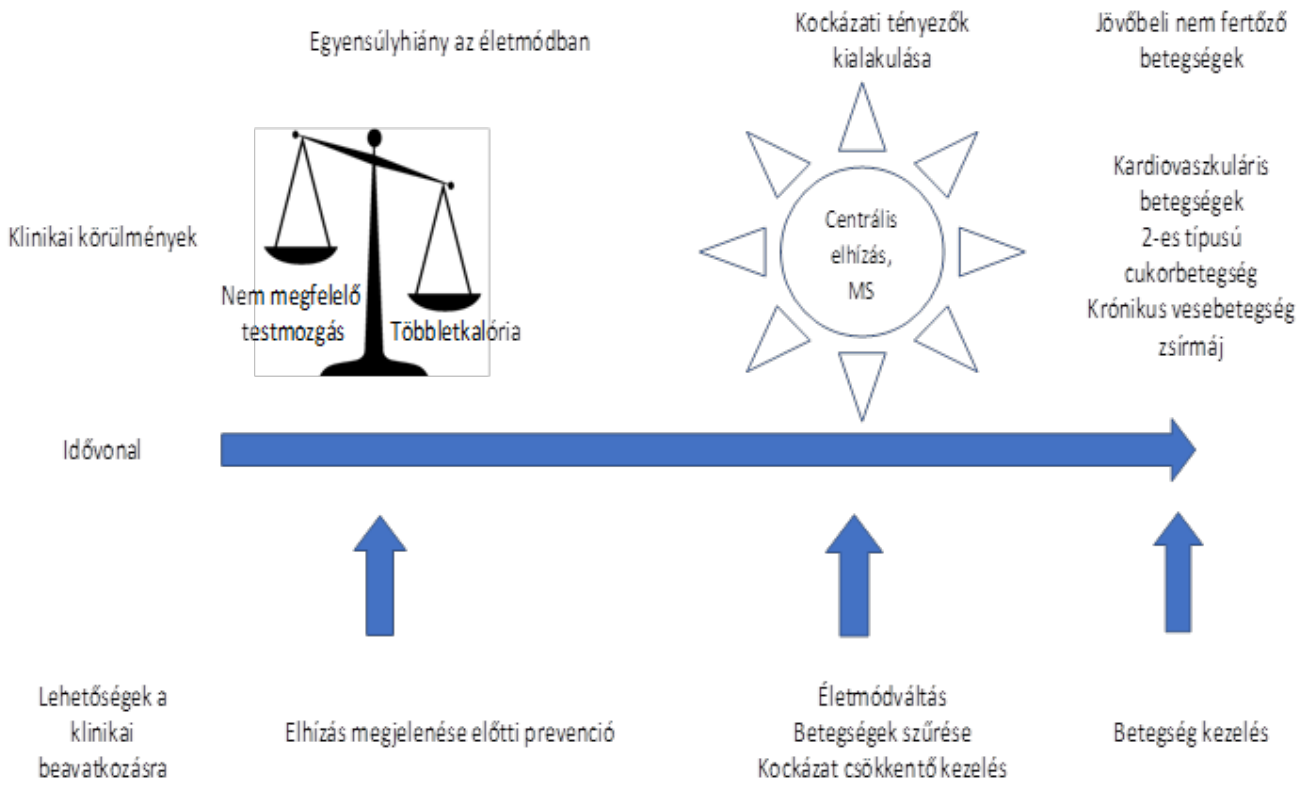
B Staels. Cardiovascular protection by sodium glucose cotransporter 2 inhibitors: Potential mechanisms. Am J Cardiol, 2017, 120: S28-S36.

A metabolikus szindróma definíciója és epidemiológiája gyermek- és serdülőkorban.

Molnár Dénes egyetemi tanár[1,2], professzor emeritus, Erhardt Éva[1] egyetemi docens, Mendl Edina dietetikus[1], Bokor Szilvia[1,2] egyetemi tanársegéd
[1]Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
[2]Humán Reprodukciós Nemzeti Laboratórium, Pécsi Tudományegyetem, Pécs
Levelező szerző: Dr. Molnár Dénes 7623 Pécs, József A. u. 7. +3630 485 3468, email: molnar.denes@pte.hu

Összefoglalás
Az utóbbi évtizedekben a túlsúly és az elhízás meredek emelkedésének következtében az elhízáshoz kapcsolódó metabolikus és szervi eltérések is megszaporodtak nemcsak felnőtt, de gyermekkorban is. A jelen közlemény a gyermekkori metabolikus szindróma (MS) kérdéskörével foglalkozik. MS főleg elhízott gyermekekben fordul elő. Komponensei: a centrális elhízás, magas vérnyomás, zsíranyagcsere zavara és a glukóz homeosztázis eltérései. Gyermekkori MS esetében jelenleg nem létezik nemzetközileg elfogadott definíció és az egyes komponensek határértékei sem egységesek.

Bevezetés
Az utóbbi évtizedek során a Föld lakossága körében főleg környezeti hatások következtében (obesogenic enviroment) kedvezőtlen változások történtek az egészséges életmód, egészségtudatos magatartás területén. A jelentős változások tetten érhetők a magas kalória- és cukortartalmú ételek fogyasztásában, ülő életmód elterjedésében és a fizikai aktivitás csökkenésében. Mindennek következményeképpen a túlsúly és elhízás globális prevalenciája meredeken emelkedett és ez az emelkedés még napjainkban is folytatódik.
A koronavírus járvány és az online oktatás elhízás gyakoriságára gyakorolt hatásáról még nincsenek országos adataink, de nemzetközi megfigyelések szerint a gyakoriság növekedése várható.
Az elhízás gyakoriságának növekedésével az ahhoz kapcsolódó vagy annak következtében kialakuló metabolikus és szervi eltérések is gyakorivá váltak. Betegségek főként felnőtt korban alakulnak ki, de gyermekkorban is számos akut és krónikus eltérés tetten érhető, melyek későbbi betegségek alapjául szolgálnak. A jelen cikkben a MS gyermekkori jellemzőivel, definíciójával, epidemiológiájával foglalkozunk. Az elhízás, MS és a nem fertőző betegségek evolúcióját az 1.ábra szemlélteti (grafikus absztraktnak is tekinthető)



1. ábra. Elhízás, metabolikus szindróma (MS) és a nem fertőző betegségek kialakulásának idővonala és a beavatkozási lehetőségek

Rövid történelmi visszatekintés

A modern értelemben a metabolikus szindróma Raeven 1988-ban megjelent közleményét követően vált széles körben ismertté. Azonban már 250 évvel ezelőtt Morgani, a híres patológus felhívta a figyelmet a viscerális elhízás, alvási légzészavar, érelmeszesedés, köszvény és magas vérnyomás közötti kapcsolatra. Az 1900-as évek elején megfigyelték bizonyos metabolikus eltérések és betegségek gyakori kombinációját. Kylin, egy svéd orvos, közölte először a magas vérnyomás, magas vércukor és köszvény (hiperurikémia) gyakori, közös előfordulását 1923-ban. Néhány évtized elteltével, 1947-ben Vague írta le elsőként, hogy elsősorban a maszkulin típusú elhízás predisponál cukorbetegségre, atherosclerosisra és köszvényre. Camus 1966-ban vezette be először a szindróma elnevezést, „Trisyndrome metabolique" néven majd 1980-ban Hanefeld és Leonhardt „Das Metabolische Syndrome" címmel publikált egy tanulmányt. A szindróma elnevezése is evolúción ment át. Korábbi elnevezések: gazdag szindróma (wealthy syndrome), halálos négyesfogat (deadly quartet), kardiometabolikus szindróma (cardiometabolic syndrome), diszmetabolikus szindróma (dysmetabolic syndrome), X szindróma (syndrome X). A mai legelfogadottabb elnevezés: metabolikus szindróma. A MS történelmi evolúcióját illetően javaslom Panteleimon (1) és Al-Hamad (2) összefoglaló közleményeinek tanulmányozását.

Metabolikus szindróma definíciója

A MS meghatározása felnőtt korban is több nehézségbe ütközött és ez még inkább igaz gyermek- és adolescens korra. A MS első gyermekkori definíciója 1999-ből származik. Ezt követően számos (> 40) kritériumrendszer született, melyek közül a legfontosabbakat az 1. táblázat mutatja. A létező definíciók egyike sem elfogadott széles körben, nincs konszenzus abban a tekintetben, hogy melyik lenne leginkább ajánlott és valamennyi vita tárgyát képezi.

Mik is a jelenleg elérhető kritériumok főbb hiányosságai?

1/ A kritériumokat felnőtt definíciókból vették át és a határértékek is sok esetben felnőtt vizsgálatokon alapulnak. Erre jó példa az emelkedett éhomi vércukor (IFG) vagy csökkent glukóz tolerancia (IGT) definíciója, mely azonos a felnőtt populációra vonatkozó értékekkel anélkül, hogy a validálás megtörtént volna. Itt fontos megjegyezni, hogy a legtöbb definíció az IFG-t ajánlja egyik kritériumként. Gyermek- és serülőkorban azonban az IFG ritka, sokkal gyakoribb az IGT ezért ennek használata lenne javaslandó.

2/ Az egyes definíciók különböző kritériumokat használnak, az eltérő határértékekről nem is beszélve.

3/ A definíciók egy része nem veszi figyelembe, hogy az egyes kritériumok értékei az életkorral folyamatosan változnak. Gyermek- és serdülőkorban egyetlen, stabil határérték sem alkalmazható. A percentilis értékeket alkalmazó definíciók megbízhatóbbak lennének, azonban a trigliceridre, HDL-koleszterinre, derékkörfogatra, inzulin rezisztencia indexre, inzulinra vonatkozó, széles körben elfogadott normatív értékek nem léteznek.

4/ Az egyik leggyakrabban használt definíció az International Diabetes Federation (IDF, Nemzetközi Diabetesz Szövetség) kritériumrendszere, melynek egyik hibája a túl magas vérnyomás határérték és hogy csak 10-16 éves serdülőkre vonatkozik. Ezen definíció szerint MS 10 éves kor alatt nem diagnosztizálható, holott mindenki tudja, akkor is létezik.

Az IDF definíció korlátait Ahrens és mtsai (4) által publikált eredmények (18 745 európai gyermek vizsgálatán alapul) részben áthidalják, hiszen 10 éves kor alatti gyermekekre érvényesek, továbbá az IDEFICS (identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants) vizsgálat kidolgozta a MS egyes komponenseinek (derék körfogat, vérnyomás, triglicerid, HDL-koleszterin, vércukor, HOMA-IR (inzulinrezisztencia index) nemre, korra vonatkozó percentilis értékeit, melyek alapján a megfigyelési és beavatkozási szintek könnyen meghatározhatóak. Sajnos ezen kritériumok 10 év feletti gyermekekre nem vonatkoznak.

A fentiekben részletezett dichotóm definíciók mellett léteznek folyamatos, kvantitatív, pontozásos rendszerek is a MS, illetve a kardiovaszkuláris rizikó becslésére. Ezek a pontozásos rendszerek az egyes kritérium-elemek z-score értékét adják össze. Minél magasabb a pontszámok összege, annál nagyobb a kardiovaszkuláris rizikó (5).

Metabolikus szindróma epidemiológiája

A MS gyakoriságára vonatkozó adatok tág határok között mozognak, a vizsgált populációtól (életkor, nem, etnikum, átlag- túlsúlyos- vagy elhízott populáció, stb.) és az alkalmazott definíciótól függően. Egy szisztematikus, áttekintő közlemény (85 vizsgálatot elemezve) az átlag gyermeklakosságban a MS medián gyakoriságát 3,3%-nak találta. A túlsúlyosok körében a prevalencia 11,9%, míg az elhízottak között 29,2% volt (6).

A fentiekben már említett IDEFICS vizsgálat prepubertás, európai gyermekekben vizsgálta a MS előfordulását (4) és főleg az elhízottak körében magas arányt talált (normál/sovány: 0,2%, túlsúlyos: 4,5%, elhízott: 13,2%).

A metabolikus szindrómához köthető további fontos komponensek

A fentiekben felsorolt tradicionális komponenseken kívül számos olyan metabolikus, hormonális és szervi eltérés kapcsolódik a MS-hoz melyek említést érdemelnek.

Nem-alkoholos zsírmáj, epekőbetegség

Magas májenzim értékek gyakori kísérői a gyermek- és serdülőkori elhízásnak. Kövér gyermekek mintegy 10%-ában észlelhető enyhén emelkedett transzaminázaktivitás (főképp glutamát piruvát transzamináz), mely gyakran társul szövettani eltéréssel (zsírmáj, zsíros degeneráció, fibrotikus degeneráció, majd cirrhosis. A máj zsírtartalma <5% fiziológiásan. Ezt meghaladó érték esetén beszélhetünk steatosis hepatisról. A legmegbízha-

több diagnózist a májbiopsziás minta szövettani vizsgálata szolgáltatja. Májbiopsziát zsírmáj igazolására nagyon ritkán indikálunk. Máj ultrahangos vizsgálata a májenzim vizsgálatokkal együtt általában elegendő a diagnózishoz. A zsírmáj kialakulásában a gyakran észlelhető hyperinsulinaemia is fontos szerepet játszhat. A sikeres fogyókúra és a fruktóz bevitel csökkentése a májenzimeket normalizálja. Amennyiben a transzamináz emelkedés tartósan a normál érték kétszerese gasztroenterológiai szakvizsgálat javasolt. A fokozott koleszterinszintézis és az epe fokozott koleszterin telítettsége kövér felnőttekben a cholelithiasis gyakoriságának növekedéséhez vezet. Elhízott gyermekekben és serdülőkben az epekő keletkezése relatíve ritka, de az észlelt gyermekkori epekőbetegek 50%-a kövér.

Hyperuricaemia: Fruktóz és a húgysav szerepe a MS-ban (7)

A húgysav (purin metabolizmus végterméke) szérum szintjét az elhízás mellett nagy mértékben befolyásolja a magas purin tartalmú tápanyagok bevitele és a fruktóz fogyasztás. Modern társadalmunkban igen magas a fruktózbevitel a különböző édesített ételek, italok (kukorica szirup) nagy népszerűsége miatt. A magas húgysavszint szerepet játszik a hipertónia, 2-es típusú cukorbetegség, pangásos szívelégtelenség, érelmeszesedés és krónikus vesebetegségek patomechanizmusaiban. Számos vizsgálat összefüggést talált a húgysavszint és a MS között. A BMI 1/kg/m2 emelkedése 5,74 µmol/l húgysav emelkedést okoz populációs szinten. A fruktóz a húgysav szint emelése mellett növeli a májban történő „de novo" lipogenezist, segíti a diszlipidémia, inzulin rezisztencia, viscerális elhízás és a zsírmáj kialakulását (7). A MS kivizsgálása során a szérum húgysav meghatározása is fontos.

Zsírszövet által termelt citokinek

Hosszú ideig a zsírszövetet passzív, energiatároló szervként tartották számon. Az utóbbi évtizedekben számtalan tudományos vizsgálat bizonyította, hogy a zsírszövet fontos endokrin szerv, mely több száz különböző aktív faktort szekretál, melyeket közös néven zsírsejtek által termelt citokineknek (adipocitokinek) nevezünk. Ezek között találhatóak hormonok (leptin), növekedési faktorok (inzulin-szerű növekedési faktor-1), gyulladásos mediátorok (interleukin 6, 8, c-reaktív protein, zsírsavak) (2. táblázat). Ezen adipokinek szintje megváltozik nemcsak elhízás esetén, hanem kapcsolatot mutatnak a zsírmáj és a MS kialakulásával is (7). A 2. táblázatban csupán a legfontosabb adipokineket és funkciójukat ismertetjük. Ezek közül a magas szenzitivitású c-reaktív protein (hsCRP) meghatározása rutin laboratóriumi vizsgálatok közé tartozik. A hsCRP szint a normális tartományon belül (< 5 mg/l) emelkedést mutat elhízott gyermekekben és alacsony fokú krónikus gyulladás jelzője lehet, ezért a MS kivizsgálásának fontos része kell, hogy legyen.

Következtetések

A diagnózis bizonytalanságai ellenére a MS nagy cardiovascularis kockázattal járó állapotok közé tartozó komplex anyagcsere-betegség, ami gyakorisága miatt kiemelt gyakorlati jelentőséggel bír. A MS, mint koncepció igen vonzó és ígéretes, nagyon sok tudományos vizsgálatot iniciál még jelenleg is. Diagnosztikai eszközként azonban csak fenntartásokkal, a bizonytalansági faktorok és a hiányosságok figyelembevételével alkalmazható gyermekkorban. A tradicionális komponenseken túl, javasolt a májenzimek, húgysav és hsCRP szintjeinek ellenőrzése és a has ultrahang vizsgálata is a MS kivizsgálása során.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány az RRF-2.3.1-21-2022-00012 „Humán Reprodukciós Nemzeti Laboratórium" program keretén belül, annak támogatásával valósult meg.
A TKP2021-EGA-10 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a TKP2021-EGA pályázati program finanszírozásában valósult meg.

Irodalom:

1/ Sarafidis PA, és Nilsson PM. The metabolic syndrome: a glance at its history. J Hypertens 2006; 24: 621-6.

2/ Al-Hamad D és Raman V Metabolic syndrome in children and adolescents. Transl Pediatr 2017; 6: 397-407.

3/ Serbis A, Giapros V, Galli-TsnoPoulou A, Siomou E Metabolic syndrome in children and adolescents: Is there a universally accepted definition? Does it matter? Metab Syndr and Relat Disord 2020; 20: 462-70.

4/ Ahrens W, Moreno L, Marild S és mtsai Metabolic syndrome in young children: Definitions and results of the IDEFICS study. Int J Obes 2014; 38: S4-S14.

5/ Eisenmann JC On the use of a continuous metabolic syndrome score in pediatric research. Cardiovasc Diabetol 2008; 7: 17. doi:10.1186/1475-2840-7-17

6/ Friend A, Craig L, Turner S The prevalence of metabolic syndrome in children: a systematic review of the literature. Metab Syndr Relat Disord 2013; 11: 71-80.

7/ Busslera S, Penke M, Flemming G és mtsai Novel Insights in the Metabolic Syndrome in Childhood and Adolescence. Horm Res Pediatr 2017; 88:181–93.

1. Táblázat Metabolikus szindróma különböző definíciói gyermekkorban

	Chen és mtsai 1999.	Cook és mtsai 2003.	Cruz és mtsai 2004.	Weiss és mtsai 2004.	de Ferranti és mtsai 2004.	Viner és mtsai 2005.	Zimmet és mtsai (IDF) 2007.	Ahrens és mtsai 2014.
Szükséges kritériumok	4 kritérium >75 pct	≥ 3 kritérium	≥ 3 kritérium	≥ 3 kritérium	≥ 3 kritérium	Elhízás + ≥ 2 kritérium	Elhízás + ≥ 2 kritérium	≥ 3 kritérium megfigyelési (beavatkozási szint)
Elhízás	BMI	WC ≥ 90 pct	WC ≥ 90 pct	BMI z-score ≥ 2,0	WC ≥ 75 pct	BMI ≥ 95 pct	WC ≥ 90 pct	WC ≥ 90 pct (>95 pct)
A vércukor egyensúly eltérései	Éhomi inzulin	IFG (≥110 mg/dl)	IGT (>140mg /dl a glukóz terhelés 120. percében	IGT (>140 mg/dl a glukóz terhelés 120. percében)	IFG (≥110 mg/dl)	IFG (>110 mg/dl) vagy IGT (>140 mg/dl a glukóz terhelés 120. percében)	IFG (≥100 mg/dl)	HOMA-IR vagy éhomi glukóz pct (>95 pct)
Diszlipidémia triglicerid	TG/HDL	TG ≥ 110 mg/dl	TG ≥ 90 pct	TG >95 pct	TG ≥ 100 md/dl	TG ≥ 155 mg/dl	Tg ≥ 155 mg/dl	TG >90 pct (>95pct)
Diszlipidémia Hdl-koleszterin		HDL ≤ 40 mg/dl	HDL ≤ 10 pct	HDL ≤ 5 pct	HDL ≤ 50 mg/dl	HDL ≤ 35 mg/dl	HDL ≤ 40 mg/dl	HDL ≤ 10 pct (≤ 5 pct)
Hipertónia	Artériás középnyomás	SBP vagy DBP ≥ 90 pct	BP ≥ 90 pct	BP ≥ 90 pct	BP ≥ 90 pct	SBP ≥ 95 pct	SBP ≥ 130 Hgmm vagy DBP ≥ 85 Hgmm	SBP vagy DBP >90pct (>95 pct)

pct=percentilis; BP=vérnyomás; SBP=szisztolés vérnyomás; DBP=diasztolés vérnyomás; BMI=testtömeg index; WC=derékkörfogat; HDL= nagy denzitású lipoprotein; TG=triglicerid; IFG=emelkedett éhomi vércukor; IGT=csökkent glukóz tolerancia; HOMA-IR=inzulin rezisztencia index; IDF=International Diabetes Federation

Adipocitokin elnevezése	Termelődés helye	Biológiai funkció	Következménye elhízott gyermekben
Adiponektin	adipociták	Antiaterogén hatás, Antidiabetogén hatás, Gyulladáscsökkentő és oxidatív hatás	Szérum szint ↓ Összefüggést mutat az IR - val, NIDDM -el, MS – val és CV- vel Rosszindulatú daganatok kockázata ↑
hsCRP	hepatociták és adipociták	Nem specifikus akut fázis fehérje Alacsony fokú gyulladás markere	Szérum szint ↑
IL-6, IL-8	adipociták és makrofágok	Gyulladás keltő hatás	Szérum szint ↑
Leptin	adipociták és más sejtek	Táplálék bevitel ↓ Energia ráfordítás ↑	Szérum szint ↑ Relatív leptin-rezisztencia elhízott gyermekekben Összefüggést mutat az IR - val, NAFLD -el, MS – val
Visfatin	adipociták	Inzulin receptor kötés, lehetséges inzulin-utánzó hatások, Vércukorszint ↓ Inzulinérzékenység ↑ Érfal simasejtjeinek érése ↑	Összefüggést mutat a BMI-vel, csípőkörfogattal, derékkörfogattal, HOMA-IR-el és az alacsony fokú gyulladással
Resistin	makrofágok és más sejtek	Gyulladást keltő hatás Inzulin antagonista Inzulin érzékenység ↓ Inzulin által stimulált glükózfelvétel ↓	Ellentmondásos eredmények: Összefüggést mutat IR - val, NIDDM -el, MS – val, atherosclerosisban való lehetséges szerep
TNFα	monociták, makrofágok, adipociták	Kölcsönhatás az inzulin jelátviteli útvonalakkal Inzulin receptor és GLUT4 gének expressziója ↓ Inzulin által stimulált glükózfelvétel ↓	Szérum szint ↑

IR- inzulin rezisztencia, NIDDM – 2-es típusú diabetes mellitus, MS – metabolikus szindróma, CV – cardiovascularis megbetegedés, hsCRP – magas szenzitivitású C-reaktív protein, NAFLD – nem alkoholos zsírmáj, BMI – body mass index, HOMA-IR – inzulinrezisztencia index, GLUT4 gén– glükóz transzporter 4 gén

A metabolikus szindróma kezelési lehetőségei gyermekkorban

Erhardt Éva egyetemi docens, Nagy Noémi szakorvos-jelölt, Stomfai Sarolta csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
Levelező szerző: Dr.Erhardt Éva, PTE KK Gyermekgyógyászati Klinika, 7623 Pécs, József A. u. 7.
telefon +36 72 536-000, email: erhardt.eva@pte.hu

Összefoglalás
Bár a gyermekkori metabolikus szindróma az irodalomban és a mindennapi gyakorlatban is folyamatosan megjelenő probléma, egységes irányelvek sem a definiciójára, sem a terápiás lehetőségekre jelenleg nem állnak rendelkezésre. Az irodalmi ajánlások szerint a metabolikus szindróma komponenseit külön-külön kell kezelni, mely során az elsődleges az életmód-változtatás, és második vonalbeli terápia a gyógyszeres kezelés. Jelen közleményben e terápiás lehetőségeket foglaljuk össze.

Bevezetés
Bár felnőttekben a metabolikus szindróma (MS) ismert rizikótényező a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában, de gyermekkorban diagnosztikai kritériumai nem ugyanazzal a prediktív értékkel rendelkeznek (1). E különszámban Molnár és mtsai a MS epidemiológiájával és kritériumrendszerével részletesen foglalkoznak. A MS kritériumrendszereinek alkalmazhatóságát, hasznosságát egyes szerzők megkérdőjelezik gyermekkorban, miszerint a MS nem igazi szindróma, hanem csupán az inzulin rezisztencia következménye, egyes markereinek együttese. Minthogy az elhízásnak a MS összetevőin túl már gyermek- és serdülőkorban további szövődményei (nem-alkoholos zsírmáj (non-alkoholic fatty liver disease, NAFLD); elhízással társuló vesebetegség, aminek első jele a mikroalbuminuria; gyulladásos mediátorok; magas szérumhúgysav szint) is észlelhetők lehetnek, ezért a felnőttkori globális kardiometabolikus kockázat szemléletének analógiájára, a gyermekkori elhízásban is a részletes, egyéni rizikóstátusz megállapításának fontosságát és az egyes komponensek kezelését ajánlják. Jelen közlemény célja a metabolikus szindróma egyes komponenseire (centrális elhízásra, inzulin rezisztenciára, dyszlipidémia, hipertóniára és NAFLD-re) vonatkozó terápiás lehetőségek összefoglalása, különös tekintettel az életmód-változtatás ajánlásaira és a jelenleg elérhető, lehetséges gyógyszeres kezelésre.

Kezelési lehetőségek
Életmód-változtatás
Az elhízás és metabolikus szindróma terápiája minden esetben az életmódváltoztatással kell kezdődnie. Gyógyszeres kezelés akkor javasolt, ha intenzív életmódváltoztatási programokkal sem lehetséges a testsúly csökkentése vagy a társuló betegség kezelése. A MS komponenseinek javulásához szükséges testsúlycsökkentés mértékét pontosan nem lehet meghatározni. Az egyszerű elhízás esetében gyermekkorban a mérsékelten csökkentett energiatartalmú, szénhidrátszegény diéta, és a rendszeres fizikai aktivitás az ajánlott kezelés. Az elhízáshoz társuló betegségek megelőzése szempontjából már a 10% relatív túlsúlycsökkenés is eredménynek tekintendő, ha azt sikerül megtartani. A kezelésnek mindig hosszú távúnak kell lennie.
Még fejlődésben lévő gyermek esetében a testsúly tartása a cél (a testmagasság növekedése mellett) vagy lassú, folyamatos súlycsökkenés (testsúlycsökkenés <0,5 ttkg/hónap) a gyermek optimális fejlődésének megtartása mellett. A MS optimális étrendi kezelése még mindig vita tárgyát képezi. A gyermek táplálkozásának kiegyensúlyozottnak kell lennie, ami annyit jelent, hogy az energia- és tápanyagbevitel az élettanilag indokolt szükségletnek megfeleljen, és a tápanyagok egymás közötti aránya optimális legyen. Az étrendben kapjanak nagy hangsúlyt a cereáliák, a zöldségek, gyümölcsök, tehát a növényi eredetű, magas rosttartalmú táplálékok, mivel ezek fogyasztása növeli a szervezet inzulin érzékenységét, javítja a testösszetételt, csökkenti a vérnyomást, és javítja az éhomi vércukorszintet. Kerülni kell a magas zsírtartalmú húsok és tejtermékek fogyasztását, mivel ezek viszont károsítják az inzulin érzékenységet függetlenül a serdülők testzsírtartalmától. A táplálék magas zsír/fehérje aránya pedig negatív korrelációt mutat az inzulin érzékenységgel és az inzulin-clearence-szel prepubertaskorú gyermekekben (2).
A táplálkozás szempontjából az étrend egészére kell helyezni a hangsúlyt. A cukrozott üdítők fogyasztását jelentősen korlátozni, lehetőleg kerülni kell. A gyermekeknél ajánlott napi ötszöri zöldség-és gyümölcsfogyasztás. Az étkezési szokások szerepe is kimutatott az elhízás kialakulásában, illetve állandósulásában, azaz pl. a reggeli kihagyása, a nem otthoni étkezések száma (különösen gyorséttermi ételek fogyasztása), a túl gyors étkezés, valamint az éhségérzet hiányában történő étkezés kerülése is fontos szerepet kap az elhízás kezelésében. A gyermekkori elhízás étrendi kezelésénél az energiabevitel nagysága is előírható, azaz meg kell határozni a gyermek vagy serdülő energiaszükségletét, amit a nem, az életkor, a fizikai aktivitás szintje és az elhízás mértéke befolyásol. Az egyes életkorokban és nemenként

a normális fejlődést biztosító, szükséges energia-bevitel meghatározása egyenletek segítségével vagy táblázatok alkalmazásával lehetséges. A napi energiabevitel viszont az elfogyasztott táplálékok feljegyzése alapján vagy applikációk alkalmazásával, a kalóriaszámítás szabályai szerint határozható meg. A csökkent energiatartalmú diéta összeállítása nagy körültekintést igényel. A fizikai aktivitás (Physical activity /PA/) – mint az energialeadás egyik kiemelt és tudatosan szabályozható lehetősége – nagy szerepet kap a metabolikus szindróma kezelésében és megelőzésében egyaránt. A PA nemcsak a fogyással, hanem a magasabb inzulin érzékenységgel is összefügg, függetlenül az elhízástól. A fizikai aktivitáson túl, az ülő életmód (sedentary lifestyle, SED) az elhízás önálló rizikótényezője. Az ülő életmódon belül különösen fontos a monitor (tévé, komputer, mobiltelefon) előtt töltött idő. A fizikai aktivitás pozitív hatású a vérnyomás csökkentés szempontjából is (3). Fontos szempont még - az életmódváltoztatással kapcsolatban - az alvással töltött idő, ami befolyásolja a testsúlyt és az inzulinérzékenységet (4). A rövid alvási idő és különösen az obstruktív alvási apnoe (Obstructive Sleep Apnoe Syndrome, OSAS) bizonyítottan összefüggésbe hozható elhízott gyermekekben mért inzulinrezisztenciával (5).

A metabolikus szindróma étrendi kezelésével, valamint a fizikai aktivitás szerepével kapcsolatosan számos klinikai vizsgálat történt. A HELENA (HEalthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) tíz európai város, 12,5-17,5 éves egészséges serdülőinek keresztmetszeti vizsgálata (6), melynek célja a különböző életmódbeli tényezők és az egészségi állapot vizsgálata volt serdülőkben. Az eredmények azt mutatták, hogy a rendszeres reggeli fogyasztása egészségesebb kardiovaszkuláris státuszt eredményezett, és hogy a testzsírtartalom csökkentebb volt azon serdülőkben, akik reggeliztek. A vizsgált serdülők átlagosan napi 9 órát töltöttek ülő (sedentary) tevékenységgel. Az ülő életmód egyértelműen összefüggésbe hozható a szív- és érrendszeri kockázati tényezőkkel és a csontok ásványianyag-tartalmával.

Az egyik legutóbb megjelent "Beta-JUDO" tanulmány (7) eredménye alapján elhízott serdülőkben a metabolikus szindróma kockázatának csökkentése szempontjából kimutatható volt, hogy a kevés ülő életmódot folytató és a közepestől-magas intenzitású fizikai aktivitást (MVPA) végző adoleszcensekben volt a legjobb eredmény a MS megelőzése szempontjából. Eredményeik alapján a gyermek életmódjában fokozatos változtatás szükséges, azaz első lépésként az ülő életmód csökkentése javasolt.

Az Amerikai Endokrinológiai Társaság a gyermekendokrinológiai társasággal együtt kiadott irányelvében naponta minimum 20 perc közepestől- magas intenzitású fizikai aktivitást ajánl, napi 60 perces időtartam eléréséig, iskolán kívül, valamint maximum napi 1-2 óra monitor előtt töltött időt (2). Az Európai Gyermekobesitas Társaság (European Childhood Obesity Group, ECOG) állásfoglalása (8) szerint, csökkenteni kell a SED-viselkedést az MVPA-tól függetlenül, és figyelembe kell venni a PA-SED mintákat az elhízott fiataloknál. A mozgási magatartás-tanácsadás fokozatos vagy szekvenciális megközelítései először a SED célzottan történő kezelésével kezdődhetnek a kardiometabolikus kockázatok csökkentése érdekében, amikor az MVPA megvalósítása még nem lehetséges. Napi 60 perc közepes és magas intenzitású fizikai aktivitás tekinthető védő hatásúnak. A gyermekek és serdülők egészséges életmódra nevelése és egészséges táplálása feltétlenül fontos az elhízás és metabolikus szindróma megelőzése, valamint kezelése céljából egyaránt. A testsúly normalizálását viselkedésterápia és pszichológiai kezelés segítheti.

Gyógyszeres kezelés

A jól ismert életmódbeli tanácsokon kívül az elhízás gyógyszeres kezelésének bizonyos helyzetekben egyértelműen szerepe van. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatala (Food and Drug Administration, FDA) engedélyezése alapján 12 éves életkor felett az orlistat, lipázgátló, míg 16 éves életkortól a phentermin, szimpatikomimetikum adható a testsúly csökkentésére. 2022-ben a centrális hatású phentermin/topiramat kombinációt is engedélyezte az FDA, 12 éves életkortól. A topiramat az epilepszia kezelésére használt gyógyszer, amely blokkolja a neuronok Na+-csatornáit, a glutamátreceptorok antagonistája, étvágycsökkentő hatását a gamma-amino-vajsav (Gamma-Aminibutyric Acid, GABA) aktivitásának fokozásán keresztül éri el. A phentermin/topiramat kombinációja szignifikánsan csökkentette a testtömegindexet (/BMI–Body Mass Indeces)-t és javította a szérum triglicerid és HDL-koleszterin-szintejeit 12-17 éves serdülőkben (9).

Az inkretinek többféle anyagcsere-funkcióval rendelkező, bélben termelődő hormonok, melyek közé tartozik a glükagonszerű peptid-1 (GLP-1), amely inzulinotróp hatását a hasnyálmirigy béta-sejteken nagymértékben kifejeződő G-fehérje-kapcsolt receptorokon keresztül fejti ki, de más sejteken is expresszálódik, így közvetett anyagcsere-hatása is ismert. A liraglutid egy humán GLP-1 analóg, aminek perifériás és centrális hatása is van. A periférián növeli az inzulinszekréciót, de a gyomorürülés ütemének csökkentésével az étvágyra is hatással van. Centrális étvágycsökkentő hatását pedig a hypothalamus nucleus arcuatus és az amygdala, valamint a cortex táplálékfelvételt befolyásolásával fejti ki. Az FDA 2020 decemberétől engedélyezte a liraglutidterápiát 12 éves kor felett, elhízott serdülőkben. Az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency, EMA) pedig 2021 áprilisától adott engedélyt, így ez a gyógyszer az első, EMA által engedélyezett terápia elhízott serdülőkben, 12 éves életkortól (2,9), ami Magyarországon is beszerezhető, alkalmazható. A metformin a biguanidok közé tartozó gyógyszer, amelyet az FDA elsődlegesen 10 év feletti, 2-es típusú

diabeteszes gyermekek kezelésére engedélyezett. Önmagában, az obesitas terápiájára nem indikálható. A gyermek-és serdülőkori elhízás kezelésében alkalmazható gyógyszerek az 1.sz táblázatban olvashatók.
Az elhízás, mint a metabolikus szindróma egyik kritériuma, gyermek- és serdülőkorban történő kezelésére vannak még klinikai vizsgálatokból származó, pozitív eredmények, de ezen szerek engedélyezése folyamatban van.
A metabolikus szindrómában szereplő zsíranyagcserezavar egyik fő komponense a hiperkoleszterinémia, amelynek kezelésére, amennyiben az életmód-változtatással nem érhető el 6 hónapon belül javulás, az első választandó gyógyszercsoport, gyermekpopulációban, a HMG-CoA-reduktáz gátlók, a sztatinok. Mellékhatásaik ritkák és általában enyhék, leggyakrabban fejfájás, szédülés, myalgia és gasztrointesztinális tünetek jelentkezhetnek. 10 éves életkor felett, ha a sztatinok nem hatásosak, vagy mellékhatás jelentkezik, a fibrátszármazékok közül az Ezetimib tabletta alkalmazható.
Az elhízáshoz társuló hipertónia kezelésére, a legutóbbi magyar útmutató 2019-ben jelent meg a Gyermekgyógyászat c. folyóiratban (10). Amennyiben gyógyszeres terápiára van szükség, legalább 6 hónap életmódkezelést követően, akkor mindig monoterápiát szükséges kezdeni, mely során az angiotenzinkonvertáló- enzim (ACE-) gátlók, angiotenzinreceptor-blokkolók (Angiotensin Receptor blockers, ARB) választandók elsőként.

Következtetés

A gyermekkori metabolikus szindrómára, illetve ennek komponenseire nemcsak nemzetközileg elfogadott kritériumrendszer nem áll rendelkezésre jelenleg, hanem az egységes terápiás ajánlások is hiányoznak. Az elmúlt években azonban a MS folyamatosan az érdeklődés középpontjában áll, s a terápiában, különösen az elhízás kezelési lehetőségeiben, új gyógyszerek kerültek forgalomba. Ennek ellenére – MS esetén – gyermek- és serdülőkorban az elsővonalbeli kezelés továbbra is az életmód-változtatás, beleértve az étrendet, fizikai aktivitást, viselkedés- és családterápiát. Farmakológiai terápia azon betegeknél alkalmazandó, akiknél a multidiszciplináris életmódbeli terápia sikertelen volt, és a metabolikus szindróma több kritériuma egyszerre áll fenn.
További vizsgálatokra van szükség ahhoz, hogy a gyermekkori MS kezelésében alkalmazott új farmakológiai lehetőségek hatékonyságát és biztonságosságát egyértelműen meg lehessen határozni. A gyermekkori MS esetén azonban a fő cél továbbra is e szindróma, illetve a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek megelőzése.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a TKP2021-EGA-10 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a TKP2021-EGA pályázati program finanszírozásában valósult meg.

Irodalom

1. Magge SN, Goodman E, Armstrong SC. The metabolic syndrome in children and adolescents shifting the focus to cardiometabolic risk factor clustering. Paediatrcs, 2017; 140 (2): e20171603

2. Tagi VM, Sarnvelyan S, Chiarelli F: Treatment of metabolic syndrome in children. Horm Res Paediatr 2020; 93: 215-225.

3. Farpour-Lambert N, Aggoun Y, Marchard L és mtsai. Physical activity reduces systematic blood pressure and improves early markers of atherosclerosis in prepubertal obese children. J Am Coll Cardiol 2009; 54(25): 2396-2406.

4. KaarJL, Simon SL, Schmege SJ és mtsai Adolescent's health behaviors and risk for insulin resistance: a review of the literature. Curr Diab Rep 2017; 17(7): 49.

5. Sayin FK, Buyukman M. Sleep duration and media time have a major impact on insulin resistance and metabolic risk factors in obese children and adolescents. Child Obes 2016; 12(4): 272-278.

6. Moreno LA, Gottrand F, Huybrechts I et al. Nutrition and Lifestyle in European Adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study Adv. Nutr. 2014; 5: 615S–623S.

7. Valérie J, Ciba I, Olsson R és mtsai. Association between metabolic syndrome and the physical activity- sedentary profile of adolescents with Obesity: a complementary analysis of the Beta-Judo Study. Nutrients 2022;14, 60.

8. Valérie J, Ring-Dimitriouc S, Wyszyńskad J és mtsai.. There Is a Clinical Need to Consider the Physical

Activity: Sedentary Pattern in Children with Obesity - Position Paper of the European Childhood Obesity Group Ann Nutr Metab 2022;78:236–24.

9. Calcaterra V , Rossi V , Maria A és mtsai. Medical treatment of weight loss in children and adolescents with obesity Pharmacol Res , 2022; 185 106471

10. Reusz Gy, Szabó L, Kis É: Útmutató a hypertonia csecsemõ- és gyermekkori ellátásához Guide for the treatment of hypertension in infants and childhood Gyermekgyógyászat 2019 ; 70(2): 109-120.

1. Táblázat: Gyermek- és serdülőkori elhízás kezelésében alkalmazható gyógyszerek

Gyógyszer/hatóanyag	Hatásmechanizmus	A leggyakoribb mellékhatások
orlistat #	***perifériás hatású*** lipáz gátló	steatorrhoea, haspuffadás, flatulancia
phentermin #	***centrális hatású*** szimpatikomimetikum	fejfájás, szédülés; palpitáció, hasmenés vagy székrekedés
topiramat /phenterminnel kombinációban/ #	***centrális hatású*** blokkolja a neuronok Na+ -csatornáit a glutamátreceptorok antagonistája étvágycsökkentő hatását a gamma-amino-vajsav aktivitásának fokozásán keresztül éri el	álmatlanság, szédülés, a kognitív funkció zavar
glükagonszerű peptid -1-(GLP-1-)analóg (liraglutid) #, @	***centrális és perifériás hatású*** étvágycsökkentő, gyomorürülést csökkenti növeli a termogenezist és lipolízist növeli a posztprandiális inzulinszintet, csökkenti a glükagonszekréciót csökkenti a gyulladásos citokinek felszabadulását, így a gyulladásos folyamatokban van szerepe, gátolja a makrofáginfiltrációt a zsírszövetbe, májba és az erek falába	hányinger, hányás, hasmenés, fejfájás, fájdalmas vizelés, láz, torokfájás, köhögés
• metformin (biguanid) #,@	***perifériás hatású*** májban gátolja a glükoneogenezist javítja a perifériásinzulin-szekréciót	hasi fájdalom, hasmenés, haspuffadás

Magyarázat

FDA által engedélyezett;

@ EMA által engedélyezett
Önmagában, elhízás terápiájára nem indikálható. Alkalmazhatóság: 10 éves kor felett, prediabéteszes és 2-es típusú diabéteszes gyermekeknek;

Obesitás és hypertonia - 2023. évi Európai Hypertonia Társaság irányelveinek tükrében

Dr. habil. Barna István
Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

Összefoglalás

2023 júniusában, Milánóban került bemutatásra az Európai Hypertonia Társaság legújabb irányelve a magasvérnyomás betegség diagnózisáról és az egyes társállapotok speciális kezeléséről. Az elhízás kezelése átfogó orvosi megközelítést igényel, amely magában foglalja a viselkedési beavatkozásokat, a farmakoterápiát és a bariátriai sebészetet. Normál testsúlyúak közt 23-24%, túlsúlyosakban 48-50%, elhízottakban 60-70%-os a hypertonia prevalenciája. A túlsúly és hypertonia komplex terápiájának része a nem gyógyszeres és gyógyszeres kezelés, melynek bázisa a megfelelő beteg együttműködés,
kulcsszavak: ESH irányelv 2023, Obesitas, hypertonia, kezelés

Bevezetés

Az egyik legnagyobb epidemiológiai felmérésben 3,5 millió egyén adatának elemzése történt. Testméretfenotípusokat alkottak, amelyeket a testtömegindex kategóriák (sovány, normál súly, túlsúly és elhízás) és 3 anyagcsere-rendellenesség (cukorbetegség, magas vérnyomás és hiperlipidémia) alapján határoztak meg. Az első leges végpont 4 kardiovaszkuláris végpontból állt: koszorúér-betegség [CHD], cerebrovaszkuláris betegség, szívelégtelenség és perifériás érbetegség. A metabolikusan egészséges, elhízott egyénekben nagyobb volt a szívkoszorúér-betegség, az agyi érbetegség és a szívelégtelenség kockázata, mint a normál testsúlyú, metabolikusan egészséges egyénekben. Még a normál testsúlyú egyéneknél is előfordulhatnak anyagcsere-rendellenességek, és hasonló kockázatot jelenthetnek a szív- és érrendszeri megbetegedések (1). A Magyar Hypertonia Társaság Regisztere alapján a népbetegségnek számító hypertoniában szenvedő betegek száma meghaladja hazánkban a 3,3 milliót. 55 éves kor alatt a férfiakban nagyobb a hypertonia prevalencia, mint nőkben; 55-64 év között a két nemben kiegyenlítődés jön létre; 65 év felett pedig a nőkben nagyobb a prevalencia, mint férfiakban. Normál testsúlyúak közt 23-24%, túlsúlyosakban 48-50%, elhízottakban 60-70%-os a prevalenciája (2). 2023 júniusában került bemutatásra a lezárult nagy nemzetközi vizsgálatok ismeretében az Európai Hypertonia Társaság legújabb irányelve a magasvérnyomás betegség diagnózisáról és kezeléséről (3). Az összefoglaló cikkben ennek rövid bemutatása történik, elsősorban a magasvérnyomás betegség és obesitas társulása esetén.

Túlsúlyos állapot és hypertonia

A jellemző hormonális elváltozás hátterét már több mint húsz éve ismerhetjük, napjaink tudása egyre, szinte alig követhetően bővül. Túlsúlyos állapotban az zsírsejtek (adipociták) száma megnő. Az emelkedett adipocita szám által megnő az aldoszteron szintézise és szekréciója, melynek következménye a megemelkedett plazma aldoszteron szint, Az emelkedett aldoszteron szerepet játszik a túlsúly okozta hypertonia kialakulásában . Igazolt hogy a testsúly csökkenésével együtt csökken a plazma aldoszteron szintje is. (4-5).

Az adipocytokinek egyéb tényezők mellett a leptin, adiponektin, interleukin 6 (IL-6), tumor necrosis faktor-alfa (TNF-alfa) töltenek be szerepet a szisztémás gyulladás pathomechanizmusában. Klinikailag az endothel permeabilitás növekedését, a plakkok kifejlődését, és ezzel az atherosclerosis kialakulást okozza. Ezzel párhuzamosan lassul a koleszterin anyagcsere, megnő a glukóz képzés és ez inzulin rezisztenciát eredményez. Az izmokban a hypertrophizálódott adipocyták rontják a glukóz felvételét, csökkentik a hasnyálmirigyben az inzulin kiválasztását, és ez ugyancsak inzulin rezisztenciát okoz. A renin és angiotenzin aktiváció nem igazolható túlsúlyos hypertoniás egyénekben. Túlsúlyos betegekben megnő a szteroidok szintézise (beleértve a kortizolt is (6).

Diagnosztika, célértékek

A vérnyomás mérése során kulcsfontosságú a helyes vérnyomásmérés, az új 2023 évi ESH irányelvek részletes algoritmust tartalmaznak a vérnyomás mérésére vonatkozóan. Az előnyben részesített módszer az automatizált mandzsetta alapú validált műszerrel történő vérnyomásmérés (1/B evidencia). Egy alkalommal legalább 2-3-szor ismételjük meg a mérést, és abból számítjuk ki a mérések átlagát. A két mérés között legalább 1 perc teljen el. A megfelelő mandzsettaméret használata különösen túlsúlyos egyénekben kiemelt jelentőségű, hiszen kisebb mandzsettával 10-15Hgmm-rel is nagyobb értéket mérhetünk. Az önvérnyomásmérés kiemelt jelentőségűvé vált a hypertonia diagnosztikájában és a terápia hatékonyságának ellenőrzésében. Bizonyítékokkal alátámasztott, hogy az önvérnyomásmérés javítja a beteg compliance-t és a vérnyomás célértéken tartását. Az otthoni vérnyomásérték a rendelői értéknél jobb előjelzője a szervkárosodások megjelenésének (1/C). A 24 órás

vérnyomásmonitorozás (ABPM) mind a mortalitás, mind az éjszakai és a reggeli vérnyomásemelkedés tekintetében egyedülálló információkat ad a nappali és éjszakai 20 percenkénti mérés során (1/C) A vérnyomásértékek osztályozása során normális és emelkedett kategóriát különböztetünk meg. A magas vérnyomás definíciója változatlan maradt, a korábbi irányelvekhez hasonlóan; ismételt ≥140 Hgmm-es rendelői szisztolés vérnyomás és/vagy ≥90 Hgmm diasztolés vérnyomásérték. Az új irányelvekben a vérnyomás célértéke megegyezik a hypertoniás betegek általános populációjára vonatkozó korábbi irányelvekkel. A cél a legtöbb betegnél <140/80 Hgmm. Ez adja a vérnyomáscsökkentő védőhatás jelentős részét. (1. táblázat). Az irányelv szerkesztői külön hangsúlyozzák, hogy a célértéket minél előbb el kell érni. Ha azonban pusztán életmód alapú megközelítéssel néhány hónapon belül nem sikerül a vérnyomás szabályozását elérni, akkor gyógyszeres kezelésre van szükség.

A túlsúly gyógyszeres kezelése

Az elhízás egy krónikus, progresszív és kiújuló betegség, melynek világszerte növekvő prevalenciája fokozott megbetegedéssel és halálozással, valamint csökkent életminőséggel jár. Az elhízás kezelése átfogó orvosi megközelítést igényel, amely magában foglalja a viselkedési beavatkozásokat, a farmakoterápiát és a bariátriai sebészetet. A fogyás mértéke minden megközelítés esetén összetett, és a testsúly hosszú távú fenntartása továbbra is kihívást jelent. Évek óta az elhízás elleni gyógyszerek száma szűkös, gyakran csekély hatást fejtenek ki, és számos biztonsági aggályt vetnek fel. A 2,4 Dinitrofenol, a fenfluramin, dexfenfluramin, a sibutramine, a rimonabant és a lorcaserin különböző melléhatások miatt nem alkalmazhatók. Ezért nagy hatékonyságú és biztonságos új szerek kifejlesztése vált szükségessé. A topiramat GABA receptorra ható készítmény, a bupropion/ naltrexon – dopaminerg/ noradrenalin tengelyen hat, és az orlistat a hasnyálmirigy lipáz enzimen fejti ki hatását. Az elhízás összetett patofiziológiájával kapcsolatos közelmúltbeli betekintések révén jobban megértettük az elhízás kezelésében és a testtömeggel összefüggő kardiometabolikus szövődmények, nevezetesen a 2-es típusú cukorbetegség, hiperlipidémia és magas vérnyomás elleni gyógyszeres terápiák célpontjait (7).

Újdonság a glukagonszerű peptid-1 receptor agonista (GLP-1RA), amelyet nemrégiben hagytak jóvá az elhízás kezelésére (liraglutid és a szemaglutid). A hetente egyszer adott 2,4 mg szemaglutid körülbelül 15%-kal csökkenti egy évi kezelést követően a testtömeget, és ezzel egyidejűleg javítja a kardiometabolikus kockázati tényezőket és az elhízott emberek fizikai működését.

A két szer 5 (semaglutid 2,4mg vs. liraglutid 3mg) összehasonlító vizsgálata a 68 hétig tartó STEP8 Study-ban -15,8kg vs. -6,4kg (p<0,001) volt a vizsgálat végén a testsúly, és -2,8/-4,5Hgmm (szisztolés/diasztolés) a vérnyomás különbség (8,9). A hazánkban még nem elérhető tirzepaid hatóanyagot tartalmazó kettős glükózdependens inzulinotróp polipeptiddel végzett vizsgálatban a testtömeg 20%-t meghaladó testsúly csökkenés érhető el alkalmazásával. Így ezek az új szerek remélhetően csökkentik a különbséget a nem gyógyszeres beavatkozások, a korábbi farmakoterápiák és a bariátriai műtétek súlycsökkentő hatásai között (10).

A túlsúly bariatriai kezelése és a vérnyomás

Igen nagyszámú bariatriai beavatkozás metar gressziós analízise során az átlagos testtömeg-index (BMI) a megfigyelési időszak végén 31,7 volt (95 % CI = 29,7-33,7; I(2) = 6 %). A 2-es típusú cukorbetegség, a magas vérnyomás és a hiperlipidémia kockázata is csökkent bariatriai műtét után, relatív kockázata 0,33 (95% CI = 0,26-0,41; I(2) = 42%), 0,54 (95% CI = 0,46-0,64). I(2) = 68 %) és 0,33 (95 % CI = 0,22-0,46; I(2) = 74 %). A nemlineáris metaregresszió alapján a hypertonia kockázata akkor érte el a minimumot, amikor a BMI 10 egységgel csökkent. Az összes kardiovaszkuláris kimenetel kockázata 20-40 hónappal a műtét után érte el a legnagyobb mértéket. A vérnyomás csökkenése megelőzte a vércukor és a vérlipid szintek csökkenését (11).

Öt évvel később szisztematikus szakirodalmi kutatást végeztek a Medline (a PubMed-en keresztül, az Embase-en és a Web of Science-en. A cikkeket nemzeti vagy regionális adminisztratív adatbázis - kohorsz tanulmányokból gyűűűűjtötték, amelyek a hosszú távú mortalitás vagy az elhízással összefüggő betegségek összehasonlító kockázatáról számoltak be olyan betegek esetében, akik bármilyen formában bariátriai műtéten estek át. Összehasonlították megfelelő kontrollcsoporttal, minimális követési idővel. 18 hónapos volt. A halálozási kockázathoz a kockázati arányok (HR-ek) metaanalízisét végezték el, és az összevont esélyhányadosokat (POR) számították ki az incidens betegséggel kapcsolatos diszkrét változókra. Tizennyolc vizsgálatot minősítettek alkalmasnak a felvételre. Az elemzésbe 1 539 904 beteget vontak be (269 818 személy a bariátriai műtétes, 1 270 086 személy a kontrollcsoportban. A bariátriai sebészet a minden ok miatti mortalitás (POR 0,62, 95% CI 0,55-0,69, p < 0,001) és a kardiovaszkuláris mortalitás (POR 0,50, 95% CI 0,35-0,71, p < 0,001) csökkenésével járt. A bariátriai sebészet erősen összefügg a T2DM (POR 0,39, 95% CI 0,18-0,83, p = 0,010), a magas vérnyomás (POR 0,36, 95% CI 0,32-0,40, p < 0,001), a dyslipidaemia (3, 95% 3, OR905%), p = 0,010. CI 0,14- 0,80, p = 0,010) és ischaemiás szívbetegség (POR 0,46, 95% CI 0,29-0,73, p = 0,001) kedvező változásaival. A vizsgálat korlátai közé tartozik, hogy nem lehetett figyelembe venni a nem mért változókat, amelyek esetleg nem egyenlően oszlottak meg a betegcsoportok között, tekintettel a nem randomizált vizsgálatokra. Az összevont elemzés arra utal, hogy a bariátriai sebészet az elhízott betegeknél a hosszú távú, minden okból bekövetkező mortalitással és az elhízással összefüggő betegségek előfordulásának csökkenésével jár a teljes operált populációban. Az eredmények azt sugallják, hogy az elhízott emberek bariátriai műtétekhez

való szélesebb körű hozzáférése csökkentheti a betegség hosszú távú következményeit (12).

Antihipertenzív kezelés

A hypertoniás betegek kezelésének célja, hogy meggátoljuk, lassítsuk a hypertonia okozta célszervkárosodások, illetve szövődmények kialakulását, ezáltal meghosszabbítsuk az egészségben eltöltött élettartamot, csökkentsük a mortalitást, és mindeközben javítsuk az életminőséget. A hypertonia betegség esetén megjelenő szövődmények az ún. „célszervkárosodások", melyek közül a legjelentősebb a szív, az agy és a vese károsodása, és a tartósan magas vérnyomás következtében kialakult érrendszeri elváltozások (szem, nagyerek).

A hypertonia-betegség nem gyógyszeres kezelése

Túlsúlyos egyénekben különösen nagy jelentőségű a nem gyógyszeres kezelés (életmód-változtatás, a túlsúly csökkentése (1/A), dohányzás abbahagyása, sófogyasztás csökkentése, rendszeres fizikai aktivitás) mielőbbi elkezdése (1/B). A fizikai aktivitások közül a gyaloglás, futás, úszás, evezés javasolt legalább hetente három–négy alkalommal, de lehetőleg minden nap, 30–60 perces időtartamban. Nem ajánlható, hogy hypertoniás beteg ellenőrzés nélkül kezdjen testedzést. Ajánlott a normális testtömegindex elérése és megtartása, a napi 5 g alatti nátrium-klorid-fogyasztás, nagyobb mennyiségű zöldség, gyümölcs, kis transzzsírtartalmú tejtermékek, ételek fogyasztása. Javasolt az alkoholfogyasztás mérséklése kevesebb mint 20–30 g/nap etanolra férfiak, és kevesebb mint 10–20 g/nap etanolra nők esetében. A dohányzó betegeknek leszokási tanácsokat kell adni, és egyben minden kért segítséget is. A nem-farmakológiai kezelés egyre nagyobb hangsúlyt kap, hiszen a magas- normális vérnyomású és kis vagy közepes kardiovaszkuláris kockázatú betegekben ezzel is elérhető a kívánt eredmény, azaz a vérnyomás normalizálása (2. táblázat).

Az irányelv a gyógyszermentes életmódváltás fő célcsoportjának a magas normális vérnyomással (130-139/85-89 Hgmm) és rizikótényezőkkel vagy célszervkárosodással rendelkező pácienseket tekinti. Első (<160/<100 Hgmm) vagy második fokozatú (160-179/100-109 Hgmm) hypertonia esetén az életmódváltás önmagában hónapokon vagy heteken át ugyancsak megkísérelhető, ám nem kellő vérnyomásválasz, a célértékek el nem érése esetén a gyógyszeres kezelést el kell kezdeni. Az irányelv hangsúlyozza, hogy az életmódváltás a gyógyszeres kezelés kiegészítője és nem helyettesítője, és a gyógyszeres kezelés mellőzését vagy bevezetésének halasztását csak a magas vérnyomás első stádiumában (<160/<100 Hgmm) és kardiovaszkuláris rizikótényezők vagy társbetegségek hiánya esetén szorgalmazza.

Az életmód-változtatás vérnyomást csökkentő hatása megegyező lehet a gyógyszeres monoterápiával, a fő hátránya az idővel csökkenő adherencia. Kiemelten szerepel a stressz csökkentése, mert ismerten a krónikus stresszt az életkorral hozzájárul a túlsúly és a hypertonia kialakulásához. Ajánlja a meditációt a mindennapokra. Kiegészítő, alternatív vagy hagyományos gyógyszerek a föld egyes régióiban elterjedt (Afrika és Kína) ennek befogadásához még megfelelő klinikai vizsgálatokra van szükség ezért az ilyen kezelés még nem támogatott (13,14).

Gyógyszeres vérnyomás csökkentés túlsúly jelenlétében

Az öt fő gyógyszercsoport – angiotenzin-konvertáló enzim (ACE) gátlók, angiotenzinreceptor-blokkolók (ARB), béta-blokkolók, kalciumcsatorna- blokkolók és tiazid/tiazid-szerű diuretikumok – bármelyike (1/A) alkalmazása javasolt (3. táblázat) .

A legtöbb betegnek két gyógyszer kombinációjával javasolt kezdeni, előnyben részesített kombinációk renin-angiotenzin blokkolót (ACE-i, ARB) tartalmaznak kalciumcsatorna-blokkolóval vagy tiazid/tiazid-szerű diuretikummal, előnyösen egyetlen tabletta kombinációban a tablettaterhelés csökkentése, valamint az adherencia és az eredmény javítása érdekében. Ha a célvérnyomást nem sikerül elérni a kezdeti két gyógyszer kombinációjával, a megfelelő komponensek maximális ajánlott és tolerálható dózisával, a kezelést három gyógyszer kombinációjára kell emelni. A béta-blokkolókat korábban nem tekintették a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek első számú választásának, de a klinikai gyakorlatban sok beteget ténylegesen kezelnek ezekkel a gyógyszerekkel, mert nagyon sok olyan állapot van, amelyben a béta-blokkolók meggyőző bizonyítékkal rendelkeznek. Most a béta-blokkolókat olyan gyógyszerekként pozícionálták, amelyek a kezelési algoritmus bármely lépésében alkalmazhatók.

Betegegyüttműködés

Amennyiben egy gyógyszert tartósan szükséges szedni, akkor a betegek több mint fele (!!) vagy kisebb dózisban, vagy egyáltalán nem szedi azt. A mellékhatások megjelenése, vagy annak lehetősége is nagyfokban csökkenti a gyógyszerszedési hajlandóságot, és ezt a betegek több mint 60%-a a kezelőorvos tudta nélkül teszi. Évekig, évtizedekig kell kezelni egy jóformán tünet- és panaszmentes embert azzal a meggyőződéssel, és abban a hitben, hogy a kezelés remélt haszna „csupán" annyi, hogy nem változik semmi az évek során, vagyis nincs szövődmény. A gyógyszer pontatlan szedése rontja a kezelés hatékonyságát, de olcsóbb, és hátránya rövidtávon senkinek sem tűnik fel….Elmondható, hogy az ideális gyógyszerszedést az ideális orvos-beteg partnerkapcsolat jellemzi. Ennek során a hosszantartó betegség folyamatos gondozást jelent, amikor a kezelőorvos a szakmai ismeretek birtokában hatékony segítője lehet a betegséget ismerő és azt elfogadni tudó betegnek.

Összefoglalás

A 2023. júniusában kiadott európai hypertonia és kardiológiai társaság által megfogalmazott irányelvben a túlsúlyosság komlex kezelésében a nem gyógyszeres és gyógyszeres kezelés mellett a beteg együttműködés kiemelt jelentőségét hangsúlyozza.

Irodalom:

1. Caleyachetty R, Thomas GN, Toulis KA, Mohammed N et al: Metabolically Healthy Obese and Incident Cardiovascular Disease Events Among 3.5 Million Men and Women. Journal of Am Coll.Cardiol. Vol 70 Issue 12 19 sept 2017. 1429-1437. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.07.763

2. Barna I: Hypertonia az orvosi gyakorlatban, Springmed kiadó ISBN: 9786156337221 2022

3. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M et al: 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). Journal of Hypertension Volume 41 Number 1 Month p:1-199. 2023DOI:10.1097/HJH.0000000000003480

4. Goodfriend TL, Egan BM, Kelley DE: Aldosterone in obesity. Endocrin Res 1998, 24:789–796

5. Vogt B, Burnie M: Aldosterone and cardiovascular risk. Current Hypertension Reports Volume 11, pages 450–455. 2009

6. Briones AM, Nguyen Dinh Cat A, Callera GE, et al: Adipocytes produce aldosterone through calcineurin-dependent signaling pathways: implications in diabetes mellitus-associated obesity and vascular dysfunction. Hypertension 2012, 59(5):1069–1078

7. Timo D Müller, Matthias Blüher, Matthias H Tschöp, Richard D DiMarchi: Anti-obesity drug discovery: advances and challenges Nat Rev Drug Discov. 2022 Mar;21(3):201-223. doi: 10.1038/s41573-021-00337-8. Epub 2021 Nov 23

8. Domenica M Rubino , Frank L Greenway, Usman Khalid , et al: Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial JAMA 2022 Jan 11;327(2):138-150. doi: 10.1001/jama.2021.23619.

9. Kaufmann RP:In overweight or obesity without diabetes, weekly semaglutide vs. daily liraglutide increased weight loss at 68 wk Ann Intern Med. 2022. May 175(5) : JC56 DOI: 10.7326/J22-0023

10. Blüher M, Aras M, Louis J Aronne LJ et al:, New insights into the treatment of obesity. Diabetes Obes Metab 2023 Aug;25(8):2058-2072. doi: 10.1111/dom.15077. Epub 2023 May 5. DOI: 10.1111/dom.15077.

11. Ricci C , Gaeta M, Rausa E et al:, Long-term effects of bariatric surgery on type II diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a meta-analysis and meta- regression study with 5-year follow-up. Obes Surg. 2015 Mar;25(3):397-405. doi: 10.1007/s11695-014-1442-4). 1003206

12. Wiggins T, Guidozzi N, Welbourn R et al:, Association of bariatric surgery with all-cause mortality and incidence of obesity-related disease at a population level: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2020 Jul 28;17(7):e1003206. doi: 10.1371/journal.pmed.1003206. eCollection 2020 Jul.

13. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 CC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 2018; 71: 1269–1324.

14. Farsang Cs, Járai Z (szerk.). A Magyar Hypertonia Társaság szakmai irányelve. A hypertonia betegség ellátásának irányelvei. 11. módosított, javított és kiegészített kiadás. Hypertonia és Nephrologia 2018; 22(Suppl 5): S1–S36

Kategória	Szisztolés vérnyomás (Hgmm)		Diasztolés vérnyomás (Hgmm)
Optimális vérnyomás	<120	és	<80
Normális vérnyomás	120-129	és/vagy	80-84
Emelkedett-normális vérnyomás	130-139	és/vagy	85-89
1. fokozatú hypertonia	140-159	és/vagy	90-99
2. fokozatú hypertonia	160-179	és/vagy	100-109
3. fokozatú hypertonia	≥180	és/vagy	≥110
Izolált szisztolés hypertonia (ISH)	≥140	és	<90
Izolált diasztolés hypertonia (IDH)	<90	és	≥90

1. táblázat Normális vérnyomás és a hypertonia stádiumbeosztása

Életmódbeli ajánlások	CoR*	LoE**
Emelkedett vérnyomású, túlsúlyos vagy elhízott felnőtteknél testsúlycsökkentés javasolt a vérnyomás csökkentése és a CV kimenetel javítása érdekében.	I	A
Az előnyben részesített diétás termékek közé tartoznak a zöldségek, gyümölcsök, babok, diófélék, magvak, növényi olajok, valamint a hal és baromfi. Korlátozni kell a zsíros húsokat, a magas zsírtartalmú tejtermékeket, a cukrot, az édesített italokat és az édességeket. Összességében az egészséges táplálkozási minták, több növényi és kevesebb állati eredetű élelmiszer javasolt.	I	B
Magas vérnyomásban szenvedő felnőtteknél, akik magas nátriumtartalmú étrendet fogyasztanak (a legtöbb európai), sópótló fűszerek, illetve a NaCl egy részének KCl-dal történő helyettesítése javasolt a vérnyomás és a szív-érrendszeri betegségek kockázatának csökkentése érdekében.	I	A
Emelkedett vérnyomású felnőttek számára ajánlott a só (NaCl) korlátozása a vérnyomás csökkentése érdekében. Ajánlott az elfogyasztott napi sómennyiséget 5 g-ra (2 g Na) csökkenteni.	I	B
Fokozott káliumfogyasztás (lehetőleg étrend-módosítással) ajánlott emelkedett vérnyomású felnőtteknél, kivéve az előrehaladott CKD-ben szenvedő betegeket.	I	B
Emelkedett vérnyomású felnőttek számára napi fizikai aktivitás és strukturált testmozgás javasolt a vérnyomás csökkentése és a szív- és érrendszeri kockázati profil javítása érdekében. Hetente legalább 150-300 perc közepes intenzitású aerob testmozgásra, vagy hetente 75-150 perc erőteljes intenzitású aerob edzésre vagy azzal egyenértékű kombinációra ajánlott törekedni. Szintén csökkenteni kell az ülőmunkaidőt, és dinamikus ellenállási gyakorlattal kell kiegészíteni (heti 2-3 alkalommal).	I	B
Az alkoholt nagymértékben (napi 3 vagy több ital) fogyasztó emelkedett vérnyomású, vagy hypertoniás betegek figyelmét fel kell hívni arra, hogy az alkoholfogyasztás mérséklése vagy elhagyása csökkenti a vérnyomást. (egy italnak számít 3,5 dl sör, 1,5 dl bor).	I	B
Az alkohol fogyasztása nem javasolt a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére, mivel a mérsékelt fogyasztást az alacsonyabb CV-kockázattal összekapcsoló korábbi tanulmányok valószínűleg tévesek.	III	B
Ajánlott kerülni a túlzott ivást a vérnyomás csökkentése, valamint a vérzéses stroke és a korai halálozás kockázatának csökkentése érdekében.	III	B
A dohányzás abbahagyása, a leszokást segítő ellátás és a dohányzás abbahagyására irányuló programokon való részvétel minden dohányos számára ajánlott az ambuláns vérnyomás-emelkedés elkerülése, a maszkírozott hypertonia kockázatának csökkentése és a CV egészségi állapot javítása érdekében.	I	B
Csökkenthető a stressz az ellenőrzött légzőgyakorlatok, éberség- vagy tudatos jelenlét-alapú (mindfulness) gyakorlatok és meditáció révén.	II	C

*CoR – Class of Recommendation, **Level of Evidence

2. táblázat Életmódbeli ajánlások

Hypertonia kezelése túlsúlyban/elhízásban	CoR*	LoE**
Túlsúlyos vagy elhízott hypertonáis betegek testsúlycsökkentése javasolt a vérnyomás és a szív-érrendszeri betegségek kockázatának csökkentése érdekében.	I	A
A thiazid/thiazid-szerű diuretikumnak és a béta-blokkolóknak van néhány kedvezőtlen anyagcsere hatása. Mivel azonban a vérnyomáscsökkentő kezelés elsődleges célja az optimális vérnyomás szabályozása, gyakran szükséges és ajánlott kombinált terápia ezekkel a gyógyszercsoportokkal.	I	A
GIP/GLP-1 RA kettős vagy GLP-1 RA nem alkalmazható a vérnyomás szabályozására elhízott betegeknél	III	C
Az elhízott betegeket nem szabad bariátriai műtétre utalni a vérnyomás szabályozására	III	C
GIP/GLP-1 RA kettős vagy GLP-1 RA vagy a bariátriai műtét a testtömeg csökkentésével párhuzamosan közvetetten csökkenti a vérnyomást, és hozzájárul az elhízott betegek vérnyomásának szabályozásához	II	B
Diabetesben és hypertoniában szenvedő elhízott betegeknél előnyben részesítendő a testsúlyt és a vérnyomást egyaránt csökkentő antidiabetikus gyógyszeres kezelés.	II	B

*CoR – Class of Recommendation, **Level of Evidence

3.táblázat Vérnyomáscsökkentés túlsúlyos betegekben

Az életmódváltás támogatása a rendelőben
Support for lifestyle change in clinical practice

Czeglédi Edit PhD
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Absztrakt
Az életmódváltás hatékony támogatása az ismereteken túl a motiváció magas fokát és készségek egész készletét igényli úgy a páciensek, mind a szakemberek részéről. A siker alapját a szenzitív gondozás képezi, amely kiegészülve a motivációs interjú rutinszerű alkalmazásával elősegíti a páciens bevonását a testsúlycsökkentő kezelésbe. Érdemes a pácienst a saját élete szakértőjének tekinteni és az autonómia-, kompetencia-, és önbizalomérzése támogatásával megerősíteni az életmódváltás iránti tartós elköteleződését. Az egészségkárosító szokások leépítését, az egészségvédő magatartások szokássá válását és az életmódváltás gyakorlati akadályainak leküzdését hatékonyan elősegíthetjük az elhízás kognitív viselkedésterápiás megközelítése jelen tanulmány keretében – a teljesség igénye nélkül – ismertetett eszköztárának páciensre szabott alkalmazásával.
Kulcsszavak: életmódváltás, szenzitív gondozás, motivációs interjú, kognitív viselkedésterápia

Abstract
In addition to knowledge, effective support for lifestyle change requires a high degree of motivation and a whole set of skills on the part of both patients and professionals. The basis of success is sensitive care, which, in addition to the routine use of motivational interviewing, promotes the patient's involvement in weight loss treatment. It is worth considering the patient as an expert in his/her own life and by supporting his/her sense of autonomy, competence and self-confidence, strengthen his/her long-term commitment to lifestyle change. Reducing health-damaging habits, improving health promoting behaviors, as well as overcoming practical obstacles to lifestyle change, can be effectively facilitated by the patient-tailored application of the cognitive behavioral therapy approach to obesity described in the framework of this study – without claiming to be exhaustive.
Keywords: lifestyle change, sensitive treatment, motivational interviewing, cognitive behavior therapy

Bevezetés
A túlsúly (BNO-11-kód: 5B80) és az elhízás (BNO-11-kód: 5B81) betegség voltának (1) a súlyfelesleggel élők többnyire nincsenek tudatában, ahogy olykor az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek sem. Mindez jelentős akadályát képezi az elhízás diagnosztizálásának és az életmódváltás hatékony támogatásának. További problémát jelent többek között a testsúlycsökkentésre irányuló túlzott fókusz; a fogyásra vonatkozó irreálisan nagy elvárások úgy a páciensek, mint a kezelőik részéről; a páciensek elmarasztalása az elhízásuk miatt; az életmódváltás sikerességét kizárólag az akaraterőnek tulajdonító attitűd; és a hatékony orvosi kommunikáció eszköztárának mellőzése.

Az alapellátó-rendszer számára kidolgozásra került európai irányelv szerzői leszögezik, hogy az elhízás kezelése messze túlmutat a testsúlycsökkentésen és az általános egészségi állapot javítására irányul. A terápia elsődleges célja a szövődmények megelőzése azáltal, hogy lehetőség szerint megpróbáljuk megőrizni a páciens metabolikus egészségét. A kezelési stratégia részét képezi a komorbid állapotok prevenciója, illetve kezelése; az elhízással élők stigmatizációja elleni küzdelem; és a páciens pszichológiai jóllétének, pozitív testképének és önértékelésének növelése, illetve helyreállítása. A testtömeg csökkentése önmagában nem jelent prioritást, ugyanakkor kiemelt hangsúly helyeződik az elért testsúly hosszú távú megtartására és a visszahízás megelőzésére (2).

Ugyanezen irányelvben a súlyfelesleg mértékének és a kísérőbetegség(ek) jelenlétének függvényében kitűzendő fogyási cél is meghatározásra kerül. Eszerint a kísérőbetegség nélküli túlsúly (BMI = 25–29,9) esetében a cél nem a fogyás, hanem a testtömeg megtartásra és az elhízás kialakulásának megakadályozása. A komorbid állapottal jellemezhető túlsúly, illetve az elhízás (BMI ≥ 30) esetében mérsékelt fogyás, azaz a kiindulási testtömeg 5–10 %-kal való csökkentése a kitűzendő cél fél év alatt, majd ezt követően az elért fogyás hosszú távú megtartása (2). (Egyes kísérőbetegségek – pl. 2-es típusú diabétesz mellitusz, nem alkoholos zsírmájbetegség – fennállása esetében ennél nagyobb mértékű súlycsökkenés is indokolt lehet.) Ez a súlycél összhangban áll az életmódváltáson alapuló komplex kognitív viselkedésterápiás (3) és a gyógyszeres (4) testsúlycsökkentő kezelések által hasonló időtartam alatt átlagosan elérhető fogyás mértékével. A páciensek azonban általában túlzó elvárásokkal vágnak bele az ilyen jellegű terápiákba: akár a kiindulási testtömegük 20–30%- ának elvesztésére számítanak (ami a bariátriai/metabolikus műtétekkel érhető csak el), ráadásul rendszerint elégedetlenek lennének a 10%-os fogyással (5). Maguk a szakemberek is dédelgethetnek irreális elképzeléseket az elérendő súlycsökkenés mértékéről. Erre példa egy Franciaországban végzett vizsgálat, amelynek eredményei szerint a megkérdezett általános orvosok (n = 607) 26%-a nagyon fontosnak tartotta, hogy a páciensek elérjék az egészséges BMI-tartományt (20–24,9 kg/m^2), további

59%-a pedig eléggé fontosnak tartotta azt. A szakemberek mindössze 15%-a vélte úgy, hogy az egészséges súlytartomány elérése nem fontos (6). Mindez a testsúlycsökkentő kezelés eredményeivel való alacsony elégedettséghez és ennek következtében a testsúlymegtartásra irányuló törekvések megvalósulásának elmaradásához vezethet. Ez pedig törvényszerűen visszahízást és a zsírszövet arányának még kedvezőtlenebb alakulását eredményezi, amely fokozza a kockázatot a társbetegségek megjelenésére, illetve súlyosbodására és rontja az életminőséget.
A nyugati társadalomban meglehetősen negatív az elhízás(sal élők) megítélése. Ennek köszönhetően a súlyfelesleggel bírók mindennapjainak része a negatívan diszkriminációló, stigmatizáló bánásmód átélése az élet számos területén – beleértve az egészségügyi ellátórendszert is (7, 8). Az egészségügyi szakemberektől érkező stigmatizáló bánásmódra példa a bántó szóhasználat, az elmarasztaló megjegyzésekkel kísért testtömegmérés, az érintett páciens megszégyenítése, illetve hibáztatása az állapotáért, és a megalázó humorizálás. Mindennek azonban sokrétű és messzire ható káros következménye lehet, a szakember–beteg közötti kapcsolat romlásától és a kontrollvizsgálatok lemondásától kezdve a súlyfelesleghez hozzájáruló egészségkárosító magatartások előfordulási gyakoriságának növekedésén és a további súlygyarapodáson keresztül a testi és mentális egészség további romlásáig (7, 8). Éppen ezért a stigmatizáló bánásmód kerülése és a szenzitív gondozás megvalósítása kiemelten fontos a súlyfelesleggel élők ellátása során is.
Az érzékeny kezelés magában foglalja, hogy figyelmet fordítunk a páciensek kényelmének és biztonságának biztosítására és az önbecsülésük megőrzésére (vagy akár javítására) már az alapellátástól kezdődően (9). Mindennek megvalósításához számos gyakorlati javaslatot meríthetünk a vonatkozó szakirodalomból (7, 10, 11). A hatékony és egészséges testtömegkontrollt szolgáló hosszú távú életmódváltás számos viselkedés és gyakorta a gondolkodásmód – akár gyökeres – megváltoztatását igényli, amelynek három előfeltétele is van (12). Az egyik a tudás arra vonatkozóan, hogy milyen változtatásra van szükség és miért. A tudás azonban önmagában nem garantálja a viselkedésváltozást. Éppen ezért a frontális edukációra alapozó beavatkozások hatékonysága korlátozott. A változáshoz elengedhetetlen a páciens motivációja is. Ez kétféleképpen is értelmezendő. Az egyik az, hogy mennyire fontos a páciens számára a változás, azaz a változásra való készenlét, vagy hajlandóság állapota, amely a helyzettől függően változhat, és amelyre a megfelelő kommunikációs technikák alkalmazásával a szakember befolyást gyakorolhat – és kell is gyakorolnia. A másik a motiváció minőségi aspektusa, azaz, hogy miért lenne érdemes a páciensnek belefogni a változásba, milyen előnyei származnának belőle. Minél érdekeltebbé válik a páciens a változtatásban, annál inkább növekszik a változásra való készenléte. A korábban említett európai irányelvben hangsúlyozásra kerül a motivációs interjú rutinszerű alkalmazása az alapellátásban, a kezelésbe való bevonás elősegítése céljából (2). A szakember ugyanis a motivációs interjú (13, 14, 15) szemléletének követésével és eszköztárának alkalmazásával elérheti, hogy a páciens maga kezdjen érvelni a változás szükségessége mellett és el is köteleződjék mellette. A sikeres változás harmadik előfeltételét képezi a kompetencia, azaz a kívánt egészségmagatartások tartós kivitelezését, az egészségkárosító magatartásokkal való felhagyást, és a változás akadályainak leküzdését lehetővé tevő készségek készlete. Az elhízás bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápiás megközelítése (5, 16, 17, 18) eszköztárának ismeretével és magabiztos alkalmazásával a szakemberek hatékony támogatást tudnak nyújtani az életmódváltáshoz a rendelőben. Jelen tanulmány ezen eszközök egy részének bemutatásával és példákkal történő szemléltetésével kíván hozzájárulni a testsúlycsökkentő kezelések sikerességéhez.

A kezelésbe való bevonás

A rendelőben megjelenő, súlyfelesleggel élő egyén nem feltétlenül áll készen az életmódja megváltoztatására. Elképzelhető, hogy nem ismeri fel a problémát, de az is lehet, hogy tudatában van a problémának, azonban ambivalens – azaz egyidejűleg ellentmondásos érzelmekkel és gondolatokkal viseltetik – a változással kapcsolatban (19). Azaz szeretne is fogyni, azonban aggodalmai vannak az életmódváltással együtt járó lemondásokkal és kihívásokkal kapcsolatban. Ráadásul a súlyfelesleghez hozzájáruló egészségkárosító magatartások jutalmazó értékkel bírhatnak (erre példa az egyes negatív érzelmek csillapítására szolgáló érzelmi evésből fakadó megnyugvás), sőt, magának a súlyfeleslegnek is lehetnek pozitív következményei az egyén számára (például az elhízása miatt kevesebbet várnak tőle a munkahelyén). A változás ellen szóló érvek még akkor is kifejezettek lehetnek, ha a páciens tisztában van a súlyfeleslege egészségi kockázataival, vagy akár meg is tapasztalja a többletsúlyából és/vagy a kísérőbetegségekből eredő nehézségeket, illetve korlátokat. Ezekben az esetekben a páciens nem fog tudni elköteleződni az életmódváltás mellett, ezért ennek előírása, illetve forszírozása helyett a szakember legfőbb feladata a probléma tudatosítása a páciensben, valamint a változással kapcsolatos ambivalencia felszámolása, azaz elbillentése a változás irányába. Ebben nagy segítséget nyújt a fent említett motivációs interjú (13, 14, 15).
A testtömeg témájának konstruktív, támogató szóba hozásához javasolt engedélyt kérnünk a pácienstől (10). Például: Beszélhetnénk-e ma a testtömegéről? Ez visszásnak tűnhet egyes szakemberek számára, hiszen a magasvérnyomás- vagy cukorbetegség megbeszéléséhez nem szokás engedélyt kérni. Ugyanakkor számítani érdemes arra, hogy a súlyfelesleg igen érzékeny téma, a páciens vélhetően több alkalommal is próbált már lefogyni, azonban sikertelenül, ezért nehéz érzések (pl. elkeseredés, tehetetlenség, szégyen) jellemezhetik ezzel kapcsolatban. Az is előfordulhat, hogy tapasztalt már stigmatizáló bánásmódot az egészségügyi szakember(ek)

részéről. Az engedélykérés azonban ezúttal (is) szimbolikus: a páciens várhatóan igennel fog felelni erre a kérdésünkre. Ezt követően az alábbi nyitott kérdéssel érdemes folytatnunk: Mit gondol a testtömegéről? Hogyan érez ezzel kapcsolatban? Ez lehetővé teszi, hogy a páciens biztonságban érezze magát és megossza velünk a gondolatait, tapasztalatait és aggodalmait. Mindez pedig segít nekünk abban, hogy a megfelelő kommunikációs technikák alkalmazásával edukáljuk a pácienst az elhízás egészségi kockázatairól, megismerjük a változásra való készenlétét, és megnyíljon az út a súlyfelesleget fenntartó egészségkárosító magatartások feltérképezése felé. A frontális betegoktatás és a páciens rémisztő következményekre vonatkozó információval való elárasztása helyett nagyon hasznos lehet a kérdés – kiegészítés – kérdés technikájának alkalmazása. Például: Mit tud az elhízás egészségi kockázatairól? A páciens válaszát követően kiegészítjük (szükség esetében korrigáljuk) az általa elmondottakat, majd visszakérdezünk: Mit gondol mindezek hallatán?

Ezzel a stratégiával elérhetjük, hogy a páciens ténylegesen „meghallja" az üzenetünket, elkezdjen morfondírozni rajta és tudatosítsa a probléma súlyosságát.

A változás mellett és ellen szóló érvek megismerésének kiváló eszközét képezi a költség–haszon-elemzés. Ennek során a páciens egy táblázatban összegyűjti, hogy melyek a változás (azaz a jelen esetben a súlycsökkentés) előnyei és hátrányai, és melyek a nem változás (azaz az elhízás fennmaradása vagy a további súlygyarapodás) előnyei és hátrányai. Ezt követően a szakember az ún. szókratészi kérdezési technika (20) alkalmazásával elérheti, hogy a páciens ráébredjen az egészségkárosító magatartásai hosszú távú, kedvezőtlen következményeire és önellentmondás, illetve feszültség keletkezzék a hosszú távú céljai és annak megvalósulási esélyei között. Néhány példa a felteendő kérdésekre: Gondolkodott már így a problémáról? Mi az, ami a leginkább aggasztja? Melyek a hosszú távú céljai az életében? Mennyire fognak ezek megvalósulni, ha nem változik a testtömege, vagy akár tovább gyarapodik?

A fenti technika révén elérhetjük, hogy a páciens maga kezdjen el érvelni a változás szükségessége mellett. Hasonló eredményre számíthatunk az ún. vonalzótechnika (21) alkalmazásával is. Ennek során elsőként azt kérdezzük meg a pácienstől, hogy egy 0-tól 10-ig terjedő skálán, az egyáltalán nem fontos és a nagyon fontos végpontok között mennyire fontos a számára a fogyás? Bármely számot mond is, a változás melletti érvelést váltja ki, ha ezt követően azt kérdezzük meg tőle, hogy miért nem mondott kevesebbet? Ugyanezt az elvet követve érdemes rákérdezni arra is, hogy (az egyáltalán nem és a teljes mértékben válaszlehetőségek között) mennyire áll készen a változásra? Végül hasznos lehet információt gyűjteni az önbizalomra nézve is. Ez utóbbi esetében azt a kérdést tesszük fel, hogy egy 0-tól 10-ig terjedő skálán, ahol a 0 azt jelenti, hogy egyáltalán nem, a 10 pedig azt, hogy teljes mértékben, mennyire érzi magát magabiztosnak, hogy sikeresen meg tudja változtatni az életmódját? Ez utóbbi kérdés esetében a válasz elhangzását követően arra kérdezünk rá, hogy Mi tudná segíteni abban, hogy ezen a skálán magasabb értéket érjen el? Miben tudok segíteni? Így a páciensnek lehetősége nyílik konkrét kérést megfogalmazni a szakember felé, amit az kompetensen teljesíthet.

A változással kapcsolatos ambivalencia felszámolását követően a páciens már készen állhat az életmódváltásra. Ebben az esetben a szakember feladata az elk öteleződésmegerősítése és a változásra vonatkozó cselekvési terv (1. táblázat) kidolgoztatása a pácienssel (13). Javasolt egy hónapon belül kitűzni a változás megkezdésének dátumát és ezt követően néhány héten belül visszarendelni a pácienst kontrollra, az előrehaladás megbeszélése érdekében. Érdemes arra bátorítani a pácienst, hogy ossza meg minél több emberrel a változási szándékát. Ezáltal

1. Amit el szeretnék érni	10%-kal alacsonyabb testtömeget elérni, egészségesebb és fittebb lenni, aktívabb életmódot folytatni.
2. A legfontosabb okaim a változtatásra	Szeretnék egészségesebb és csinosabb lenni, és példát mutatni a gyerekeimnek.
3. A cselekvési tervem a céljaim megvalósításához (a cselekvés és időzítése)	Hét nap múlva 1800 Kcal-ra korlátozom a napi energiabevitelemet és minden héten 3 alkalommal 30 percet sétálok.
4. Az első lépés	Veszek egy füzetet és az elkövetkezendő héten minden nap írom, hogy mikor, mit és mennyit ettem, és elkezdem megtervezni, hogy hogyan tudnám csökkenteni a bevitt kalória mennyiségét. Kijelölöm a naptárban a sétanapokat.
5. Kik és hogyan segíthetnek a változásban	Az édesanyám, ha sütemény helyett gyümölccsel kínál, amikor meglátogatom; a párom, ha minden héten háromszor hoz 2 kg gyümölcsöt; a párom, ha heti 3 estén vigyáz a gyerekekre, amíg sétálok; a gyerekek, ha a hétvége egyik napján megeszik a főzeléket.
6. Milyen nehézségekre számíthatok és hogyan tudom ezeket leküzdeni	Amikor feszült vagyok, hajlamos vagyok enni. Ilyen esetekben felhívom a páromat és megbeszélem vele, ami bánt. Ha nem sikerül betartanom a diétámat, hajlamos vagyok elkeseredni. Ilyenkor arra gondolok majd, hogy a testtömegkontroll ugyanúgy gyakorlást igényel, mint bármely más készség, és bátorítom magam, hogy tartsak ki.

7. Reményeim szerint a cselekvési tervem ezekhez a pozitív eredményekhez vezethet	A testtömegem fél év alatt 10%-kal csökken, könnyebben tudok mozogni és csinosabban tudok öltözni.

1. táblázat: A cselekvési terv javasolt szempontjai és példák a szempontokra

egyfelől nyomás alá kerül az ígérete betartására, másfelől nagyobb eséllyel számíthat a környezete támogatására és arra, hogy tolerálni fogják az életmódváltás kezdetén esetlegesen jelentkező irritált hangulatot.

A páciensek gondozása során szem előtt tartandó, hogy mi a saját szakterületünk szakértői vagyunk, a páciensek viszont a saját életük szakértői. Ők és csakis ők tudják, hogy milyen preferenciáik, lehetőségeik, megoldási módjaik vannak. Mi abban tudjuk őket segíteni, hogy az autonómia- és kompetenciaérzésük támogatásával előhívjuk belőlük azokat a megoldásokat és erőforrásokat, valamint segítjük azon új készségek elsajátítását, amelyekkel ki tudnak alakítani egy hosszú távon is betartható, viselhető – sőt, akár élvezetes –, ugyanakkor az egészséges testtömegkontrollt támogató életmódot. Az autonómia támogatásának kiváló módja az, ha rutinszerűen választási lehetőségeket biztosítunk a pácienseknek, ezáltal átélhetik a döntés szabadságát és valójában felelősségét. A kompetenciaérzést pedig többek között a páciensek megerősítésével (pl. Ez nagyon jó gondolat!), a kis lépésekben történő változtatások bátorításával (pl. Az elkövetkezendő négy hétben minden héten csökkentse 300 Kcal-val a napi kalóriabevitelét!), és az ötletbörze rendszeres alkalmazásával (pl. Az evésen kívül mi szokott Önnek segíteni a feszültségcsökkentésben?) fokozhatjuk.

Az életmódváltás sikerességét biztosító készségek fejlesztése

Attól, hogy a páciens elszánta magát az életmódváltásra, kidolgozta a cselekvési tervét és bele is fogott, még nem garantált, hogy sikeres lesz benne. A túlfogyasztást és a fizikai inaktivitást támogató, ún. obezogén (elhízásra hajlamosító) környezetben különösen fontos, hogy felruházzuk a pácienseket mindazon viselkedéses és kognitív készségekkel, amelyek segítik a kívánt egészségmagatartások kivitelezésének és a nemkívánatos szokások visszaszorításának megvalósulását és egyben elősegítik az akadályok leküzdését és a kihívást jelentő helyzetek megfelelő kezelését. Az alábbiakban ezen készségek közül kerül néhány bemutatásra (5, 16, 17, 18).

Az egyik legfontosabb készség az önmegfigyelés. Az elhízás esetében az életmódváltás kontextusában különösen a testtömeg, a táplálékbevitel és az energialeadás önmonitorozása bír kitüntetett szereppel (5, 16). A rendszeres testtömegmérést heti egy alkalommal,

ugyanazon, előre kijelölt nap reggelén szükséges elvégezni, a mosdóhasználatot követően, éhgyomorra, ruhátlanul vagy alsóneműben. A mért értéket a páciens regisztrálja az egyénre szabott testtömeggrafikonján. Ez a grafikon a vízszintes tengelyen 24 hetet ölel fel (testsúlycsökkentési fázis) és a függőleges tengelyen a páciens kezdősúlyának megfelelően kerül kialakításra, minden hétre előre bejelölve a kiindulási testtömegtől számított heti 0,5 kg-os, illetve 1 kg-os fogyás trendjét. A táplálékbeviteli naplóban gyűjtött adatokat érdemes az étkezés időzítése, az elfogyasztott élelmiszer típusa, mennyisége és kalóriatartalma mellett kiegészíteni az étkezések kontextusával (azaz hol és milyen körülmények között történt az evés, pl. „a konyhában, állva, gyorsan elfogyasztva, a hírek böngészése közepette"), illetve az étkezéseket megelőző és/vagy követő gondolatokkal, érzelmekkel (pl. „hazafelé menet megéreztem a pékségből kiáradó illatokat és nem bírtam ellenállni"; „felidegesítettem magam a gyereken és úgy éreztem, megbolondulok, ha nem ehetek valami édességet"). Mindez átfogóan mutat rá a beavatkozási pontokra. Például az étrend strukturálására, összetételének megváltoztatására és az adagok méretének csökkentésére vonatkozó szempontok mellett kitűnik, hogy mely helyzetek és gondolatok/érzelmi állapotok veszélyeztetik a pácienst az egészségtelen szokások megjelenésére. Ezek megoldandó problémát jelentve lassan, fokozatosan kiiktathatóvá válnak. Az étkezési napló ugyanakkor rámutat arra is, amit a páciens jól csinál. Például – ha nem is az elvárt mennyiségben, de – rendszeresen fogyaszt zöldséget, (közel) megfelelő mennyiségű folyadékot visz be, illetve akadnak olyan étkezések, amikor csak az evésre figyel és mellőzi a járulékos tevékenységek folytatását. A hibák és hiányosságok mellett ezekre is szükséges rámutatni, hiszen ezzel erősíthetjük a páciens önbizalom- és kompetenciaérzését, amely nélkül aligha lehet sikeres az életmódváltásban.

Az energialeadás önmegfigyelése három tényezőt foglal magában: az alapanyagcserét, a fizikai aktivitás által elégetett energiát, és az ételek adaptív termogenezisét (ez a bevitt energia megközelítőleg 10%-át teszi ki). Ugyan mind az energiabevitel, mind az energialeadás naplózása pontatlan lehet a megfelelő kalkulátorok gondos használata mellett is, viszonylagosan megállapítható általa a napi energiamérleg. A negatív, napi 500–800 Kcal energiadeficit elérése heti 0,5–1 kg fogyást tükrözve meg fog mutatkozni a testtömeggrafikonon. És amíg a kettő összhangban áll egymással, addig a páciens sikeresen halad előre.

A környezet kontrollja, azaz a túlfogyasztásra és fizikai inaktivitásra késztető ingerek eltűntetése (az ingerkontroll stratégia), és ezzel párhuzamosan az egészséges viselkedéseket kiváltó ingerek elhelyezése (az ingerexpozíció) ugyancsak rendkívül hasznos készségek. Az előbbire példa az édességek, nassolnivalók száműzése a páciens otthonából, vagy az étkezések után az étel elcsomagolása és az étkezőasztal elhagyása. Az utóbbira pedig példa a gyümölcskosár a konyhaasztalon, vagy az

edzőcipő kihelyezése a bejárati ajtó mellé.
A viselkedéses helyettesítés alkalmazásával az egészségkárosító szokásokat cserélhetjük le egészségesebb szokásokkal. Az energiabevitel kapcsán jó példa erre a chips felváltása gyümölcsre vagy zöldségre. A szorongáshoz, haraghoz stb. kapcsolódó evés ellazító hatása pedig kiváltható lehet például egy rövid relaxációs gyakorlattal (22). A fizikai aktivitás kapcsán pedig példa lehet a tömegközlekedés használata során az 1–2 megállóval előbb történő leszállás és a hátralévő távolság legyalogolása, vagy a lift használata helyett a lépcsőzés. Az alternatív, egészséges magatartásokat érdemes ötletbörze (ld. később) alkalmazásával összegyűjteni és a páciensre bízni a választást ezek közül.
Az energiabevitel csökkentése és a fizikai aktivitás növelése kis lépésekben, fokozatosan történjen. A kis változtatások kevesebb lemondással járnak, könnyebben kivitelezhetők, nagyobb eséllyel alakíthatók szokássá, míg a drasztikus változtatásokkal való próbálkozások általában tiszavirág-életűek. Ezen szemlélet mentén a napi energiabevitelnek a kívánt kalóriakorlátra való redukálását érdemes hetenként pl. 300 Kcal-val csökkentve elérni; a napi zöldség- és gyümölcsfogyasztást hetente 1 egységgel növelni; a naponta megtett lépésszámot hetente 500 lépéssel növelni, lehetőség szerint a napi 10.000 lépés eléréséig, ami megközelítőleg napi 400 Kcal energialeadást eredményez (16). Amennyiben az egészségi állapot nem indokolja, kerüljük az egyes élelmiszerek, illetve ételcsoportok fogyasztásának tiltását. Ehelyett előre megtervezett módon, adagkontrollált formában maradjon meg a páciens étrendjében. Ezáltal elkerüljük a sóvárgást és a tiltani kívánt ételek/italok alkalmankénti – akár falásroham formájában megjelenő – túlfogyasztását.
A kívánatos magatartások kapcsán használjuk az ún. SMART-célállítást. Azaz az általánoscélok helyett konkrét, mérhető, elérhető, reális, és idői keretbe helyezett célokat tűzzünk ki – a páciens egyetértésével (2. táblázat). Idő híján hasznos lehet a kívánatos viselkedések egy előre elkészített listája, az ún. magatartási szabályok. A páciens áttekinti a listát és a felsorolt magatartásokat egy pipa (✓) elhelyezésével az alábbi három kategória egyikébe sorolja: 1. már így teszek, 2. némi erőfeszítéssel meg tudnám tenni, 3. nem tudnám megtenni Ezután szabadon kiválaszt a 2. oszlopból 5 olyan viselkedést, amelyeket némi erőfeszítés árán meg tudna valósítani.

Általános cél	SMART cél
Fogyjon le!	Csökkentse a testtömegét a kiindulási testtömege 10%-ával (heti 0,5–1 kg ütemben) az elkövetkezendő 6 hónapban.
Mérje magát rendszeresen!	Minden hétfő reggel, mosdóhasználat után, alsóneműben, éhgyomorra mérje meg a testtömegét, az elkövetkezendő 6 hónapban!
Egyen kevesebbet!	Főtt étel fogyasztásakor csak egyszer szedjen a tányérjára az elkövetkezendő 3 hónapban!
Egyen több gyümölcsöt és zöldséget!	Minden nap fogyasszon háromszor, alkalmanként 10 dkg gyümölcsöt vagy nyers zöldséget az elkövetkezendő 4 hétben.
Kevesebb kalóriadús italt fogyasszon!	Hetente legfeljebb 3 alkalommal fogyasszon cukrozott üdítőitalt vagy gyümölcslevet, és alkalmanként legfeljebb 2 dl-t, az elkövetkezendő 3 hétben!
Mozogjon többet!	Minden héten sétáljon 3 alkalommal, alkalmanként 30 percig az elkövetkezendő 6 hétben!
Ne üljön annyit!	Az irodában kétóránként álljon fel és végezzen 10 perc irodai tornát az elkövetkezendő 4 hónapban!

2. táblázat: Példák az általános célokra és a SMART célokra

Az eljárás előnye, hogy fokozza a páciens tudatosságát az aktuális szokásaival kapcsolatban; növeli a rálátását, hogy jelen pillanatban miben tudna változtatni és miben nem; emellett megadja neki a választás szabadságát, ami támogatja az autonómiaérzést. Az eljárás további előnye, hogy könnyen, gyorsan ki lehet tűzni a viselkedésre vonatkozó célokat és nyomon lehet követni a megvalósításukat is (12). Amennyiben mégsem sikerülne megvalósítani a kiszemelt viselkedés(eke)t, a páciens másika(ka)t választ, majd a korábbiak megtartása mellett heti 2–5 új változtatás beépítésével apró lépésekben néhány hónap alatt gyökeresen átalakíthatja az életmódját.
A javasolt magatartási szabályokat a szakember állítja össze mind az energiabevitelre (pl. egy étkezésnél csak egy szelet kenyeret eszem; cukor helyett édesítőszerrel iszom a kávémat; alacsony zsírtartalmú tejtermékeket fogyasztok), mind pedig a fizikai aktivitás növelésére (pl. minden nap megteszek 6000 lépést; munkába menet két megállóval korábban szállok le az 5-ös buszról és a hátralévő távolságot legyalogolom; táncolva teregetek) vonatkozóan. A lista az előrehaladás függvényében tetszőlegesen bővíthető. Emellett az idő során a viselkedések besorolása is változhat, egyre kedvezőbb pozícióba kerülve tovább tágítva a páciens által folytatott egészségmagatartások körét.
Fontos kognitív készség a tervezés, amely elősegíti úgy a SMART-célállítás során megfogalmazottak, mint a választott magatartási szabályok tényleges megvalósu-

lását. Ennek során a páciens ún. gyors cselekvési tervet készít, amely a MIT? HOGYAN? és MIKOR? kérdésekre ad választ (23). Például az irodában való kétóránkénti felállás és 10 perc irodai torna végzése (Mit?) esetében a Hogyan? kérdésre adott válasz lehet például: „Engedélyt kérek a főnökömtől, hogy kétóránként irodai tornát végezhessek; keresek az interneten egy 10 perces irodai tornát; minden reggel rögtön megnyitom és előkészítem a számítógépemen ezt az oldalt; és beállítom a telefonomon az ébresztést 10:00, 12:00, 14:00 és 16:00 órára". A Mikor? kérdésre adott lehetséges válaszra példa: „Minden hétköznap, 10:00, 12:00, 14:00 és 16:00 órakor". Az egy érkezésnél csak egy szelet kenyér elfogyasztására (Mit?) vonatkozó cselekvési terv lehet: „Amint kivettem a kenyérszeletet, rögtön elcsomagolom és elteszem szem elől a maradék kenyeret", (Mikor?) „Minden reggelinél és vacsoránál".
Az ötletbörze rendszeres alkalmazása ugyancsak elősegíti az energiabevitel csökkentését és a fizikai aktivitás növelését. Ha például a zsírfogyasztást szeretnénk csökkenteni, vagy a fizikai aktivitást növelni, esetleg a bevitt, energiaszegény folyadék mennyiségét megemelni, akkor megkérdezhetjük a pácienstől, hogy neki milyen ötletei vannak, amelyekkel ez megvalósítható. Majd a szakember kiegészítheti a listát és a pácienssel közösen további megoldási lehetőségeket sorolhat fel. Ezt követően a páciens kiválasztja az(oka)t a megoldás(oka)t, amely(ek) vonzó(ak) a számára, illetve amely(ek)et megvalósíthatónak tart, és a fent említett gyors cselekvési tervek segítségével meg is tervezi a kivitelezését. Ezt követően kipróbálja a választott megoldás(oka)t és értékeli, hogy sikeres(ek) volt(ak)-e a kitűzött cél elérésében. Ha igen, akkor továbbra is használja ez(eke)t a stratégiá(ka)t, ha pedig nem, akkor újat választ a listáról és megtervezve azok megvalósítását, kipróbálja őket. A felvázolt kognitív technika a problémamegoldás stratégiája, amely jól alkalmazható mind az egészségvédő szokások beépítésére, mind az egészségtelen szokások leépítésére, mind pedig az életmódváltást gátló, kézzel fogható akadályok leküzdésére.
Az egyén gondolkodásmódja akkor igényel beavatkozást, amennyiben jellemzők rá a kognitív torzítások, azaz a téves, a valóságot nem, vagy csak kevéssé tükröző helyzetértelmezések. Erre példa a dichotóm (fekete–fehérben való) gondolkodás (pl. „Ha megszegtem a diétámat, akkor az egésznek nincs semmi értelme."), a túláltalánosítás (pl. „Minden gyümölcstől ég a gyomrom."), a címkézés (pl. „Akaratgyenge vagyok."), a katasztrofizálás (pl. „Sose fogok tudni lefogyni."), és a gondolatolvasás („Biztos kinevetnek, ha megjelenek az edzőteremben."). Ezek a gondolatok azért problematikusak az életmódváltás szempontjából, mert nehéz érzéseket (pl. elkeseredés, tehetetlenség, szégyen) eredményeznek, amelyek viszont maladaptív evési magatartásokra (pl. a diétázással való felhagyás, túlevés), és fizikai inaktivitásra veszélyeztetnek. Az esetükben alkalmazandó technika az ún. kognitív újrastrukturálás, vagy más néven átkeretezés. Segítségével az indokolatlan gondolatok reálisabb, a valósággal jobban összhangban álló gondolatokkal helyettesíthetők, azonnali feszültségcsökkenést eredményezve. Az átkeretezés első lépése a téves gondolatok felismerése, majd a valóságtartalmuk megkérdőjelezése. Ezt segíthetik az alábbi kérdések: Mi az, ami alátámasztja ezt a gondolatot? Mi az, ami ellene szól? Hogyan lehet ezt a helyzetet másképp nézni? Mit mondanék egy szerettemnek, ha ugyanezt gondolná? (20). A fenti kérdésekre adott válasz átgondolásával megszületik az alternatív, a valóságnak jobban megfelelő gondolat. Például: „Attól, hogy ma megszegtem a diétámat, van értelme folytatni. Ha ma már csak gyümölcsöt fogyasztok és az elkövetkező 3 napban 100 Kcal-val kevesebbet eszem, sikeresen kompenzálni tudom a ma elfogyasztott csokoládétortát."
„Amikor szomorú vagyok, hajlamos vagyok evéssel vigasztalódni." „A testtömegkontroll nem könnyű. Ha kitartó vagyok és akkor is türelmes leszek magammal, ha hibázom, előbb-utóbb sikerülni fog elérnem a kitűzött súlycélt." A reálisabb gondolat pedig kijelöli az utat az adaptív cselekvéseknek is. Hangsúlyozandó, hogy ilyen jellegű kognitív torzításai a szakembereknek is lehetnek az elhízásban érintett páciensekkel kapcsolatban. Gyakorta hallani a „lusta", „tohonya", és „akaratgyenge" címkéket az egészségügyi ellátórendszer képviselőitől is. Ezek átkeretezése elősegíti egyfelől a páciensekkel kapcsolatos nehéz érzések (pl. frusztráció, harag) csökkenését, a problémák azonosítását és a megoldás megtalálását. Például a „lusta" címke helyett a valóságot jobban tükrözi az alábbi gondolat: „A páciens nagyon leterhelt a munkahelyén, emellett a súlyfeleslege gátolja őt a sportolásban. Vajon milyen mozgásformát lehetne neki ajánlani, amelyet rendszeresen tudna folytatni?" Az „akaratgyenge" címke helyettesítésére pedig példa lehet a következő: „A páciensnek még nincs elég eszköze a kísértő helyzetek kezelésére. Nézzük meg, hogy mi segíthetne neki ellenállni a kísértésnek!"

Összegzés

Az elhízás kezelése messze túlmutat a súlycsökkentésen és magában foglalja a hosszú távú testtömegmegtartás elősegítését is. Mindez optimálisan multidiszciplináris team munkája keretében valósul meg, élethosszig tartó gondozás formájában (2). A sikeres életmódváltáshoz tudásra, motivációra és készségekre egyaránt szükség van (12) – méghozzá úgy a páciens, mint a szakember részéről. Az egészségügyi szakember feladata nem merül ki az edukációban, felelős a páciens motiválásáért is (13). Az elhízás bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápiás eszköztárának (5, 16, 17,) ismeretével és kreatív alkalmazásával pedig elősegítheti mind a kívánatos magatartások megjelenését, mind pedig az életmódváltást gátló személyen belüli és környezeti akadályok leküzdését. Mindennek azonban alapja a stigmatizáló bánásmód kerülése (7) és a szenzitív gondozás megvalósítása (9). A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.
A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalomjegyzék

1. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2023) [Internet] 2023.04.07. [cited 2023.04.22.] Available from: http: https://icd.who.int/browse11/l-m/en

2. Schutz DD, Busetto L, Dicker D, et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. Obes Facts. 2019; 12:40-66.

3. Gomez Rubalcava S, Stabbert K, Phelan S. Behavioral treatment of obesity. In: Wadden T, Bray G, editors. Handbook of obesity treatment. 2nd ed. New York, London: The Guilford Press; 2018. p. 336-48.

4. Pilitsi E, Farr OM, Polyzos SA, et al. Pharmacotherapy of obesity: Available medications and drugs under investigation. Metabolism. 2019; 92:170-92.

5. Czeglédi E. Az elhízás kognitív viselkedésterápiás kezelése. In: Czeglédi E, szerkesztő. Az obezitás magatartástudományi vonatkozásai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2021. p. 184-246.

6. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. Int J Obes (Lond). 2005; 29:1100-6.

7. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2017. [Internet] 2023.04.07. [cited 2023.04.22.] Available from:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf

8. Puhl RM, Phelan SM, Nadglowski J, et al. Overcoming weight bias in the management of patients with diabetes and obesity. Clin Diabetes. 2016; 34:44-50.

9. Ahmed SM, Lemkau JP, Birt SL. Toward sensitive treatment of obese patients in primary care. Fam Pract Manag. 2002; 9:25-8.

10. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, et al. Obesity stigma and bias. J Nurse Pract. 2016; 12:425-32.

11. Czeglédi E. Az elhízással kapcsolatos attitűdök az egészségügyi ellátórendszerben és az attitűdformálás útjai. In: Czeglédi E, szerkesztő. Az obezitás magatartástudományi vonatkozásai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2021. p. 22-43.

12. Adachi Y. Behavior therapy for obesity. Japan Med Assoc J. 2005; 48:539-44.

13. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York, London: The Guilford Press; 2012.

14. Levounis P, Arnaout B, Marienfeld C és mtsa. Motivációs interjú a klinikai gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2017.

15. Urbán R. (2021) A motivációs interjú szerepe az obezitás kezelésében. In: Czeglédi E, szerkesztő. Az obezitás magatartástudományi vonatkozásai. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2021. p. 168-83.

16. Dalle Grave R, Sartirana M, El Ghoch M, et al. Treating obesity with personalized cognitive behavioral therapy. Cham: Springer International Publishing; 2018.

17. Perczel-Forintos D. Kognitív viselkedésterápiás lehetőségek az elhízás kezelésében. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K, szerkesztők. Kognitív viselkedésterápia. 4. átdolgozott és bővített kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2019. p. 531-49

18. Kohlné Papp I, Perczel-Forintos D. Hogyan fogyjunk tudatosan? Munkafüzet kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő programhoz. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2020.

19. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest: Ursus Libris; 2009.

20. Purebl Gy. Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018.

21. Pócs D, Hamvai C, Kelemen O. Magatartás-változtatás az egészségügyben: a motivációs interjú. Orv Hetil. 2017; 158(34):1331-7.

22. Bagdy E. Pszichofitness gyermekeknek, szülőknek és nevelőknek. Budapest: Kulcslyuk Kiadó; 2017.

23. Pearson D, Grace C. Weight management: a practitioner's guide. Chichester: Wiley-Blackwell; 2012.

A városi élet csökkenő mértékű egészségügyi előnyökkel jár a gyermekek és a tinédzserek számára

Az angol eredeti kiadványt fordította a Pécsi Tudományegyetem AOK, KK Gyermekgyógyászati Klinika Regionális Gyermekkori Prevenciós Központ.

Vezető: Molnár Dénes professzor emeritus

Forrás: Diminishing benefits of urban living for children and adolescents' growth and development. https://www.nature. com/articles/s41586-023-05772-8.

A városi élet csökkenő mértékű egészségügyi előnyökkel jár a gyermekek és a tinédzserek számára

A városi élet előnyei a gyermekek és serdülők egészséges növekedése és fejlődése szempontjából a világ nagy részén csökkennek, a gyermek- és serdülőkori testmagasság és testtömegindex (BMI) tendenciáinak új, globális elemzése szerint, amelyet a londoni Imperial College vezetett, és a Nature című folyóiratban tett közzé.

A több mint 1500 kutatóból és orvosból álló globális konzorcium által végzett kutatásban 71 millió (5 és 19 év közötti) gyermek és serdülő magasságadatait és testsúlyadatait elemezték, 200 országban, azok városi és vidéki területeit bevonva, 1990 és 2020 között.

A városok számos lehetőséget biztosíthatnak a jobb oktatás, táplálkozás, sportolás és kikapcsolódás, valamint egészségügyi ellátás terén, ami hozzájárult ahhoz, hogy a 20. században a városokban élő iskoláskorú gyermekek és serdülők, néhány gazdag ország kivételével, mindenhol magasabbak lettek vidéki társaiknál.

Az új tanulmány azt állapította meg, hogy a 21. században ez a városi magasságbeli előny a legtöbb országban csökkent, annak következtében, hogy a vidéki területeken élő gyermekek és serdülők magassága egyre kifejezettebb mértékben nőtt.

A tanulmány a gyermekek testtömegindexét is értékelte. A kutatók megállapították, hogy 1990-ben a városokban élő gyermekek átlagos testtömegindexe enyhén magasabb volt, mint a vidéken élő gyermekeké. 2020-ra a BMI-átlagok a legtöbb országban emelkedtek, bár a városi gyermekek esetében gyorsabban, kivéve Afrika szubszaharai térségében és Dél-Ázsiában, ahol a BMI a vidéki területeken gyorsabban emelkedett.

Ennek ellenére, ebben a 30 éves időszakban, a városi és a vidéki BMI közötti különbség csökkent - világszerte kevesebb, mint 1,1 kg/m² (ez kevesebb, mint 2 kg testsúly egy 130 cm magas gyermek esetében, vagy kevesebb, mint 3 kg testsúly egy 160 cm magas serdülő esetében).

Dr. Anu Mishra, a tanulmány vezető szerzője, az Imperial College London Közegészségügyi Iskolájának munkatársa elmondta: „Ennek a nagyszabású globális tanulmánynak az eredményei módosítják a városi élet negatív aspektusairól a táplálkozás és az egészség terén általánosan elterjedt nézeteket." Sajnos a BMI növekedés már a vidéki régiókban is megtörtént.

„Valójában városokban élni továbbra is jelentős egészségügyi előnyökkel jár a gyermekek és serdülők számára. Szerencsére a legtöbb régióban a vidéki területek felzárkóznak a városokhoz, köszönhetően a modern higiéniának, valamint a táplálkozás és az egészségügyi ellátás javulásának."

Miközben a testmagasság és a BMI 1990 óta világszerte nőtt, a kutatók azt találták, hogy a városi és vidéki területek közötti változás mértéke nagymértékben különbözött a különböző közepes és az alacsony jövedelmű országok között, míg a városi és vidéki területek közötti kis különbségek stabilak maradtak a magas jövedelmű országokban.

A közepes jövedelmű és feltörekvő gazdaságok, mint például Chilében, Tajvanon és Brazíliában nőtt a legnagyobb mértékben a vidéki gyermekek testmagassága a három évtized alatt, a vidéki területeken élő gyermekek hasonlóan magasak voltak, mint városi társaik.

Majid Ezzati professzor, a tanulmány rangidős szerzője az Imperial College London Közegészségügyi Iskolájából elmondta: „Ezek az országok nagy lépéseket tettek a kiegyenlítődés terén. A gazdasági növekedésből származó források felhasználása a táplálkozási és egészségügyi programok finanszírozására, mind az iskolákon, mind a közösségeken keresztül, kulcsfontosságú volt a különböző területek és társadalmi csoportok közötti szakadékok megszüntetésében."

Ellentétben azzal a széles körben elterjedt feltételezéssel, hogy az elhízás járványának fő mozgatórugója a városiasodás, a tanulmány megállapította, hogy számos magas jövedelmű nyugati országban a magasság és a BMI tekintetében az idők során nagyon kis különbség mutatkozott a város és vidék között – az eltérés 2020-ban kevesebb mint egy BMI egység (közel 1,5 kg súly egy 130 cm-es gyermek esetében).

Ezzati professzor hozzátette: „A kérdés nem annyira az, hogy a gyerekek városokban vagy városi területeken élnek-e, hanem az, hogy hol élnek a szegények, és hogy a kormányok kezelik-e a növekvő egyenlőtlenségeket olyan kezdeményezésekkel, mint a kiegészítő jövedelmek és az ingyenes iskolai étkeztetési programok."

A kutatók szerint Afrika szubszaharai térségeiben tapasztalható tendencia szintén aggodalomra ad okot. A vidéki területeken élő fiúk testmagassága három évtized alatt stagnált, sőt alacsonyabb lett, részben az 1980-as évek szerkezeti kiigazítási politikáját követő táplálkozási és egészségügyi válság miatt.
Andre Pascal Kengne professzor, a Dél-afrikai Orvosi Kutatási Tanács tagja, a tanulmány társszerzője elmondta: „Afrika szubszaharai térségeinek vidéki területei jelenleg a gyermekek és serdülők elégtelen növekedésének és fejlődésének globális epicentruma. Ahogy az élelmiszerárak az egekbe szöknek, és az országok pénzügyei a COVID-19 világjárvány és az ukrajnai háború hatásai miatt egyre romlanak az afrikai vidéki szegényeket a további lemaradás veszélye fenyegeti." - tette hozzá.
A városi és a vidéki fiúk között 2020-ban különösen nagy testmagasságra vonatkozó különbségek mutatkoztak Ruandában (körülbelül 4 cm), valamint a Kongói Demokratikus Köztársaságban, Etiópiában és Mozambikban - mindhárom országban ez 2-3,5 cm volt.
Az idők folyamán Afrika szubszaharai térségeiben a vidéken élő fiúk és lányok testsúlyukat tekintve gyorsabb ütemben gyarapodtak, mint a városokban, ami azt jelentette, hogy egyes országokban az alultápláltságból kiindulva a megfelelő gyarapodáshoz túl nagy súlyt szedtek fel.
Ezzati professzor elmondta: „Ez minden szinten komoly probléma, egyénileg és a területet érintően is. Az iskoláskorú gyermekek és serdülők növekedésének megtorpanása szoros összefüggésben áll az egész életen át fennálló rossz egészségi állapottal, az elmaradott általános képzettségi szinttel és a kiaknázatlan emberi potenciál hatalmas költségeivel."
„Eredményeinknek olyan vezérelvek kidolgozását kell ösztönözniük, amelyek fellépnek a szegénység ellen, és megfizethetővé teszik a tápláló élelmiszereket, hogy a gyermekek és serdülők egészségesen növekedhessenek és olyan felnőttekké válhassanak, akik egészséges és produktív életet élnek.
„Az olyan programok, mint az alacsony jövedelmű családok számára biztosított egészséges élelmiszer-utalványok és az ingyenes iskolai étkeztetési programok szintén egész életen át tartó előnyökkel járhatnak a gyermekek és serdülők egészségére és jóllétére nézve."
Majid Ezzati és munkatársai által megjelentetett ‚Diminishing benefits of urban living for children and adolescents' /magyar nyelvre fordítva: „A városi élet csökkenő előnyei a gyermekek és serdülők számára"/ című tanulmány a Nature folyóiratban lett közzétéve.
A teljes cikk ezen a linken érhető el: https://www.nature.com/articles/s41586-023-05772-8.

--
További információért a médiafelelőshöz (orvostudomány) fordulhatnak:
Conrad Duncan
Imperial College London
Tel: +44 (0)20 7594 6860
E-mail: c.duncan@imperial.ac.uk
Munkaidőn kívüli ügyeletes médiafelelős:
+44 (0) 7803 886 248
--
Ez a sajtóközlemény az Orvosi Tudományos Akadémia által a bizonyítékok jobb kommunikációja érdekében kifejlesztett címkézési rendszert használja. További információért kérjük, látogasson el a következő weboldalra: http://www.sciencemediacentre.org/wp-content/uploads/2018/01/AMS-press-release-labelling-system-GUIDANCE.pdf

További információk:
A tanulmányt az UKRI (MRC), a Wellcome Trust, az Európai Unió és az AstraZeneca Young Health Programme (Fiatalok Egészsége Program) jótékonysági támogatása finanszírozta.
A testmagasság és a testtömegindex (BMI) tükrözi a táplálkozás minőségét és a gyermek- és serdülőkor alatti egészséges környezetet, és fontos mutatói az egész életen át tartó egészségre és fejlődésre gyakorolt hatásoknak. Az alacsony testmagasság és/vagy a túl alacsony BMI növeli a betegségek és a korai halálozás kockázatát, az alacsony testmagasság pedig összefüggésbe hozható a kognitív fejlődés károsodásával, valamint a későbbi életkorban az iskolai teljesítmény és a munkatermelékenység csökkenésével. Hasonlóképpen, a gyermek- és serdülőkori magas BMI nagyobb kockázattal jár és a krónikus betegségek, például a 2-es típusú cukorbetegség és a magas vérnyomás korábbi kialakulásával is, valamint a rossz mentális egészséggel és az iskolai eredményekkel alakulásával is összefügg.
Regionális és országos adatok a magasságra és a BMI-re vonatkozóan a vidéki és városi lakosság körében
• A városi és vidéki gyermekek magassága közötti különbség jelentősen csökkent Közép- és Kelet-Európa (Horvátország), Latin-Amerika (Argentína, Brazília, Chile és Paraguay), Kelet- és Délkelet-Ázsia (Tajvan), valamint Közép-Ázsia (Kazahsztán és Üzbegisztán) országaiban, ahol a vidéki gyermekek a városiakhoz hasonló testmagasságot értek el.
• Kínában, Romániában és Vietnamban a városi és vidéki területek közötti testmagasságbeli különbség csökkent, de a városokban élő fiatalok 2020-ban is magasabbak maradtak vidéki társaiknál: 1,7-2,5 cm-rel.
• Ezzel szemben a fiúk körében a kelet-afrikai országokban, például Etiópiában, Ruandában és Ugandában a városban a testmagasság-előny enyhén, mintegy 1 cm-rel nőtt. A lányok esetében Afrikában a szubszaharai térségekben és Dél-Ázsiában ez a különbség nagyjából változatlan maradt.

• 2020-ra az Andok és Közép-Latin-Amerika országaiban, például Bolíviában, Panamában és Peruban a városokban élő fiúk és lányok magasabbak voltak vidéki társaiknál - a legnagyobb különbséggel - a fiúknál 4,7 cm-rel, a lányoknál pedig 3,8 cm-rel.
• Az afrikai országok szubszaharai térségeiben, például Kongóban, Etiópiában, Mozambikban és Ruandában a városban élő fiúk mindvégig magasabbak voltak vidéki társaiknál - 2020-ban akár 4,2 cm-rel is magasabbak.
• A gyermekek és serdülők BMI-je világszerte minden ország városi és vidéki területein nőtt, kivéve néhány többnyire magas jövedelmű országot, ahol enyhe (<1 kg/m2) csökkenés volt tapasztalható (Spanyolországban és Olaszországban fiúk körében, Dániában lányok körében).
• Világszerte a városok és a vidéki területek közötti BMI-különbség 1990 óta alig változott. Mindazonáltal a városi gyermekek BMI-je a közepes jövedelmű kelet- és délkelet-ázsiai, latin-amerikai és karibi, valamint közel-keleti és észak-afrikai országokban kissé nagyobb mértékben nőtt, mint a vidéki gyermekeké. A legnagyobb növekedést a fiúknál és a lányoknál Vietnamban tapasztalták (0,5 kg/m2 -rel a fiúknál és 0,7 kg/m2 -rel a lányoknál).
• Afrika szubszaharai térségeiben és Dél-Ázsia országainak többségében a gyermekek és serdülők BMI-je a vidéki területeken nagyobb mértékben nőtt, mint a városokban, ami a városi-vidéki különbség csökkenéséhez vezetett, a vidéki régiókban élő fiúk és lányok átlagos BMI-jének az alultápláltsági tartományból való elmozdulásával párhuzamosan, és egyre inkább a testmagasságukhoz képest az egészségtelen testsúly felé.

Az Imperial College Londonról

Az Imperial College London a világ tíz legjobb egyetemének egyike, világszínvonalú hírnévvel. A főiskola 22 000 hallgatója és 8000 munkatársa a tudomány, az orvostudomány, a mérnöki tudományok és az üzleti élet legnagyobb kihívásainak megoldásán dolgozik.
A 2021-es Research Excellence Framework (REF) /magyar nyelven: Kutatási kiválósági keretprogram/ megállapította, hogy az egyetem nagyobb arányban rendelkezik világelső kutatásokkal, mint bármely más brit egyetem, a The Times and Sunday Times Good University Guide szerint 2022-ben az év egyetemének választották, a Good University Guide szerint 2022-ben az év egyetemének választották a hallgatói tapasztalatok terén, és a COVID-19-re adott válaszáért elnyerte a Queen's Anniversary Prize /magyar nyelven: A királynő jubileumi díja/ díjat. https://www.imperial.ac.uk/.

Személyközpontú nyelvhasználat és a gyermekkori elhízás

Az angol eredeti kiadványt fordította a Pécsi Tudományegyetem AOK,
KK Gyermekgyógyászati Klinika Regionális Gyermekkori Prevenciós Központ.

A Peadiatric Obesity (Gyermekkori Elhízás) szaklap szorgalmazza a gyermekkori túlsúly és elhízás témakörében a testsúlytöbblet miatti előítéletek és a megbélyegzés kezelése érdekében a személyközpontú nyelvezet használatát

Vezető: Molnár Dénes professzor emeritus

Forrás:
Championing the use of people-first language in childhood overweight and obesity to address weight bias and stigma: A joint statement from the European-Childhood-Obesity-Group (ECOG), the European-Coalition-for-People-Living-with-Obesity (ECPO), the International-Paediatric-Association (IPA), Obesity-Canada, the European-Association-for-the-Study-of-Obesity Childhood-Obesity-Task-Force (EASO-COTF), Obesity Action Coalition (OAC), The Obesity Society (TOS) and the World-Obesity-Federation (WOF)

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpo.13024

Brüsszel, 2023. április 1.

A "World Obesity Journals" ma jelentette be a "People-first language and pediatric obesity" Magyar fordításban a "Személyközpontú nyelvhasználat és a gyermekkori elhízás" című tanulmány megjelenését a "Pediatric Obesity" című szakfolyóiratban, amely egy kiemelkedő nemzetközi szakfolyóirat.
"A gyermekkori túlsúly és elhízás esetében a testtömeggel kapcsolatos előítéletek és a stigmatizáció leküzdése érdekében" címmel (a cím angol nyelven: 'Championing the use of people-first language in childhood overweight and obesity to address weight bias and stigma'), a személyközpontú nyelvhasználat támogatása érdekében az "Európai Gyermekkori Elhízással Foglalkozó Csoport" /European Childhood Obesity Group, ECOG/ közös nyilatkozatot írt alá az "Európai Szövetség az elhízás tanulmányozására gyermekkori elhízás munkacsoportjával" /European Association for the Study of Obesity Childhood Obesity Task Force, EASO COTF/, a "Nemzetközi Gyermekgyógyászati Társasággal" /International Pediatric Association, IPA/, az "Elhízás Kanada" /Obesity Canada/ társasággal, az "Elhízás Akció Koalíció" /Obesity Action Coalition, OAC/ társasággal, az "Elhízás Társasággal" /The Obesity Society, TOS/ és a "Elhízás Világszövetséggel" /World Obesity Federation, WOF/ és ez a nyilatkozat szabadon hozzáférhető a következő címen:
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijpo.13024
David Thivel professzor, az ECOG elnöke és az ezen közös nyilatkozat koordinátora megjegyzi: "Ez a dokumentum hangsúlyozza annak fontosságát, hogy a gyermekkori elhízással kapcsolatban az személyközpontú nyelvhasználatot vegyék figyelembe mindazok, akik gyermekekkel és serdülőkkel dolgoznak, őket gondozzák vagy támogatják, a megbélyegzés elkerülése és a fejlődésük, az egészségük és a jólétük optimalizálásához szükséges megfelelő és optimális környezet megteremtése érdekében. Fontos, hogy ez az első alkalom, hogy az elhízás területén működő főbb nemzetközi szervezet és tudományos társaság együttműködnek ebben a közös nyilatkozatban".
A gyermekkori túlsúly és elhízás témájában a személyközpontú nyelvezet használatának szorgalmazása a testtömeggel kapcsolatos előítéletek és a megbélyegzés leküzdésében.
A felnőttkori elhízásra való hivatkozásban a személyközpontú és betegközpontú nyelvhasználat egyre inkább preferált szabványként terjed. Ez a nyelvezet kiemeli annak jelentőségét, hogy az egyénekre "egy személy, aki súlytöbblettel él" hivatkozzunk ahelyett, hogy őket kizárólag a betegségük alapján azonosítanánk, ahogyan azt a betegséget előtérbe helyező nyelvezet általában teszi. A "személyközpontú" nyelvhasználat célja annak elismerése, hogy az elhízott személyek többet jelentenek a súlyuknál, az alakjuknál, vagy a méretüknél és igyekszik minimalizálni a negatív előítéleteket, a megbélyegzést és a megkülönböztetést.
Az elhízással élő gyermekek és serdülők által az egészségügyi és oktatási intézményekben tapasztalt magas arányú megbélyegzés kezelése érdekében az ECOG a gyermekkori túlsúly és elhízás esetében a személyközpontú nyelvezet használatát támogatja. A szervezet felkérte az EASO-t, a COTF-et, az IPA-t, az Obesity Canada-t, az OAC-t, a TOS-t és a WOF-ot, hogy álljanak az élére a személyközpontú és emberközpontú nyelvhasználat népszerűsítésének, és tegyenek lépéseket a testsúlyra vonatkozó előítéletek, a megbélyegzés és a megkülönböztetés csökkentése érdekében azon személyek körében, akik elhízott gyermekekkel és serdülőkkel

foglalkoznak.
A szerkesztőségi szakcikkre reflektálva Jason Halford professzor, az EASO elnöke a következőket mondta: "Ez a tanulmány erős üzenetet hordoz a nyelv erejéről; mindannyiunknak szükséges arra törekedni, hogy jobban kommunikáljunk a testsúlyról, különösen a gyermekekkel. Az EASO felismeri, hogy minden elhízással élő ember számára a való élet kihívásokkal teli; emberek, akiket nem a testsúlyuk határoz meg. Örömmel veszünk részt ebben a közös felhívásban, amely Európa számára az optimális támogató környezet kialakítását célozza meg, hogy az elősegítse fiataljaink jobb egészségét és jóllétét."
Közös nyilatkozatunk aláhúzza a pozitív nyelvezet használatának fontosságát, a testtömeggel kapcsolatos előítéletek és megbélyegzés elleni proaktív intézkedések jelentőségét. Ezáltal javíthatóvá válnak az elhízással kapcsolatos beavatkozások és a kezelés. Ez pedig minden gyermek számára pozitív társadalmi eredményeket hozhat, függetlenül testsúlyuktól vagy az egészségi állapotuktól.

A szerzők teljes listája

Weghuber Daniel; Paracelsus Magán Orvosi Iskola, Gyermekgyógyászat részleg
Khandpur Neha; Wageningen Egyetem és Kutatás
Boyland Emma; Liverpool Egyetem
Mazur Artur; Általános Orvostudományi Kar, Gyermekgyógyászat
Frelut Marie-Laure; Gyermekorvos
Forslund Anders; Uppsala Egyetem; Uppsalai egyetemi Kórház
Vlachopapadopoulou Elpis; Aglaia Kiriakou Gyermekkórház
Erhardt Éva; Pécsi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika
Vania Andrea; La Sapienza Egyetem, Róma, Gyermekkori táplálkozás részleg
Molnar Dénes; Pécsi Tudományegyetem, Gyermekgyógyászati Klinika
Ring-Dimitriou Susanne; Salzburg Egyetem, Sporttudomány és Kineziológia részleg
Caroli Margherita; Brindisi-i helyi egészségügyi hatóság
Mooney Vicki; Az Elhízással Élők Európai Koalíciója (EASO ECPO)
Ramos Salas Ximena; Elhízás Canada
Forhan Marie; Koppenhágai Egyetemi Kórház
Pulugan Aman; Nemzetközi Gyermek-transzplantációs Társaság
Holm Jens-Christian; Holbaek Egyetemi Kórház
O'Malley Grace; Királyi Sebészkollégium Írországban, Fizioterápiás iskola
Baker Jennifer; Klinikai Kutatási és Prevenciós Központ, Koppenhágai Egyetemi Kórház - Bispebjerg és Frederiksberg Kórház
Jastreboff Ania; Yale Egyetem, Orvosi Kar
Baur Louise; Sydney Egyetem, Sydney Népegészségügyi Iskola
Thivel David; CHEO / HALO

További információ az ECOG-ról:
- 1991-ben alapították gyermekorvosok, akik egyedülálló tapasztalattal rendelkeznek a gyermek- és serdülőkori elhízás területén.
- Az ECOG tagjai Európa-szerte ismert orvosok, pszichológusok, testmozgás specialisták, táplálkozás specialisták/dietetikusok és egészségügyi dolgozók.
- Az ECOG egy európai hálózat, amelynek célja a gyermek- és serdülőkori elhízás jobb megértése, értékelése, megelőzése és kezelése.
- Az ECOG tagjai a legnagyobb nemzeti tudományos egyesületek tagjai, és részt vesznek az európai találkozókon, szakértői találkozókon és a tanulmányok szerzői.

Az ECOG honlapjának linkje: https://www.ecog-obesity.eu/

Kapcsolat és sajtómegkeresések:
Esther Millet
+32 493 48 37 98
esther.millet@ecog-obesity.eu

A Magyar Elhízástudományi Társaság sajtóközleménye az Elhízás Világnapja alkalmából

Budapest, 2023. március 2.

ÁLLÍTSUK MEG AZ ELHÍZÁST! – „Boldogabb, egészségesebb, hosszabb életet mindenkinek!”

Az elhízás a 21. század egyik legnagyobb kihívást jelentő népegészségügyi problémája

- Világszerte több mint évi 2,8 millió haláleset köthető túlsúly vagy elhízáshoz
- Az OECD-országokban csaknem minden negyedik ember elhízással él,
- a felnőttkori elhízás átlagos aránya a 2010-es 21%-ról 2016-ra 24%-ra nőtt, így további 50 millióval nőtt az elhízással élő személyek száma.
- A mozgásszegény életmód minden gyermek és felnőtt korosztályban jellemző, a túlzott kalóriabevitel több mint 20%-kal nőtt az elmúlt 50 évben
- Az elhízás előfordulása a világ országaiban szoros összefüggést mutat a COVID-19 megbetegedéssel és halálozással

Az elhízás egyre nagyobb pénzügyi terhet ró az egyénre és az egészségügyi rendszerekre

- Az elhízás évente mintegy 70 milliárd euróba kerül az Európai Uniónak az egészségügyi közvetlen költségek és a munkából való távolmaradás miatt.
- Az elhízásból adódó közvetlen egészségügyi költségek 39%-kal, a közvetett egészségügyi ráfordítások mintegy 30%-kal növelik az egészségügyi alapok kiadásait.
- Prognosztizált számítások azt mutatják, ha az európai kormányok a testsúly problémából adódó többlet egészségügyi ráfordításra elkülönített összes meglévő és jövőbeli forrást a legköltséghatékonyabb kezelési módszerekre fordítanák, egyes országok egészségügyi alapjai akár 60%-os megtakarítást elérhetnének.

Hazai legújabb vizsgálataink 2020-2022 között ismét az elhízás előretörését mutatják

- Országos lakossági felmérés összehasonlító adatai alapján vizsgáltuk a pandémiás időszakban az elhízás előfordulását és trendjét. A megelőző évek átlagaihoz képest jelentősen emelkedő előfordulás tapasztalható, különösen a fiatal felnőtt korcsoportokban.
- Az elhízás előfordulása a COVID-19 megbetegedéssel és halálozással szoros összefüggést mutat hazai adatok szerint is, különösen a 18-45 éves korosztályban. A Covid fertőzésben elhunytak között a súlyos fokú elhízás diagnózisa jelentős arányban jelen van, lényegesen meghaladva a lakossági adatokban észlelt BMI 35 kg/m^2 feletti gyakoriságát.

Új kezelési stratégiák szükségesek

- A túlsúllyal vagy elhízással élő személyek már többségben vannak az OECD-régióban, és az elhízás járványa továbbra is terjed, ez a tendencia egyetlen országban sem fordult meg
- **Megfelelő stratégiával kell rendelkezni az elhízás problémájával kapcsolatban, valamint nemzeti tervvel és ütemezett végrehajtására szánt erőforrásokkal. A nemzeti stratégiának túl kell mutatniuk egy-egy önálló célkitűzésen, ki kell terjedjenek az elhízás holisztikus szemléletű megelőzésére és az egészségügy keretei között történő kezelésére**

A Magyar Elhízástudományi Társaság 5 pontos felhívása

1) Ismerjük fel, és ismertessük el, hogy az elhízás korunk multifaktoriális eredetű népbetegsége, amely beavatkozás nélkül csak egyre súlyosbodik
2) A társadalmi megítélésben, valamint az egészségügyi ellátás során biztosítsuk a stigmatizáció és diszkrimináció mentes szemléletet
3) Monitorozzuk az elhízás előfordulását, kövessük az új tudományos eredményeket és hiteles információkat közöljünk a súlyosbodás kivédésének, illetve korai megelőzésnek lehetőségeiről
4) Evidenciaszintű szakmai protokollon alapuló korszerű multidiszciplináris kezelést illesszük be az egészségügyi alap- és szakellátó rendszerbe, továbbá támogassuk az önsegítő betegklubok működését
5) Az elhízás környezeti, társadalmi és gazdasági gyökerei holisztikus szemléletű, kedvező irányú befolyásolására széleskörű összefogást és együttműködést kezdeményeztünk

Az Elhízás Világnapján megrendezésre kerülő tudományos konferencián (MET'23 – Életmódprogrammal az elhízás megfékezésére – Gmrt) **2023. március 4-én „Állítsuk meg az elhízást!" – Prevenciós Platform** alakul az elhízás határterületein tevékenykedő releváns tudományos és szakmai szervezetekkel összefogásban az elhízás megfékezésére.
A program elérhető: https://gmrt.hu/wp-content/uploads/2023/02/Elhizas-Vilagnap-Konferencia-program-2023-0221-1.pdf

Dr. Halmy Eszter
ügyvezető elnök, Magyar Elhízástudományi Társaság
E-mail: drhalmyeszter@gmail.com
Tel: +3620-9292472

A Magyar Elhízástudományi Társaság továbbképző konferenciája és tudományos találkozója

az Elhízás Világnapja 2023 alkalmából

Időpont: 2023. március 4.

„Életmódprogrammal az elhízás megfékezésére”

Tudományos program

2023. március 4. 9.00-16.30 között

8.00-9.00 Regisztráció

9.00-9.10

Megnyitó: Dr. Halmy Eszter, Prof. Dr. Forster Tamás

9.10-9.30

Dr. Halmy Eszter (PhD), elnök, Magyar Elhízástudományi Társaság: **Az elhízás nemzetközi és hazai előfordulása, trendje, megfékezésére irányuló globális stratégiák és hazai kezdeményezések**

9.30-9.50

Dr. Pétervári Erika PhD, egyetemi docens, PTE ÁOK Transzlációs Medicina Intézet: **A táplálékfelvétel neuroendokrin szabályozása**

9.50-10.10

Prof. Dr. Forster Tamás PhD, DMSc, társelnök, Magyar Elhízástudományi Társaság, SZTE II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ: **Az elhízás kialakulása, következményei és kezelési lehetőségei a klinikumban**

10.10-10.30

Dr. habil. Forgács Attila PhD, egyetemi docens, Corvinus Egyetem: **Pszichés attitűdök a táplálékfelvételben**

10.30-10.45 Kávészünet

10.45-11.15

Dr. Toldy-Schedel Emil, főigazgató, Szent Ferenc Kórház: **Prevencióval a cardiovascularis egészségért! Új kihívások az ártalomcsökkentésben**

11.15-11.35

Dr. Kovács Ferenc, reumatológus főorvos, elnökségi tag, Magyar Elhízástudományi Társaság: **Az ördögi kör: inaktivitás – elhízás – mozgásszervi betegségek – rehabilitáció kérdései**

11.35-11.55

Dr. Mohos Elemér PhD, főorvos, Veszprém Megyei Kórház: **Mit tehetünk, amikor az életmód program már nem segít?**

11.55-12.15

Dr. Erhardt Éva PhD, egyetemi docens, osztályvezető, PTE ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika: **Elhízás és szövődményei gyermekkorban**

12.15-12.35

Dr. Gyovai Gabriella, Dr. Hevesi Krisztina, Dr. Pokovai Klára, Tomán Szabina: **Az evési attitűd és a testhez való viszony változásai a Tomán Diet program résztvevőinél** - Szponzorált előadás

12.35-13.00 Szendvicsebéd

13.00-14.45

„Állítsuk meg az elhízást! – Prevenciós Platform" – Kerekasztal megbeszélés

Moderátor: Dr. Halmy Eszter

Dr. Barna István, elnökségi tag, Magyar Hypertonia Társaság és Magyar Nephrológiai Társaság, szakmai igazgató, MÁESZ 2010-2030: **Obezitás prevenciójának jelentősége a következményes krónikus betegségek megelőzésében** (hypertonia, diabetes, onkológiai betegségek)

Antal Emese, szakmai vezető, TÉT Platform, vezetőségi tag, Magyar Táplálkozástudományi Társaság: **A TÉT Platform napjaink életmódjának jellegzetességeit feltáró kutatásai**

Kubányi Jolán MSc, elnök, Táplálkozástudományért Alapítvány: **Középiskolások táplálkozási szokásainak összehasonlító elemzése**

Balogh Ildikó, elnök, Magyar Gyógytornász-Fizioterápeuták Társaság**: Obezitás gyógytornász szemmel**

Dr. Zopcsák László, IWI Fitness Education, Budapest, alapító tulajdonos: **A „Medical Excercise Specialist" szakemberek kompetenciája obezitás és szövődményes krónikus betegségek esetén**

Dr. Balogh Zoltán, elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara: **Az egészségügyi szakdolgozók lehetséges szerepe az elhízás prevenciójában**

Szűcs Zsuzsanna MSc, elnök, Magyar Diétetikusok Országos Szövetsége: **Az MDOSZ elhízás megelőzését célzó szakmai programjai**

Dr. Halmy Eszter, elnök, Magyar Elhízástudományi Társaság: **A Magyar Elhízástudományi Társaság prevenciós célú megelőző programja és ajánlásai szervezett keretek között történő testsúlykezelésre a növekvő trend megfékezése érdekében**

14.45-15.00 Kávészünet

15.00-16.30

„Boldogabb, egészségesebb, hosszabb életet mindenkinek!"

Egyeztessük nézeteinket az elhízásról – Fórum a Túlsúllyal Élők Társasága szervezésében

Résztvevők:

Pettkó Judit (elnök, Túlsúllyal Élők Társasága), Dr. Halmy Eszter, Dr. Barna István, Dr. Kovács Ferenc

A Fórum főtémái:

Miért krónikus betegség az elhízás?

Milyen a túlsúllyal élők egészségügyi ellátása?

Az előítélet és a megbélyegzés káros hatásai

Megelőzhető-e az elhízás?

Az egyén és a társadalom felelőssége

16.30 A konferencia zárása

„Állítsuk meg az elhízást" – Prevenciós Platform

Célkitűzés: Tudományos és szakmai együttműködés az elhízás megfékezésére

A célkitűzés megvalósítása érdekében:

- Hangoljuk össze tevékenységeinket az elhízás megelőzése és kezelése területén
- Működjünk közre elhízásra irányuló tudományos és szakmai programokban
- Koordináljuk szakmai ajánlásainkat a határterületeket érintő kérdésekben
- Gondolkodjunk együtt konszenzust igénylő népegészségügyi jelentőségű tudományos, szakmai kérdésekben
- Kezdeményezzünk közösen egészségpolitikai lépéseket a célkitűzés érdekében

Budapest, 2023. március 4.
– az Elhízás Világnapján, a Magyar Elhízástudományi Társaság tudományos konferenciáján

Alapítók	**Aláírás**
Dr. Halmy Eszter Magyar Elhízástudományi Társaság elnöke	Dr. Halmy Eszter
Antal Emese TÉT Platform szakmai vezetője, a Magyar Táplálkozástudományi Társaság vezetőségi tagja	Antal Emese
Dr. Barna István Magyar Hypertonia Társaság és Magyar Nephrológiai Társaság elnökségi tagja	Dr. Barna István
Balogh Ildikó Magyar Gyógytornász-Fizioterápeuták Társasága elnöke	
Dr. Balogh Zoltán Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke	
Kubányi Jolán Táplálkozástudományért Alapítvány elnöke	
Szűcs Zsuzsanna Magyar Diétetikusok Országos Szövetsége elnöke	
Dr. Zopcsák László IWI Fitness Education Budapest alapítója	Dr. Zopcsák

2024. MÁRCIUS 4. AZ ELHÍZÁS VILÁGNAPJA

"Az elhízás megelőzésének és kezelésének lehetőségei"

címmel rendez Kerekasztal Konferenciát
a Magyar Elhízástudományi Társaság
az Elhízás Világnapja alkalmából

World Obesity Day March 4 | Europe

2024. március 02.
Budapest, D50 - Hotel és Rendezvényközpont
www.elhizastudomany.hu