

## Komentarz do prac

Przekazywany do rąk czytelników numer „Postępów Nauk Medycznych” omawia wybrane zagadnienia dotyczące otyłości. Prezentowane prace doświadczalne i poglądowe mają na celu przybliżenie rozwoju wiedzy w tym zakresie lekarzom, którzy na co dzień mają do czynienia z tym złożonym stanem, który wpływa niekorzystnie nie tylko na stan zdrowia ale ma poważne następstwa socjalne i psychologiczne.

Artykuły badawcze pochodzą z ośrodków zajmujących się otyłością olbrzymią. Napisane zostały przez specjalistów, którzy na co dzień pracują z chorymi z otyłością olbrzymią, a jednocześnie prowadzą badania naukowe – kliniczne nad tą patologią. Są one ogromnie interesujące i ważne, ponieważ zbliżają nas nie tylko do patogenetyki otyłości, wskazują na jej skutki zdrowotne i psychologiczne, które mają szansę się zmniejszyć a nawet cofnąć po zmniejszeniu masy ciała, ale także wskazują kierunki działania lekarzy praktyków zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i szpitalnej.

Pierwsza praca z tej grupy przygotowana przez Walicką i wsp. przedstawia wyniki badań nad wpływem płci na stężenia adipokin oraz ich korelacje z insulinoopornością u pacjentów z otyłością olbrzymią (1). Na ich podstawie autorzy wnioskują, że u pacjentów z otyłością olbrzymią występuje dymorfizm płciowy dotyczący stężeń adipokin oraz ich korelacji z insulinoopornością. Zjawisko to nie jest w pełni zrozumiałe, ale może być związane z różnicami w zakresie dystrybucji tkanki tłuszczowej.

Następna praca badawcza przygotowana przez Lisika i wsp. miała na celu ocenę częstości występowania niealkoholowej stłuszczeniowej patologii wątroby (NAFLD), zaburzeń biochemicznych towarzyszących tej patologii, jak również opracowanie sposobu pozwalającego na prognozowanie wystąpienia NAFLD lub niealkoholowego zapalenia wątroby (NASH) wśród chorych patologicznie otyłych (2). Autorzy na podstawie zgromadzonego retrospektywnego materiału (na podstawie badań biochemicznych) ustalili, że u osób patologicznie otyłych zakwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego leczenia otyłości występuje NAFLD. Podkreślenia wymaga, że opracowany na podstawie ich pracy model regresji logistycznej, pozwala na przewidzenie wystąpienia związanych z otyłością zmian histologicznych w wątrobie, bez konieczności wykonywania biopsji tego narządu. Ustalenia te mają konkretny wymiar praktyczny.

Praca przygotowana przez Dziurawicz-Kozłowską i wsp., dotycząca funkcjonowania fizycznego, psychologicznego i społecznego pacjentów poddanych chirurgicznemu leczeniu otyłości metodą Opaskowej Plastyki Żołądka (VBG), oparta na psychospołecznym modelu zdrowia jest potwierdzeniem, że otyłość niekorzystnie wpływa na psychikę (3). Wnioski, że po operacyjnym leczeniu otyłości metodą VBG dochodzi nie tylko do skutecznej redukcji masy ciała, ale poprawie ulega funkcjonowanie fizyczne i psychologiczne pacjentów otyłych już po trzech miesiącach, a w sześć miesięcy po VBG poprawie ulega funkcjonowanie społeczne pacjentów otyłych, wskazuje na celowość chirurgicznego leczenia otyłości olbrzymiej.

W pracy następnej Kuźmińska i wsp. analizują związek między występowaniem zaburzeń oddychania w czasie snu (ZOCS) a otyłością na podstawie oceny BMI (*Body Mass Index*) i AHI (*Apnea Hypnea Index*) u pacjentów, kierowanych do pracowni polisomnograficznej przez lekarzy różnych specjalności z powodu podejrzenia ZOCS (4). Po analizie 960 badań polisomnograficznych i danych antropometrycznych stwierdzono, że w ogólnej populacji pacjentów z podejrzeniem zaburzeń oddychania w czasie snu dominują zmiany o charakterze bezdechu sennego (OBS) oraz że wyższe AHI jest skorelowane z wyższym BMI. Wyniki tej pracy wskazują, że otyłość jest jednym z głównych czynników rozwoju OBS.

Praca badawcza Domienik-Karłowicz i wsp. koncentruje się na zmianach naczyniowych u osób z otyłością (5). Biorąc za podstawę aktualne zalecenia Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego że pogrubienie kompleksu błona środkowa – błona wewnętrzna (IMT; ang. *intima-media thickness*) jest subklinicznym markerem uszkodzenia naczyniowego za cel pracy przyjęto ocenę grubości kompleksu błona środkowa- błona wewnętrzna tętnicy szyjnej wspólnej u pacjentów z otyłością olbrzymią jak również ocena wpływu chirurgii bariatrycznej na badany parametr. Wyniki pracy wskazują, że w grupie pacjentów z otyłością olbrzymią w porównaniu do grupy osób zdrowych dochodzi do niekorzystnych zmian naczyniowych a redukcja masy ciała w wyniku operacji bariatrycznej u pacjentów z otyłością olbrzymią prowadzi do obniżenia IMT oraz do korzystnych zmian metabolicznych.

W pracy „Laparoskopowa, rękawowa resekcja żołądka w chirurgicznym leczeniu otyłości” Binda i wsp. przedstawia doświadczenia własne oparte na operacji tą metodą prawie 100 osób w ciągu 2 lat (6). Analizując dane demograficzne, parametry redukcji masy ciała, dane dotyczące operacji, powikłania oraz ustępowania chorób towarzyszących autorzy konkludują, że rękawowa resekcja w okresie roku od operacji jest związana z satysfakcjonującą redukcją masy ciała. Rękawowa resekcja żołądka korzystnie wpływa na ustępowanie chorób towarzyszących otyłości. Operacja ta obciążona jest względnie niską liczbą powikłań. W przypadku wystąpienia poważnych powikłań takich jak nieszczelność lub zwężenie konieczne jest długotrwałe leczenie w warunkach szpitalnych.

W pierwszym artykule przeglądowym autorzy definiują otyłość, omawiają epidemiologię oraz zdrowotne, socjalne i psychologiczne następstwa otyłości (7). Przytaczają argumenty, które wskazują, że w patogenezie otyłości prostej główną rolę odgrywają: czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, czynniki społeczne i kulturowe oraz stan hormonalny organizmu. Praca ta jest dobrym wprowadzeniem do omówienia znacznie rzadziej występujących otyłości wtórnych.

W artykule Czerwińskiej i wsp. został poruszony ważny temat różnicowania otyłości pierwotnej z otyłością wtórną w praktyce ambulatoryjnej (8). Podkreślono, że na zróżnicowanie otyłości pierwotnej i wtórnej pozwala zazwyczaj obraz kliniczny, czasami jednak pacjenci z otyłością wtórną mogą mieć bardzo dyskretne lub nietypowe objawy choroby podstawowej, które wymagają przeprowadzenia badań laboratoryjnych, których panel uzależniony jest od objawów, czynników ryzyka i stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia danej choroby. Zwrócono uwagę, że spośród otyłych dzieci i nastolatków skierowania do poradni specjalistycznej (endokrynologicznej lub genetycznej) wymagają te z cechami dysmorficznymi, niskim wzrostem, opóźnieniem wzrastania, opóźnieniem dojrzewania płciowego czy innymi objawami zaburzeń endokrynnych.

W artykule „Otyłość a cukrzyca” Walicka i wsp. omawiają otyłość jako czynnik indukujący rozwój cukrzycy typu 2, głównie poprzez wpływ na insulinooporność (9). Wskazują, że lekarze powinni uwzględnić kwestię masy ciała na każdym etapie leczenia cukrzycy typu 2, wybierając odpowiednią strategię postępowania oraz stosując doustne leki hipoglikemizujące o neutralnym wpływie na masę ciała lub powodujące jej redukcję.

W artykule „Otyłość a nowotwory” autorstwa Wąsowskiego i wsp. omówiono, na podstawie badań klinicznych i epidemiologicznych związek pomiędzy otyłością a nowotworami jelita grubego, rakiem piersi, endometrium, rakiem nerki i przełyku (10). Dane te jak i rosnące rozpowszechnienie otyłości sugerują, że przyrost wagi może być jednym z ważniejszych modyfikowalnych czynników wpływających na występowanie nowotworów. Podkreślono także, że na obecnym etapie wiedzy część powiązań pomiędzy otyłością i częstszym występowaniem niektórych typów nowotworów może być wyjaśniona poprzez pewne zmiany funkcjonalne, na które mają wpływ hormony i cytokiny zapalne – wydzielane przez adipocyty, a także hiperinsulinemia i hiperlipidemia wtórna do otyłości.

*Prof. dr hab. med. Ewa Marcinowska-Suchowierska*

#### PIŚMIENNICTWO

1. Walicka M, Bik W, Wolińska-Witort E, Marcinowska-Suchowierska E: Gender dependent dimorphism in adipokines levels and its correlations with insulin resistance in extremely obese patients. *Post N Med* 2013; 4: 262-266.
2. Lisik W, Ziemiański P, Marszałek R et al.: Nonalcoholic fatty liver disease in patients with morbid obesity. *Post N Med* 2013; 4: 267-274.
3. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Chmura A, Lisik W: Physical, psychological and social functioning of patients undergoing surgical treatment of obesity. *Post N Med* 2013; 4: 275-280.
4. Kuźmińska M, Marcinowska-Suchowierska E: Coexistence of obesity and sleep-disordered breathing in patients with suspected sleep apnea syndrome polysomnography referred by physicians of different specialties. *Post N Med* 2013; 4: 281-289.
5. Domienik-Karłowicz J, Dzikowska-Diduch O, Lisik W et al.: Common carotid intima-media thickness assessment in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery. *Post N Med* 2013; 4: 290-295.
6. Binda A, Ciesielski A, Jaworski P, Tarnowski W: Laparoscopic sleeve gastrectomy in the treatment of obesity – own experience. *Post N Med* 2013; 4: 296-300.
7. Wąsowski M, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E: Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. *Post N Med* 2013; 4: 301-306.
8. Czerwińska E, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E: Otyłość – czy zawsze prosta? *Post N Med*. 2013; 4: 307-310.
9. Walicka M, Marcinowska-Suchowierska E: Otyłość a cukrzyca. *Post N Med* 2013; 4: 311-315.
10. Wąsowski M, Marcinowska-Suchowierska E: The link between obesity and cancer. *Post N Med* 2013; 4: 316-325.