

OBEZITETI DHE KEQUSHQYERJA: RËNDËSIA E IDENTIFIKIMIT TË HERSHËM NË KUJDESIN PARËSOR DHE QASJA E PARË NË TRAJTIM



Lorika Abazi

Doktor i Mjekësisë

Abstrakti

Aktualisht ka mbi 1.9 miliardë njerëz që janë obezë ose mbipeshë, duke çuar në një rritje të ndërlikimeve shëndetësore të lidhura me to. Kequshqyerja, në të gjitha format e saj, përfshin dobësim, prapambetje në rritje, nënpeshë, mungesë vitaminash ose mineralesh, mbipeshë, obezitet dhe sëmundje jo të transmetueshme që lidhen me dietën. Obeziteti është njëra anë e barrës së dyfishtë të kequshqyerjes, dhe sot më shumë njerëz janë obezë sesa nënpeshë pothuajse në çdo rajon.

Specialisti i mjekësisë familjare dhe doktori i mjekësisë janë shpesh linja e parë e trajtimit në mjediset e kujdesit parësor shëndetësor. Kjo ofron mundësi ndërhyrjeje të hershme për të parandaluar dhe trajtuar mbipeshën dhe obezitetin.

Është e rëndësishme që si profesionist në kujdesin shëndetësor parësor të identifikohet sa më herët kequshqyerja dhe obeziteti si faktorët në zhvillimin e sëmundjeve kronike si dhe të sigurohet dhënia e duhur e qasjes së parë të pacientit ndaj sëmundjes, parandalimit apo trajtimit të saj.

Hyrja:

Obeziteti përkufizohet si akumulim jonormal ose i tepërt i yndyrës që paraqet rrezik për shëndetin. (1)

Obeziteti është një tipar kompleks i ndikuar nga dieta, faza e zhvillimit, moshja, aktiviteti fizik dhe gjenet. (2)

Predispozita gjenetike është një faktor kyç që kontribuon në obezitet, siç është demonstruar nga studimet mbi grumbullimin familjar, binjakët dhe adoptimet. (3), (4).

Nga një perspektivë e shëndetit publik, mbipeshja është një faktor kryesor rreziku për një sërë sëmundjesh kronike, duke përfshirë diabetin, sëmundjet kardiovaskulare dhe kancerin. (5)

Komplikimet metabolike të obezitetit, të njohura shpesh si sindroma metabolike, përbëhen nga rezistenca ndaj insulinës, që shpesh kulmon në dështimin e qelizave β , tolerancën e dëmtuar të glukozës dhe diabetin e tipit 2, dislipideminë, hipertensionin dhe sëmundjet e parakohshme të zemrës. (6)

Për të diagnostikuar obezitetin, një profesionist i kujdesit shëndetësor mund të kryejë një ekzaminim fizik dhe të rekomandojë disa teste.

Këto ekzaminime dhe teste shpesh përfshijnë:

-Anamnezën;

-Një ekzaminim të përgjithshëm fizik (kjo përfshin matjen e gjatësisë trupore, kontrollin e shenjave vitale siç janë rrahjet e zemrës, presioni i gjakut dhe temperatura, auskultimin e zemrës dhe mushkërive si dhe ekzaminimin e abdomenit);

-Llogaritjen e BMI-së (një BMI prej 30 ose më i lartë konsiderohet obezitet);

-Matjen e madhësisë së belit (femrat me një bel që mat më shumë se 89 centimetra dhe meshkujt me një bel që është më shumë se 102 centimetra mund të kenë më shumë rreziqe shëndetësore);

-Kontrollin për probleme të tjera shëndetësore si presioni i lartë i gjakut, kolesterolin e lartë, tiroide joaktive, problemet e mëlçisë dhe diabeti. (7)

-Testet laboratorike:

Testet klinike rutinë: Testet klinike rutinë mund të ndihmojnë në vlerësimin e gjendjes së përgjithshme të pacientit (si dhe të gjendjes ushqyese). (8)

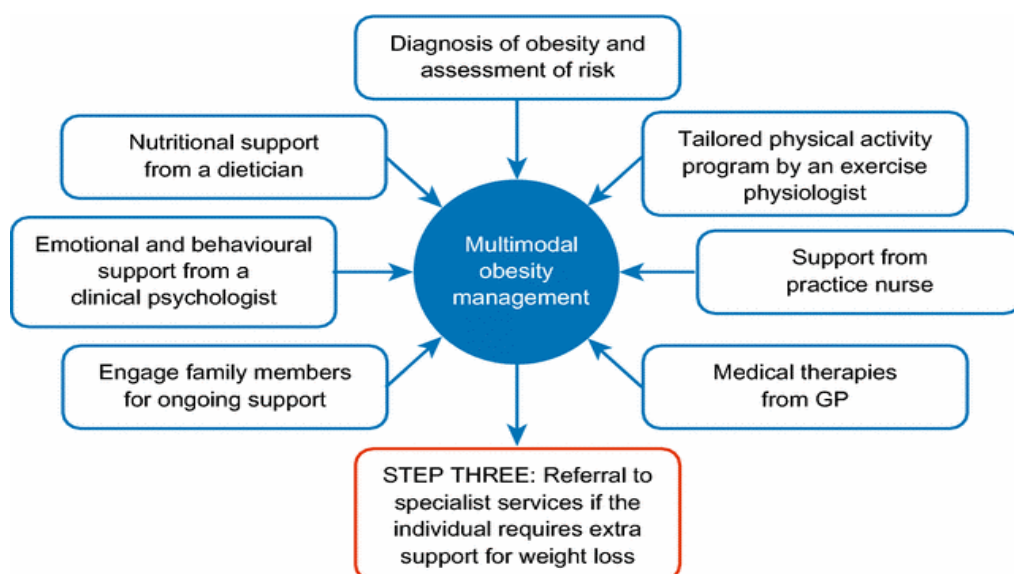


Figura 1. Model për menaxhimin e obezitetit multimodal (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12325-017-0656-y/figures/2>)

Korrespondenca:
l.abazi1@hotmail.com

OBEZITETI DHE KEQUSHQYERJA: RËNDËSIA E IDENTIFIKIMIT TË HERSHËM NË KUJDESIN PARËSOR DHE QASJA E PARË NË TRAJTIM



Afrim Rexhepi

Specialist i Mjekësisë Familjare

Këto përfshijnë elektrolitët e serumit, azotin e uresë në gjak (BUN), kreatininën, nivelet e glukozës në gjak, profilin e lipideve, enzimat e mëlçisë dhe numërimin e plotë të gjakut. (9)

Proteinat viscerale: Nivelet e proteinave viscerale si albumina, prealbumina, transferrina dhe proteina që lidh retinolin mund të ndihmojnë në vlerësimin e statusit ushqyes. Megjithatë, asnjë nga këto teste më vete nuk është specifik për zbulimin e kequshqyerjes dhe nivelet e tyre mund të ndikohen nga faktorë të shumtë.

Nivelet e mikronutrientëve: Nëse dyshohet për mangësi specifike të mikronutrientëve, mund të maten nivelet individuale të mikronutrientëve. Përshembull, mund të maten nivelet e vitaminave B (tiaminë, riboflavinë, niacinë, piridoksinë, acid folik, B12), vitaminave A, C, D, E dhe K, hekurit, zinkut, selenit, homocisteinës, etj.

Mund të përdoren edhe shënjesat e tjerë jo-specifik për ushqyerjen; për shembull, proteina C-reaktive (CRP) mund të përdoret për të treguar inflamacionin. (10)

Ndërhyrje të shumta mund t'u rekomandohen personave me mbipeshë ose obezitet, të tilla si: modifikimet në dietë, aktiviteti fizik, ndryshimet në sjellje, trajtimi farmakologjik dhe kirurgjia bariatrike. Mjekët e përgjithshëm dhe ekipet mbështetëse multidisciplinore luajnë një rol vendimtar në ndihmën e pacientëve për të arritur humbje të qëndrueshme në peshë. (11)

Qëllimet e përgjithshme të trajtimit janë ulja e peshës trupore, ruajtja e një peshë më të ulët trupore në planin afatgjatë, parandalimi i shtimit të mëtejshëm në peshë dhe kontrolli i faktorëve të rrezikut të sëmundjeve shoqëruese. Qasjet efektive mjekësore përfshijnë terapinë dietike, rritjen e aktivitetit fizik, terapinë e sjelljes,

farmakoterapinë dhe kombinimet e këtyre teknikave. (12)

Organizata të ndryshme shëndetësore rekomandojnë që mjekët të vlerësojnë pacientët e tyre për mbipeshë dhe që pacientët të marrin këshillim të përshtatshëm në lidhje me menaxhimin e sigurt të peshës dhe përfitimet e aktivitetit fizik dhe një diete të shëndetshme. (13), (14)

Nëse indikohet trajtimi, mjekët mund t'i ndihmojnë pacientët të zhvillojnë plane për humbje peshe ose menaxhim të përshtatshëm sipas nevojave individuale; kjo përfshin vendosjen e objektivave të arsyeshme për humbje peshe; përzgjedhjen e programeve të përshtatshme për humbje peshe; referimin e pacientëve te personeli ndihmës kur është e përshtatshme; dhe ofrimin e monitorimit, mbështetjes dhe inkurajimit. (15), (16)

Në përcaktimin e përshtatshmërisë së çdo programi për humbje peshe, është thelbësore që mjekët dhe pacientët të kuptojnë se qëllimi i trajtimit nuk është domosdoshmërisht vetëm humbja e peshës, por edhe menaxhimi i peshës për të arritur peshën më të mirë të mundshme për shëndet të përmirësuar. (17)

Mjekët që angazhohen në këshillim për humbje peshe duhet gjithashtu të marrin në konsideratë peshën e tyre dhe të japin një shembull për pacientët e tyre duke demonstruar menaxhim të shëndetshëm të peshës. (18)

Metodat dhe metodologjia: Ky punim është rishikim i literaturës. Për këtë punim është shfrytëzuar materiali i marrë nga burimet e ndryshme të njohura dhe kredibile, siç janë: PubMed, Medline, National Health Library, Google Scholar si dhe libra të ndryshëm.

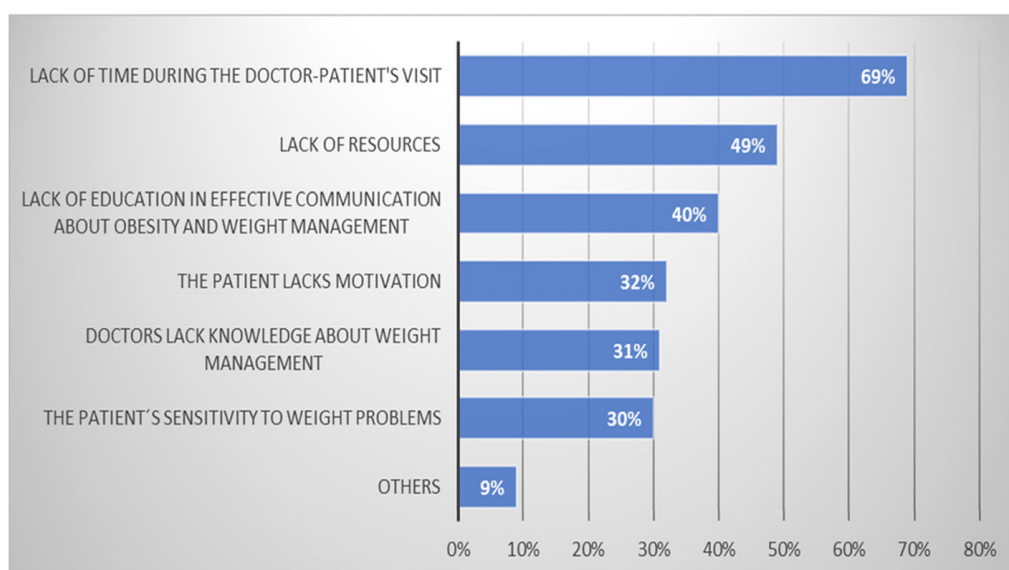


Figura 2. Pengesat më të mëdha të kujdesit parësor në menaxhimin e humbjes së peshës të pacientëve me obezitet (<https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-022-01811-x>).

Rezultatet:

Për shkak të vështirësisë në ruajtjen e humbjes së peshës me kalimin e kohës, parandalimi vazhdon të jetë opsioni më i zbatueshëm për kontrollin e mbipeshës. Mjekët kanë një rol të rëndësishëm në ndihmën e pacientëve për të parandaluar zhvillimin e obezitetit përmes identifikimit dhe diagnostikimit sa më të hershëm duke i njoftuar ata për rreziqet e shtimit të papërshtatshëm në peshë dhe duke mbështetur stilet e jetesës që promovojnë një peshë më të shëndetshme. Përpjekje të tilla duhet të fillojnë që në fëmijëri dhe të përfshijnë inkurajimin e pacientëve për të parandaluar zhvillimin fillestar të mbipeshës dhe obezitetit, për të shmangur rifitimin e peshës pas një humbjeje peshe dhe për të shmangur shtimin e mëtejshëm të peshës nëse nuk janë në gjendje të humbasin peshë.

Diskutim:

Identifikimi i hershëm nuk është vetëm një çështje klinike, por është edhe strategji kosto-efektive për sistemin shëndetësor, që shmang trajtimin e komplikimeve afatgjata të obezitetit dhe kequshqyerjes pasi që këto të fundit janë probleme gjithnjë e në rritje me pasoja të mëdha për shëndetin publik. Mjeku i familjes është në pozicion unik për të zbuluar shenjat e para dhe për të ndërhyrë përmes edukimit, këshillimit dhe referimit të duhur.

Megjithatë, efektiviteti kufizohet nga sfidat si mangësia e trajnimeve specifike për kujdesin ushqimor, mungesa e protokolleve specifike apo mungesa e kohës.

Por efektivitet në parandalimin e sëmundjeve kronike mund të ketë në qoftë se sigurohet përmirësimi i kapaciteteve të mjekëve si dhe nëse bëhet integrimi i menaxhimit të kequshqyerjes në praktikat rutinë.

Përfundime:

Klinikat e kujdesit parësor dhe mjekët e kujdesit parësor luajnë një rol vendimtar në diagnostikimin dhe trajtimin e pacientëve me obezitet, duke ofruar një mundësi unike për të zbuluar pacientët në fazat e hershme përmes vlerësimeve rutinë si BMI, perimetri i belit dhe anamneza ushqimore.

Mjekët e kujdesit parësor jo vetëm që duhet ta pranojnë obezitetin si një sëmundje kronike dhe pasojat e mundshme afatgjata që mund të shkaktojë, por edhe të ofrojnë ndërhyrje gjithëpërfshirëse dhe shumëkomponentëse që përfshijnë ndryshime në stilin e jetës, medikamente dhe referime të përshtatshme për kirurgji bariatrike kur është e nevojshme. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të krijojnë një marrëdhënie bashkëpunimi me pacientët obezë për të siguruar që pacientët të ndjekin protokollet e trajtimit. Diagnostikimi i hershëm përbën një strategji thelbësore në parandalimin e zhvillimit të mëtejshëm të sëmundjes si dhe në lehtësinë e qasjes në trajtim.

Referencat:

1. World Health Organization: WHO. (2020, February 21). Obesity. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
2. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature*. 2000;404:635-643. doi: 10.1038/35007508. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
3. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *N Engl J Med*. 1990;322:1483-1487. doi: 10.1056/NEJM199005243222102. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
4. Bouchard C, Tremblay A. Genetic influences on the response of Body fat and Fat Distribution to positive and negative energy balances in human identical twins. *J Nutr*. 1997;127:943S-947S. doi: 10.1093/jn/127.5.943S. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
5. World Health Organization (WHO). Health topics - Obesity. <https://www.who.int/topics/obesity/en/>. Published 2019. Updated 2019. Accessed March 01, 2019.
6. Parati G, Lombardi C, Narkiewicz K. Sleep apnea: epidemiology, pathophysiology, and relation to cardiovascular risk. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2007;293:R1671-R1683. doi: 10.1152/ajpregu.00400.2007. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
7. Obesity - Diagnosis and treatment - Mayo Clinic. (n.d.). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/obesity/diagnosis-treatment/drc-20375749>.
8. Truijten SPM, Hayhoe RPG, Hooper L, Schoenmakers I, Forbes A, Welch AA. Predicting Malnutrition Risk with Data from Routinely Measured Clinical Biochemical Diagnostic Tests in Free-Living Older Populations. *Nutrients*. 2021 May 31;13(6) [PMC free article] [PubMed] [Reference list].
9. Esposito K, Nappo F, Marfella R, Giugliano G, Giugliano F, Ciotola M, Quagliaro L, Ceriello A, Giugliano D. Inflammatory cytokine concentrations are acutely increased by hyperglycemia in humans: role of oxidative stress. *Circulation*. 2002 Oct 15;106(16):2067-72. [PubMed] [Reference list].